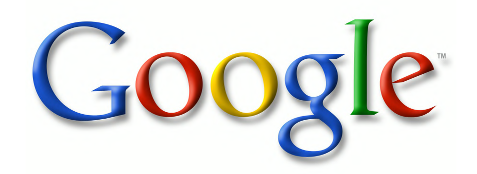
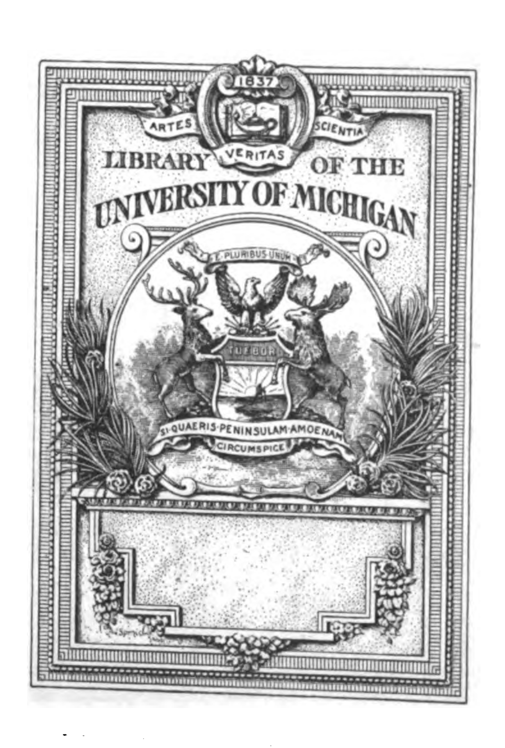





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

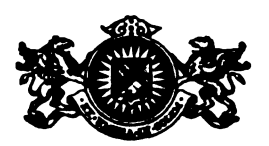
herausgegeben

von

K. GARRE F. KÖNIG E. RICHTER

in Bonn in Berlin in Breslau

Fünfunddreißigster Jahrgang



LEIPZIG

Verlag von Johann Ambrosius Barth

1908

Originalmitteilungen.

a*

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 35, welche den Bericht über den XXXVII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)





Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 35, welche den Bericht über den XXXVII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 1. Sonnabend, den 4. Januar 1908.

Inhalt.

I.

Die Heißluftbehandlung nach Bauchoperationen.

Von

Stabsarzt Dr. **Gelinsky** in Posen.

Zur Bekämpfung der nach operativen Eingriffen in der Bauchhöhle eintretenden Darmlähmungen hat man in dem Physostigmin ein hervorragendes und anerkanntes Mittel gefunden. Die große Giftwirkung dieses Präparates verbietet jedoch seine Anwendung bei jugendlichen Personen, und auch bei Erwachsenen kann es nur eine gewisse Zeitlang ohne Nachteile angewandt werden.

In der Wärme besitzen wir aber ein altbekanntes Mittel, die Darmtätigkeit anzuregen (warme Umschläge usw.), und in seiner vollkommensten Anwendungsweise, der Bier'schen Heißluftbehandlung, finden wir diese Eigenschaft mit einigen anderen verbunden,

das ist ihre aufsaugende und die Bildung von Verklebungen verhindernde Wirkung.

Seit einem Jahre wende ich bei Bauchoperationen systematisch die Heißluftheizung nach Bier als Nachbehandlung an, und der klinische Verlauf wie das subjektive Befinden der Kranken ist unter dieser Behandlung ein auffallend günstiger.

Die Operierten wurden vom Tage der Operation an in den bekannten Heißluftkästen ca. 1—2mal, selten häufiger, täglich einer trockenen Wärme von 120—150° C 20 Minuten lang ausgesetzt. Es erfolgte stets danach ein reichlicher Abgang von Winden; die Pat. fühlten sich nach dem Heizen subjektiv stets sehr wohl.

Bei 13 aseptischen Laparotomien genügte die einmalige Anwendung des Heißluftkasten, um die Peristaltik in Gang zu bringen, so daß Erscheinungen einer gestörten Darmtätigkeit, wie man sie doch so häufig in den ersten 24 Stunden auch nach einfachen Probelaparotomien sieht, nicht auftraten. Auch bei einem Falle von Dickdarmresektion der S-förmigen Flexur (End-zu-Endvereinigung) erfolgten am 1. Tage Winde, vom 2. Tage ab geformter Stuhlgang. Bei 11 Fällen infektiöser Erkrankung des Bauchraumes nach Appendicitis perforativa gangraenosa wurde ein postoperativer Ileus nicht gesehen. Der Wurmfortsatz wurde stets ohne Rücksicht auf Verklebungen aufgesucht und entfernt. 10 Fälle heilten. Nur bei zwei Fällen trat eine Peritonitis chronica adhaesiva auf, welche unter anhaltend hohem Fieber den ganzen Unterbauch bis zum Nabel in einen festen harten Tumor verwandelte. Nach 3 resp. 6 Wochen täglicher 2—4maliger Heißluftbehandlung waren die Pat. subjektiv und, soweit nachweisbar, auch objektiv völlig wieder hergestellt. Ein Mann mit freier Peritonitis, der mit schlechtem, unregelmäßigem Puls eingeliefert wurde, starb 48 Stunden nach der Operation. Auch bei ihm war reichlicher Windabgang nach dem Heizen eingetreten. Der Tod erfolgte 2 Stunden nach einer plötzlichen Blutdruckerniedrigung, die auch durch intravenöse Adrenalin-Kochsalzinfusionen nicht mehr zu heben war. In zwei Fällen wurde neben der Heißluftbehandlung je 1mal Physostigmin 0,001 gegeben; abgesehen davon, daß die Physostigminwirkung eine stürmischere war, ließ sich ein Unterschied nicht feststellen.

Auffallend war die Beobachtung, daß in vier Fällen von Infektion der freien Bauchhöhle (2mal Miteröffnen der Bauchhöhle durch Spaltung eines außerhalb des Bauchraumes gelegenen Abszesses, einem Darmprolaps [8 Stunden alt], Kotaustritt in die Bauchhöhle bei Dickdarmresektion) nach Kochsalzspülung und Heißluftbehandlung die geschädigte Bauchhöhle nicht die geringste Reaktion zeigte (Temperatur, Puls, Peristaltik, subjektives Befinden ungestört), sondern daß die Heilung einen völlig normalen Verlauf nahm, so daß die Annahme sich aufdrängt, daß die infektionsvernichtende Kraft des Bauchfells durch die Heißlufthyperämie unterstützt und erhöht werden kann und damit die Heißluftbehandlung geringere Infektionen unschädlich zu machen imstande ist.

Die resorbierende Wirkung der Heißluftbehandlung, wie sie schon lange, besonders von Gynäkologen, angewandt wird, trat in vier Fällen von adhäsiver Peritonitis mit Exsudatbildung prompt ein.

Ein vollkommen arbeitsunfähiger Mann mit doppelseitiger tuberkulöser Pleuritis und starkem Ascites, durch Inzision entleert, wurde unter täglicher Heißluftbehandlung in 2 Monaten so weit hergestellt, daß das Fieber und die Ergüsse schwanden, und er bequem sämtliche, auch schwere Hausarbeiten wieder verrichten kann; die Besserung hält jetzt schon 5 Monate an. Ob die schnelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die Heißluftbehandlung günstiger beeinflußt ist, möchte ich dahingestellt sein lassen, da ich nur über diese eine Beobachtung verfüge.

Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß meine Zahlen mir nicht weitgehende Schlüsse zu ziehen erlauben, trotzdem fühle ich mich veranlaßt, durch den auffällig leichten und guten Verlauf schwerer Bauchinfektionen durch die Heißluftbehandlung, auf die peristaltische, resorbierende und vielleicht auch infektionsverhütende Wirkung der Heißlufthyperämie hinzuweisen.

An anderer Stelle werden die Beobachtungen mit den in Betracht kommenden Krankengeschichten ausführlicher mitgeteilt werden.

II.

Die Transplantation betreffend.

Von

Prof. Lanz in Amsterdam.

Schon zu meiner Assistentenzeit hat es mich stets verdrossen, daß jeweilen der durch die Transplantation nach Thiersch gedeckte Hautdefekt längst geheilt ist, wenn die Pat. immer noch mit der wunden Stelle herumlaufen, welcher die transplantierten Läppchen entnommen worden sind.

Diesem Übelstande habe ich auf die verschiedenste Weise zu begegnen gesucht: so habe ich 1892 und 1893 begonnen, auf die nach Thiersch rasierten Wundflächen frische Bruchsäcke aufzupflanzen; des ferneren strebte ich eine raschere Heilung unter dem trockenen Schorf an, indem ich die Wunde unverbunden an der Luft eintrocknen ließ, oder mit dem à distance gehaltenen Thermokauter schwach verschorfte. Bei Anlaß einer wegen Prostatahypertrophie ausgeführten Kastration habe ich später gelegentlich mit dem Rasiermesser möglichst dünne Schnitte aus dem Hoden gemacht und untersucht, ob durch deren Verpflanzung auf den zu deckenden Hautdefekt eine Metaplasie des Drüsenepithels in Oberflächenepithel zu erreichen sei.

Alle diese Versuche aber haben zu keinem praktischen Resultate geführt.

Da erinnerte ich mich an ein Kinderspiel: wie nämlich unsere Schwestern sich durch Schlitzen, durch »Skarifikation«, aus einem Papierstreifen eine billige Ziehharmonika schnitten, und ich gab meinem Instrumentenfabrikanten, C. Fr. Hausmann in St. Gallen, den Auftrag, mir einen Stempel (Fig. 1) zu verfertigen, dessen Produkt am besten durch die nebenstehenden Fig. 2 (Prägung) und Fig. 3 (ausgezogen) ersichtlich ist. Es wird nun ein langer Thiersch'scher Hautlappen geschnitten, derselbe halbiert und jede Hälfte mit dem »Hautschlitzapparat« »gestempelt«; die eine Hälfte des Hautstreifens

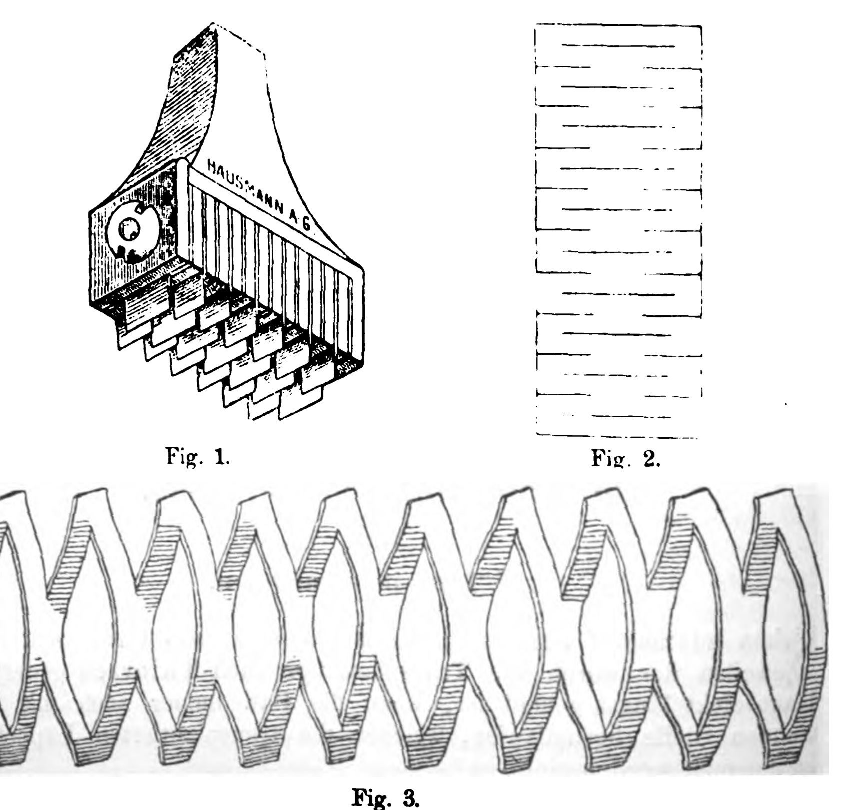


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 3.

— zur Ziehharmonika ausgezogen — wird transplantiert, und die andere Hälfte — ebenfalls ausgezogen und »autochthon« gebraucht —, genügt zur Deckung des gesetzten Defekts. Die Konstruktion des Stempels ist so gewählt, daß es ein Leichtes ist, den Abstand der Messer durch Einschalten von entsprechenden Zwischenstücken zu verringern oder zu vergrößern.

Dieser Stempel, der es, wie gesagt, ermöglicht, mit den entnommenen Hautstreifen sowohl die zu transplantierende Fläche als auch die Abrasionsstelle in einem Akte gleich wieder zu decken, kann auch in solchen Fällen nützliche Dienste leisten, wo entweder sehr ausgedehnte Wundflächen zu überhäuten sind, oder wenig Haut zur Verfügung steht.

1) **J. R. Waller.** German-english medical dictionary. 4. Aufl. 448 S. Herausgegeben von M. White.

Wien, **Franz Deuticke,** 1907.

Die neue Auflage dieses deutsch-englischen medizinischen Wörterbuches ist durch Aufnahme der technischen Ausdrücke vermehrt, die seit Beendigung der 3. Auflage in dem Gebiete der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften Aufnahme gefunden haben, und kann auf Grund seiner Vollständigkeit auf das beste empfohlen werden.

Richter (Breslau).

---

2) **P. v. Baumgarten** und **F. Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 19. Jahrgang 1903. 20. Jahrgang 1904.

Leipzig, **S. Hirzel,** 1905.

Die im Vorwort des 19. Berichtes ausgesprochene Erwartung, daß der nächste Bericht eine Verringerung des Umfanges gegenüber seinem Vorgänger erfahren würde, hat sich erfüllt, und zwar wesentlich durch die vorausgesehene Abkürzung des Referates über die Protozoenliteratur. Statt 15 Druckbogen im vorigen nimmt dieses Referat im jetzigen Berichte nur noch 10 Druckbogen ein. Eine weitere Verbesserung besteht darin, daß die bloße Titelanführung solcher Arbeiten in dem Literaturverzeichnis in Wegfall gekommen ist, die die Reff. nicht im Original einsehen konnten. Es ist hierdurch ganz sicherlich eine innerliche Vervollkommnung herbeigeführt worden unter Verzicht auf ein mehr äußerliches Beiwerk, das wertlos erscheinen muß, wenn es nicht auf seine Richtigkeit kontrolliert werden kann. Trotz dieser Beschränkung weist das Literaturverzeichnis noch 3337 Nummern auf gegen 3314 im Vorjahre, wenn auch die Seitenanzahl des Bandes von 1364 auf 1120 zurückgegangen ist. Gewiß ein weiterer Beweis für den gewissenhaften Fleiß von Herausgebern und Referenten.

Eine andere Vervollkommnung ist dem vorliegenden Berichte dadurch zu Teil geworden, daß die französische und englische Bakterienliteratur wieder möglichst vollständig vonseiten bewährter Fachmänner referiert ist. Dementsprechend ist der Stab der Mitarbeiter von 47 im Vorjahr auf 52 gestiegen.

Der 20. Bericht lehnt sich hinsichtlich der Form der Berichterstattung fast ganz an seinen Vorgänger an. Nur ist das Referat über Protozoenliteratur — nach wie vor in der Hand seines bewährten Berichterstatters Lühe (Königsberg i. Pr.) — seines aktuellen Interesses halber an die Spitze des Berichtes gestellt worden. Auch der Bestand der Mitarbeiter ist größtenteils derselbe geblieben, wenn er sich auch um weitere acht auf die nunmehrige Zahl von 60 Herren vermehrt hat.

Es ist den Herausgebern geglückt, den in Aussicht gestellten Erscheinungstermin einzuhalten. Die Spanne eines Jahres wird wohl immer je zwischen zwei aufeinanderfolgenden Berichten verstreichen müssen. Auch andere deutsche Jahresberichte von gleichem Umfange

wie der vorliegende, können sich nicht eines früheren Erscheinens erfreuen. Jahresberichte haben ja auch gar nicht die Aufgabe und den Zweck, möglichst rasch über die literarischen Produktionen zu referieren. Das ist Sache der Zentralblätter und der Wochenschriften. Jahresberichte sollen möglichst vollständige, wohlgeordnete Sammlungen von zuverlässigen Referaten über die einschlägige Literatur verflossener Jahre und Jahrzehnte sein, wobei es naturgemäß weniger auf rasche als auf vollständige Fortführung der Sammlung ankommt.

Diesem Gedankengang der beiden verdienten Herausgeber wird man rückhaltlos beistimmen können, um so mehr als sie versprechen, trotzdem ein möglichst rasches Erscheinen der Berichte nach wie vor anzustreben.

Auch diesmal ist die Zahl der referierten Arbeiten (von 3337 auf 3469) gestiegen. **Hübener** (Liegnitz).

---

3) **Kausch.** Beiträge zur Hysterie in der Chirurgie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Die Chirurgie vermag wichtige Beiträge zur Kenntnis der Hysterie zu liefern, da viele Fälle ihre Aufklärung nur durch Autopsie in vivo finden; es ist das eine wesentliche Ergänzung der pathologischen Anatomie, die im allgemeinen nur Fälle aufklärt, in denen Hysterie fälschlich angenommen wurde, während in Wirklichkeit schwere organische Veränderungen vorlagen. Da zusammenfassende Arbeiten über die Bedeutung der Hysterie für den Chirurgen bisher vollständig fehlen, so ist K.'s Aufsatz mit Dank zu begrüßen. Er beschränkt sich auf die viszerale Hysterie und führt unter Einsträuung eigener Beobachtungen in erschöpfender Weise alles in der Literatur Niedergelegte auf, unter Beigabe eines außerordentlich reichhaltigen Literaturverzeichnisses.

Bei der Gehirnhysterie wird der hysterische Kopfschmerz, die Vortäuschung eines Hirnabszesses, einer Hirngeschwulst, einer Meningitis, Jackson'scher Epilepsie besprochen. Es folgen die häufigen hysterischen Otalgien, das Heer von Rückenmarksaffektionen, die durch Hysterie vorgetäuscht werden können.

Von Affektionen der Atmungsorgane werden die Reflexneurosen der Nase, Kehlkopfkrämpfe, der Singultus hystericus, die hysterische Hämoptoe besprochen.

Besonders ausführlich wird die Hysterie der Bauchorgane behandelt: Pharyngismus, Cardiospasmus, Cardialgien; das Vorkommen hysterischen Magenblutens hält K. für noch nicht erwiesen. Es werden sodann erörtert: das hysterische Erbrechen, der Meteorismus hystericus, die Pseudoappendicitis hysterica, die oft genug zu Operationen geführt hat, Durchfälle, Atonie des Darmes, welche zu Kotgeschwülsten führt. Von der größten Bedeutung für den Chirurgen ist die Frage des hysterischen Ileus. Da in vielen Fällen direkte Täuschung des Koterbrechens durch per os eingeführte Scybala nachgewiesen ist, so wird man sich äußerst reserviert verhalten müssen.

Die Differentialdiagnose gegenüber dem organischen Ileus kann äußerst schwierig sein.

Es folgt die Besprechung der hysterischen Leberkolik, der Nierenkolik, der Poly- und Anurie, der Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der Harnblase, des Zusammenhanges der Splanchnoptose und gynäkologischer Affektionen mit der Hysterie. **Haeckel** (Stettin).

---

4) **S. Mercadé** et **H. Lemaire.** Pathogénie de l'épanchement traumatique de sérosité.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 5.)

Für das Zustandekommen seröser Ergüsse nach Traumen hatte man vier Theorien aufgestellt, wonach sie entweder Transsudationen der Blutgefäße, Rupturen der Lymphwege, einer exsudativen Tätigkeit des Bindegewebes oder endlich einem Entzündungsreiz ihre Entstehung verdankten. Auf Grund cytologischer Untersuchungen, die einen vorwiegenden Gehalt an Lymphocyten, Mastzellen und Makrophagen feststellten, glauben Verff. drei der vorher angegebenen Quellen ausschalten und den Lymphgefäßen allein die Produktion der traumatischen serösen Ergüsse zugestehen zu sollen. **Christel** (Metz).

---

5) **Hecht.** Die Daktyloskopie als klinische Untersuchungsmethode.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Die Daktyloskopie, die Untersuchung des feineren Reliefs an der Haut der Hohlhand und der Beugeseiten des Fingers mit Hilfe von Abdrücken, ist bisher nur in der Anthropologie und Kriminalistik verwendet worden. H. zeigt, daß sie auch in der klinischen Medizin als Untersuchungsmethode brauchbar ist und die Analyse abnormer Wachstumsverhältnisse verfeinern kann. Er gibt sechs Beispiele mit Abbildungen der Handabdrücke. Bei gehemmtem Wachstum (zerebrale Kinderlähmung, rachitischer Zwergwuchs) stehen die Epidermisleisten dichter als normal, bei gesteigertem Wachstum (Akromegalie, Trommelschlägelfinger) weiter, als der Norm entspricht.

Haeckel (Stettin).

---

6) **B. Krönig** und **J. Gauss.** Anatomische und physiologische Beobachtungen bei dem ersten Tausend Rückenmarksanästhesien. (Aus der Univ.-Frauenklinik Freiburg i. Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 40 u. 41.)

Bereits vor mehr als $1/2$ Jahr hatte Arthur E. Barker auf Grund von im September 1906 abgeschlossenen Versuchen und praktischen Erfahrungen (Brit. med. journ. 1907, März 23) darauf aufmerksam gemacht, daß das Ausbreitungsgebiet der bei der Lumbalanästhesie in den Subarachnoidealraum eingespritzten anästhesierenden

Lösung auch von der Schwere derselben abhängig sei, sich nach dem Verhältnis ihres spezifischen Gewichtes zu dem der Spinalflüssigkeit richte. Von diesen Experimenten, auf deren praktische Bedeutung Barker hingewiesen, haben die Verff. vorliegender Studie augenscheinlich keine Kenntnis gehabt, da sie eine Reihe ähnlicher Versuche ausgeführt haben und mit ihren gleichartigen Ergebnissen in der Abhandlung mitteilen, ohne auch nur mit einem Worte Barker's Abhandlung zu erwähnen. Ihre Schlußfolgerungen lauten: Bei der Lumbalanästhesie ist die Anwendung einer die Schwankungen des Liquors im Subarachnoidealraum anzeigenden Steigröhre vor und während der Injektion notwendig. Für die Wirkung der anästhesierenden Flüssigkeit spielt ihr spezifisches Gewicht und die Temperatur, bei welcher sie eingespritzt wird, eine wesentliche Rolle. Die Anästhesierung höher gelegener Rückenmarkssegmente darf nicht durch steile Beckenhochlagerung erzielt werden, sondern ist durch richtige Wahl entsprechend dichter anästhesierender Lösungen anzustreben. Steile Beckenhochlagerung ist auch noch längere Zeit ($^1/_2$—1 Stunde) nach der Injektion gefährlich wegen der Möglichkeit des Emporgelangens des Anästhetikums nach der Medulla oblongata. Von einer anästhesierenden Lösung, die in Rückenmarkssegmenten wirken soll, welche oberhalb der Einstichstelle zwischen 2. und 3. Lendenwirbel liegen, muß man, vorausgesetzt, daß man in sitzender Stellung injiziert, in dieser die eintretende Anästhesie abwartet und nachträglich den Pat. nur in Horizontallage bringt, verlangen, daß sie spezifisch gleich oder besser etwas leichter als die Spinalflüssigkeit ist; von den käuflichen Präparaten in Lösung entspricht dem allein die Stovain-(Billon, bzw. Riedel) Lösung (spez. Gewicht bei 38° C = 0,999). Im Interesse der Verwendung chemisch reiner Lösungen ist es notwendig, das Suprarenin erst kurz vor dem Gebrauch den anästhesierenden Lösungen hinzuzusetzen. Käufliche Ampullen mit dieser letzteren und Suprareninzusatz sind abzulehnen, ebenso solche Tabletten, da ihre Lösung in Spinalflüssigkeit (wenn man nicht sehr viel aspiriert) immer spezifisch schwerer als diese bleibt.

Kramer (Glogau).

---

7) **Chaput** (Paris). De la rachistovainisation . . . L'anesthésie totale au moyen de la rachistovainisation.

(Presse méd. 1907. Nr. 94.)

Es ist dem Verf. gelungen, mehrere Operationen an der Brust, den Brüsten und selbst am Kopfe vollkommen schmerzlos nur unter Rachistovainisierung auszuführen. Um die allgemeine Anästhesie so herbeizuführen, wird folgendermaßen verfahren. 1 Stunde vor Beginn der Operation wird unter die Haut $^1/_4$ mg Skopolamin eingespritzt. Man bindet dem Kranken die Augen und die Ohren zu und läßt ihn ruhig liegen. Vor Beginn der Operation wird eine Punktion in der Lumbalgegend ausgeführt und 10—15 ccm Zerebrospinalflüssigkeit abgelassen. Hierauf werden in zweimal je 4 ccm einer 2%igen Lösung

von Stovakokain 8 ccm eingespritzt. Innerhalb 10—15 Minuten hat die Unempfindlichkeit das Gesicht erreicht, wo dieselbe etwa 1/2 Stunde anhält. Falls Pat. während der Operation Blässe und einen schwachen Puls zeigen, wird eine Koffeineinspritzung gemacht, event. werden die Pat. in die Trendelenburg'sche Lage gebracht. Unangenehme Zufälle wurden bei Anwendung dieser Methode nicht beobachtet; ein einziger Kranke hat 12 Tage nach der Operation eine Parese des Abducens dargeboten, die nach 10 Tagen aber verschwunden war.

Im allgemeinen ist Verf. der Ansicht, daß die von anderen beobachteten unangenehmen Zufälle bei Anwendung der Rachistovainisierung meist auf verschiedene, leicht zu beseitigende Nebenumstände zurückzuführen sind. So z. B. zu große Menge des eingespritzten Stovains, zu konzentrierte Lösung, das Hinzufügen von Adrenalin zu derselben, mangelhafte Sterilisation. Ferner muß hervorgehoben werden, daß reines Stovain sehr unsicher ist, und daß erst das Hinzufügen einer geringen Menge von Kokain das Erzielen einer guten Anästhesie mit einer relativ geringen Dosis ermöglicht. In der Stovakokainlösung, die Verf. benutzt, ist das Stovain zu 3/4, das Kokain zu 1/4 vorhanden, und das Ganze in 1%iger Lösung in sterilisierten Ampullen enthalten.

Kontraindikationen für die Spinalanästhesierung geben ab: hohes Alter (über 65 Jahre), kachektische Zustände, schwere Anämien und Infektionen, Albuminurie und Diabetes. Syphilis und Erkrankungen des Zentralnervensystems bilden ebenfalls Gegenanzeigen der Methode, da sie den Pat. der Gefahr einer Lähmung aussetzen. Doch muß man diese Gegenanzeigen nicht zu ängstlich auffassen, und ist C. der Ansicht, daß viel weniger Gefahren bei der Stovainisierung, wie bei der allgemeinen Anästhesie mit Chloroform zu fürchten sind.

Werden also alle Vorsichtsmaßregeln beobachtet, so ist die Rachistovainisierung in der oben beschriebenen Art eine vollkommen unschädliche allgemeine Anästhesierungsmethode und wohl berufen, die allgemeine Anästhesie mittels Chloroform und ähnlichen Mitteln zu verdrängen. **E. Toff** (Braila).

8) **Gergö.** Sind Röntgenbilder einfache Schattenbilder?

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Nach längeren theoretischen und allgemeinen Ausführungen über Schattenbilder und perspektivische Bilder rekapituliert G. seine Darlegungen folgendermaßen:

»Die Röntgenbilder konnten bisher bei einer mangelhaften Technik als einfache Schattenbilder der Knochen betrachtet werden; derzeit jedoch können wir mit Hilfe einer vollkommeneren Technik und im Falle, daß die Röntgenstrahlen am betreffenden Körperteil ihre ganze zeichnerische Tätigkeit entwickeln können (z. B. an den Extremitäten), auch solche Röntgenbilder erlangen, welche ihrem Wesen nach keine einfachen Schattenbilder sind, sondern perspektivische Bilder. (Im

Röntgensinne plastisch gezeichnete oder plastisch wirkende Röntgenbilder).

Bei der Beurteilung der Perspektive (resp. plastischen Impression) von dergleichen vollkommeneren Röntgenbildern können wir nicht einfach von den gewohnten Grundbegriffen unserer plastisch darstellenden Künste (Malerei, plastische Photographien usw.) ausgehen. Es bestehen bei den Röntgenbildern so eigenartige Verhältnisse (Modifikation der Zentralprojektion, Transparenz der Körper usw.), daß wir deren Perspektive resp. plastische Wirkung nicht gänzlich an der Hand jener Begriffe von plastischer Darstellung beurteilen dürfen, die uns die gewohnten plastischen Künste bieten.« **Gaugele** (Zwickau).

---

9) **Schmid** und **Géronne.** Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die weißen Blutzellen, nach Mikrophotographien mit ultraviolettem Licht.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Verff. haben an bestrahlten nephrektomierten Kaninchen Versuche über die Abnahme der weißen Zellen im Blut und die bereits anderwärts sicher nachgewiesene Schädigung der Zellbildungsstätten angestellt und sind wie Linser und Helber zu der Ansicht gekommen, daß diese Schädigungen durch ein spezifisches Agens, das Leukotoxin, hervorgerufen werden, welches zum Teil durch die Nieren ausgeschieden wird.

Die Befunde der Blutpräparate, die im großen und ganzen mit denen der beiden anderen genannten Autoren übereinstimmen, kontrollierten nun Verff. durch Mikrophotographien mit ultraviolettem Licht. Aus den Photogrammen, welche auf einer Tafel der Arbeit beigegeben sind, ergibt sich folgendes:

»Das Protoplasma der polynukleären Zellen ist zum Teil gequollen, grobkörnig, die Zellwand häufig gesprengt, so daß es vielfach zum Austritt von Protoplasmateilchen gekommen ist. Die Kerne sind zum Teil unscharf, verschwommen (daran, daß andere Einzelheiten in den betreffenden Zellen doch scharf sind, ist zu erkennen, daß die Zelle an sich scharf eingestellt war); an einigen Kernen besteht ein deutliches Lichterwerden der Struktur, doch finden sich solche lichtere Stellen, wenn auch in geringerem Maße, auch an einzelnen Kernen bestrahlter Leukocyten.

Die Schädigung trifft ausschließlich die polynukleären Leukocyten, während die Lymphocyten durchaus intakt erscheinen.

Es erscheinen die Lymphocyten zum Teil mit hellem Rand umgeben; Ursache dafür ist, daß die Objekte im Augenblick des Photographierens in geringster Bewegung waren. Dieselbe Erscheinung ist auch bei einzelnen Erythrocyten zu sehen. An den roten Blutkörperchen finden sich keinerlei Veränderungen.«

Danach erscheinen also nicht die polynukleären Leukocyten als die gegen die Röntgenbestrahlung widerstandskräftigsten, sondern

vielmehr die Lymphocyten und speziell die kleinen Lymphocyten. Dieses Verhalten ist um so merkwürdiger, als die Lymphocyten bereits zu einer Zeit abnehmen, wo die histologische Untersuchung an den lymphatischen Apparaten noch keine Veränderung nachweisen kann; auch tritt die Abnahme der Lymphocyten bereits bei einer partiellen Röntgenbestrahlung ein, wobei die lymphatischen Apparate gar nicht direkt betroffen worden sind. Danach muß man zur Anschauung kommen, daß die Lymphocytenabnahme auf einer Insuffizienz der Mutterorgane für deren Neubildung beruht, und daß diese nicht bloß durch anatomische Schädigung (Totalbestrahlung), sondern auch auf toxischem Wege entstehen kann. **Gaugele** (Zwickau).

---

10) **G. E. Whaug.** Pharyngeal abscesses.

(Lancet 1906. September 29.)

Verf. betont, daß bei jedem mit ungewissen Symptomen erkrankten Kind eine genaue Inspektion des Rachens stattfinden sollte, damit ein eventueller Abszeß schon in den Anfangsstadien erkannt wird. Es finden sich zweierlei Arten von Rachenabszessen:

1) Die tuberkulösen, die langsam und in der Mittellinie des Rachens erscheinen und stets von außen vom Hals aus eröffnet werden sollten, wobei die Abszeßmembranen exstirpiert oder nach Möglichkeit mit dem scharfen Löffel entfernt werden sollen. Die Abszesse gehen von tuberkulösen Halsdrüsen oder von der Wirbelsäule aus. Da es nur selten gelingt, einen Wirbelsequester zu entfernen, rezidivieren sie häufig.

2) Die nicht tuberkulösen Abszesse; sie gehen ohne Unterschied von einer Mandel aus und beginnen auf den Seiten des Rachens. Differentialdiagnostisch ist hierbei nicht selten Diphtherie in Frage gekommen und sogar die Tracheotomie gemacht worden; es fehlen beim Rachenabszeß in der Regel indessen Stridor und Krupphusten. Diese letzteren Abszesse sind von innen und in ihrer ganzen Ausdehnung zu eröffnen, am besten bei hängendem Kopfe. Im Anschluß an die Heilung sind die Mandeln zu exstirpieren.

Auch desinfizierende Gurgelungen bzw. Pinselungen der erkrankten Mandeln kann man der Entstehung oder Ausbreitung der Abszesse vorbeugen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

11) **Halstead and Evans.** The parathyreoid glandules. Their blood supply and their preservation in operation upon the thyreoid gland.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Verff. besprechen die anatomische Lage und die Blutversorgung der Epithelkörperchen, die bei Kropfoperationen unbedingt erhalten werden müssen, wenn nicht Tetanie und andere schädliche Erscheinungen am Körper auftreten sollen.

H. hat die arteriellen Gefäße der Schilddrüse mit schwefelsaurem Quecksilber injiziert und auf diese Weise festgestellt, daß die Äste

für beide Glandulae parathyreoidea von einem Blutgefäß der unteren Schilddrüsenarterie entspringen. Der Zweig für die obere Drüse kann auch aus der Stelle der Anastomose zwischen oberer und unterer Schilddrüse hervorgehen. Die Lage der Körperchen ist verschieden.

Es kommt bei der Kropfoperation nicht nur darauf an, sie unberührt zu lassen, sondern auch darauf, die sie versorgende Arterie nicht zu durchschneiden, d. h. die Art. thyreoid. inf. jenseits des Abganges des Astes zu unterbinden, der die Arterie für die Nebenschilddrüse abgibt. Genaues Sehen nach dem Hervorheben der Schilddrüse aus ihrem Bett ist daher durchaus erforderlich.

Herhold (Brandenburg).

---

12) **K. Schultze.** Experimentelle Untersuchungen über das Fieber nach Kropfoperationen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Die häufig nach Kropfoperationen auftretende Temperatursteigerung wird von manchen durch eine Überschwemmung des Körpers mit dem Safte der Schilddrüse bei der Operation erklärt. Um die Richtigkeit dieser Annahme zu prüfen, injizierte S. sich selbst und Pat. teils subkutan, teils intravenös Saft von Schilddrüsen, die bei Kropfoperationen entfernt waren; die Menge des eingespritzten Saftes betrug meist 20 ccm. Bei neun derartigen Versuchen stieg die Rektaltemperatur gar nicht oder höchstens um $^4/_{10}{}^\circ$; nur bei einer Pat., die nach der Operation fieberte, und der ihr eigener Schilddrüsensaft injiziert wurde, stieg die Rektaltemperatur auf 39,6. Der Puls blieb stets unverändert.

S. schließt aus seinen Versuchen, daß die Resorption von Kropfsaft bei dem Zustandekommen des postoperativen Fiebers keine Rolle spiele.

Auch bei Injektion des Saftes von Basedowkröpfen wurde keine Beeinflussung von Puls und Temperatur beobachtet. Die gelegentlich auftretenden postoperativen akuten Verschlimmerungen des Morbus Basedowi, die sich vor allem in einer Änderung des Pulses und der Körpertemperatur äußern, können deshalb nicht als Folge von Resorption des Kropfsaftes aufgefaßt werden. **Haeckel** (Stettin).

---

13) **Mollière** et **Sargnon.** De l'anesthésie de l'oesophage en dehors de l'oesophagoscopie. Indications. Resultats.

(Province méd. 1907. Nr. 36.)

Verff. wenden zwei Formen von Anästhesie an, eine solche, welche die Empfindlichkeit herabsetzt, und eine solche, welche vollkommene Unempfindlichkeit herbeiführt. Die erstere Form erzielen Verff. mit Belladonna und empfiehlt sie ungeübteren Untersuchern. Die letztere Art führen sie mit einer 10%igen Lösung von Kokain aus und wenden sie bei Fissuren, Ulzerationen, Spasmen und bei Extraktion von Fremdkörpern an. **A. Hoffmann** (Karlsruhe).

14) **T. Tuffier, Jardy et Gy.** De la calcification pleurale.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 3.)

Die Kalkablagerungen auf den Wänden alter Empyeme oder sonstiger chronischer Pleuritiden sind selten Gegenstand ärztlicher Behandlung. Entweder sie werden erst durch die Sektion erkannt oder können nur als Reste voraufgegangener Exsudate da vermutet werden, wo Dämpfungen und Einziehungen zurückbleiben, der Gesamtzustand ein ungenügender ist, oder plötzliche schwere, respiratorische Insuffizienz auf starre und geschrumpfte Lunge hinweist. In anderen Fällen jedoch können von Fistelgängen aus die Inkrustationen mit Sonden nachgewiesen werden, wenn sie auch bisher meist als Sequester gedeutet wurden, mit deren anatomischer Struktur sie freilich keine Ähnlichkeit haben. Sind große Höhlen mit Kalkbelägen ausgekleidet und durch Fisteln eröffnet, muß meist der sonst unheilbaren Eiterung Einhalt getan werden. Verff. raten nun hier von der Schede'schen Operation als zu schwerem Eingriff ab, sondern ziehen wiederholte Abtragungen in kleinen Bezirken (etwa zwei Rippen hoch) vor; in den Zwischenzeiten soll dann besondere Sorgfalt auf Hebung des Kräftezustandes verwendet werden.

Christel (Metz).

15) **Félegyházi** und **Potoczky.** Zur Entstehung der Vaguspneumonie.

(Sitzungsberichte der med. Sektion des Erdélyer Museumvereins Bd. XXVIII.)

Verff. stellten mehrere Untersuchungen über die Entstehung der Vaguspneumonie an und beleuchten die Frage vom histologischen und bakteriologischen Standpunkte. Die Versuche wurden an Kaninchen in tiefer Äthernarkose vorgenommen und führten zu folgenden Schlüssen:

1) Bei Durchschneidung des Vagus nur einer Seite entwickelte sich in keinem Falle eine Pneumonie.

2) Die Durchtrennung des Nervus laryngeus sup. beiderseits verursachte ebenfalls keine Schluckpneumonie.

3) Bei Durchschneiden der beiden Nervi recurrentes trat nicht in jedem Falle Pneumonie ein.

4) Nach Durchschneidung beider Nervi vagi gehen sämtliche Versuchstiere schon innerhalb $1^1/_2$ Tagen zugrunde. Die Pneumonie wird durch die Lähmung der Speiseröhre und durch die gesteigerte Inspiration zu einer besonders schweren. Die Temperatur sank allmählich von 39° C auf 29,7° C. Die Entzündung in der Lunge trat zuerst um die kleinen Bronchien herum auf in der Form einer lobulären Pneumonie; die pneumonischen Herde können von Hämorrhagien umgeben sein, die später nekrotisch zerfallen.

5) Die Bakterien waren dieselben, die in der Mundhöhle des Kaninchen und in verschiedenen Teilen der Luftwege auch unter normalen Verhältnissen vorhanden sind. Meist handelt es sich um eine Mischinfektion von Kokken und dicken Bakterien.

6) Die Ursache der Vaguspneumenie läßt sich auf die Aspiration der dem Speichel beigemengten verschiedenen Bakterien zurückführen. Die Schwere der Pneumonie hält mit der Menge der Bakterien Schritt.

P. Steiner (Klausenburg).

16) **Goebel.** Zur Entstehungslehre der Lungenerkrankungen nach Darmoperationen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Für die Entstehung von Lungenerkrankungen nach Operationen am Darme sind die verschiedensten Erklärungen versucht worden; besonders wurde die Narkose als Ursache angeschuldigt. Allein die Lungenkomplikationen entstehen auch nach Operationen unter Lokalanästhesie; das bisweilen unmittelbar nach der Operetion beobachtete Einsetzen der Lungenentzündung läßt an embolische Vorgänge denken. In Anlehnung an die Experimente anderer Forscher, welche den Übergang von Kohlenteilchen aus dem Darm in die Lunge durch den Ductus thoracicus erklärten, hat G. Kaninchen in die Darmwand chinesische Tusche eingespritzt und fand sie alsbald als freies, nicht von Zellen eingeschlossenes Pigment in den Lungen. Um dem Einwande zu begegnen, daß vielleicht physiologische Anthrakose der Tiere vorliege, spritzte er in einer anderen Reihe von Versuchen Tetragenus- und Prodigiosuskeime in die Darmwand und konnte in zahlreichen Fällen alsbald auch diese in den Lungen nachweisen. Der Vorgang beim Menschen wäre also so zu denken: Bei der Operation an der Schleimhaut des Darmes oder Magens gelangen Mikroorganismen in die Chylusgefäße, von diesen z. T. unter Umgehung der Lymphdrüsen in den Ductus thoracicus, durch diesen in die obere Hohlvene, dann in das rechte Herz und von diesem in die Lungen. In einem Falle von tödlicher Pneumonie konnte G. Colibazillen in der Lunge nachweisen.

Haeckel (Stettin).

17) **Seidel.** Über die physiologischen Grundlagen und die praktische Brauchbarkeit des Überdruckverfahrens zur Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Man hat dem Überdruckverfahren den Vorwurf gemacht, daß die Atmungs- und Kreislaufverhältnisse dadurch geändert werden. S. hat deshalb an einer großen Reihe von Hunden und Kaninchen, teils in Narkose, teils ohne dieselbe, Versuche zur Feststellung der Atmungs- und Kreislaufverhältnisse unter Überdruck angestellt; dieselben wurden z. T. bei uneröffnetem Brustkorbe, z. T. beim gesetzten Pneumothorax ausgeführt. Verf. kommt zu dem Resultat, daß das Überdruckverfahren Atmung und Kreislauf nur in geringem Maße verändert; eine Erschwerung derselben bedeuten diese Veränderungen nicht; auch beim Unterdruckverfahren bleiben Atmung und Kreislauf meist unbeeinflußt. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Verfahren

können sich nur im Beginne des Unter- oder Überdruckes bemerkbar machen, welche im ersten Fall in vorübergehender Erweiterung, im letzteren Fall in vorübergehender Verengerung der Lungenkapillaren bestehen. Ist aber der Druck mit dem gewünschten Grade der Lungenausdehnung konstant geworden, so besteht bei beiden Verfahren das gleiche Verhältnis zwischen Lungeninnendruck und Interpleural-Rumpfdruck. Die Narkose ist auch beim Überdruckverfahren mit genügender Sicherheit zu leiten, wenn auch zugegeben ist, daß der Narkotiseur in seiner Aktionsfreiheit im gewissen Grade behindert ist. Dagegen ist die Raumbeschränkung für den Operateur beim Unterdruckverfahren ein Nachteil, ebenso der Umstand, daß man durch die Unterdruckkammer viel mehr an die Örtlichkeit gebunden ist als beim Überdruckverfahren.

Demnach ist das Überdruckverfahren für jeden intrathorakalen Eingriff in derselben Weise geeignet wie das Unterdruckverfahren.

Haeckel (Stettin).

---

18) **Calvert.** Position of the heart in pericarditis with effusion.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1907. Oktober.)

Die Ausführungen des Verf.s stützen sich auf die Befunde an zwei genau untersuchten Leichen und ferner auf einige Abbildungen aus Pirogoff's topographischer Anatomie (1852—58).

Die beiden selbst untersuchten Leichen waren die von Negern im Alter von 30 bzw. 29 Jahren mit klinisch nachgewiesenem perikardialem Erguß. Beide Leichen waren in der Weise gehärtet worden, daß in die Arterien bei Rückenlage Formalin injiziert wurde. Die Kadaver wurden dann in transversale Schnitte zerlegt. Einige Skizzen und drei Photogramme von den Schnittflächen illustrieren die gewonnenen Befunde; zum Vergleich sind drei entsprechende Figuren aus Pirogoff's Atlas wiedergegeben.

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen die folgenden Schlüsse:

1) Die Lage des Herzens hängt von der Gestalt des Herzens ab.

2) Die Gestalt des Herzens ist abhängig von seiner Ausdehnung oder, mit anderen Worten, von seiner Blutfüllung.

3) Die Anfüllung des Herzens mit Blut entspricht dem Grade der Kompensation.

4) Bei genügender Kompensation enthält das Herz verhältnismäßig reichlich Blut und hat eine relativ normale Lagerung.

5) Bei ungenügender Kompensation ist der Zustrom von Blut zum Herzen verringert, das Herz wird kleiner und kleiner, bis es ganz kollabiert. Die Größe des Herzens steht im umgekehrten Verhältnis wie der Druck im Herzbeutel. Das Herz schwankt bezüglich seiner Lagerung zwischen der Norm und der flachen Anpressung an die hintere Wand des Herzbeutels.

6) Die Herzspitze kann an normaler Stelle liegen oder nach rückwärts und etwas nach rechts verschoben sein.

7) Wenn der Druck im Herzbeutel ein hoher wird, so tritt die dreieckige Dämpfungszone deutlich in die Erscheinung, die Pulsfrequenz steigt, es kommt vielleicht zu Pulsus paradoxus, der arterielle Druck sinkt, es kommt zu venöser Kongestion und zu Lungensymptomen. **W. v. Brunn** (Rostock).

19) **Noll.** Die Histologie der Wurmfortsatzentzündung.

(**Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.**)

N. hat im Marburger pathologischen Institut 80 sofort nach der Exstirpation konservierte Wurmfortsätze genau histologisch untersucht, deren 26 von akuten Erkrankungen des Wurmfortsatzes, 54 von Intervalloperationen stammen. Auf Grund dieses außerordentlich sorgfältig bearbeiteten Materials, das hier ausführlich wiedergegeben wird, hatte Aschoff seine bekannten Ansichten über die Entstehung der Appendicitis entwickelt.

Nach N. spielen bei der Entstehung des appendicitischen Anfalles Gefäßveränderungen in Arterien oder Venen keine Rolle. Vielmehr ist der akute Anfall stets Folge einer bakteriellen Infektion, die meist vom Darme, seltener vom Blut aus stattfindet. Die Entzündung beginnt in der Tiefe von Schleimhautbuchten; von hier geht sie durch eindringende Bakterientoxine auf die Wand des Wurms bis zur Serosa über und kann so zur Perforation durch eitrige Einschmelzung führen, oder aber sie kriecht als diphtherische Form auf der Schleimhautoberfläche weiter. Anwesenheit von Kot oder Kotsteinen spielt dabei keine wesentliche Rolle, nur insoweit, als der Wurmfortsatz, ähnlich wie bei Knickungen und Stenosen, an Entleerung seines Sekretes in den Darm gehindert wird. Der Stein arrodiert die Schleimhaut nicht und führt nicht zur Perforation.

Die Existenz einer chronischen, zur Obliteration führenden, auf Resorption von Bakterientoxinen beruhenden, granulierenden Entzündung ist nicht erwiesen; die Obliterationen sind vielmehr narbige Ausheilungen früher überstandener akuter Anfälle. Die ersten Anfälle entstehen in ganz gesunden Wurmfortsätzen und nicht auf dem Boden einer schleichenden, chronischen Entzündung. **Haeckel** (Stettin).

20) **Albu.** Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blinddarmerkrankungen.

(**Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.**)

A. bringt einen sehr bemerkenswerten Aufsatz über das viel diskutierte Thema, der um so wertvoller ist, als er auf Beobachtung von 178 Fällen akuter und 315 Fällen chronischer Blinddarmentzündung aus seiner rein internistischen Praxis beruht, und zwar einer Praxis, die aus verschiedenartigen Quellen geschöpft hat: poliklinischer und privater Ambulanz, Konsultationen und klinischer Klientel. A. bezweifelt, ob spätere Zeiten sich die jetzt schon fast zu einem Dogma erhobene prinzipielle Forderung der Frühoperation in allen Fällen zu

eigen machen werden; das sei ein schematisches Verfahren, das im Gegensatz stehe zu der sonst proklamierten Forderung individualisierender Behandlung.

Bezüglich der Pathogenese spielt für A. die chronische Verstopfung eine große Rolle, während die chronische Kolitis kaum ätiologisch in Betracht kommt. So sehr A. die Notwendigkeit der frühesten Frühoperation bei schweren Fällen, bei destruktiver Appendicitis betont, so energisch lehnt er die Operation in den leichten in überwältigender Majorität der Spontanheilung zugänglichen Fällen ab und zeigt, wie man sehr gut die leichten von den schweren Fällen unterscheiden könne. Das oft behauptete Übergehen anscheinend leichter Fälle in schwere sei verschwindend selten und rechtfertige noch nicht die grundsätzliche Frühoperation aller Fälle. Nicht um die Frühoperation hätte der Kampf entbrennen sollen, sondern um die Frühdiagnose der Appendicitis überhaupt und besonders um die frühzeitige Unterscheidung der leichten von den schweren Fällen! Nur in 10% der Fälle sei diese Unterscheidung nicht möglich; diese zweifelhaften müßten alle der Operation unterworfen werden. Bei diesem Verfahren habe er nie einen Fehlgriff getan. Bei der Therapie der leichten Fälle verwirft er das Opium als überflüssig und das Krankheitsbild verschleiernd.

Bezüglich der chronischen Perityphlitis sind die inter- und remittierenden Formen der Operation zu unterwerfen. Nach einmaligem Anfall soll nur im Intervall operiert werden, wenn derselbe mittelschwer oder schwer gewesen ist. Sind keine akuten Anfälle vorausgegangen, so ist die Diagnose schwer, und man ist mannigfachen diagnostischen Irrtümern, Verwechslungen mit der Obstipatio chronica spastica, visceralen Neuralgien, der Pseudoappendicitis Hysterischer unterworfen; in diesen Fällen ist die Operation nur zu empfehlen, wenn ein objektiver Krankheitsbefund, konstante Resistenz und Druckempfindlichkeit an typischer Stelle vorhanden sind.

Haeckel (Stettin).

21) **Rostowzew.** Aseptische Darmnaht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXII. Hft. 3.)

Verf. schildert eine zweifellos sehr sinnreiche Methode der aseptischen Darmnaht, bei welcher die Eröffnung der Darmlichtungen erst nach Anlegung der Nähte stattfindet. Das Prinzip beruht auf Abquetschung der zu eröffnenden Darmlichtungen und, wie sich Verf. ausdrückt, auf Verkochung der Darmwandung durch Bestreichen des Enterotribs mit dem glühenden Paquelin. Man erhält auf diese Weise geschlossene, gekräuselte Säume der Darmwand. Diese werden übereinander gelegt und die benachbarten Teile der Därme miteinander vernäht. Dadurch entsteht dann ein aufs neue geschlossener Darm, der im Innern diese gekräuselten Säume aufeinander liegend enthält. Die letzteren werden an den angelegten Fäden auseinandergezogen. R. behauptet, daß dies ohne Nachblutung geschieht. Eine Modifika-

tion des Verfahrens mit besonders konstruiertem Enterotrib soll die Operationsdauer noch wesentlich kürzen und die Naht maschinenmäßig fein gestalten. Ref. muß auf die Originalarbeit hinweisen, deren Abbildungen besser als alle Worte das Verfahren erklären. Bei derartigen technischen Methoden gibt eben die Anschauung am Lebenden oder die guten Abbildungen die einzige Möglichkeit zweckmäßiger Belehrung.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

22) **Kader.** Zur Frage der Radikaloperation von Schenkelbrüchen.

(Przegląd lekarski 1906. Nr. 51.)

Längsschnitt über die Bruchgeschwulst und stumpfe Lospräparierung des Bruchsackes. Eröffnung der Bauchhöhle durch einen kleinen Schnitt oberhalb des Leistenbandes. Mittels einer Klemme wird die Kuppe des Bruchsackes von außen gefaßt und in die Bauchhöhle eingestülpt. Die obere Öffnung des Schenkelkanales wird durch 2—3 Seidenknopfnähte geschlossen, indem das Leistenband an das Periost des Schambeines und Lig. pubicum Cooperi angenäht wird. Der Bruchsack wird in die Bauchhöhle hereingezogen und ans Bauchfell angenäht. Dann wird die Wunde in den Bauchdecken geschlossen die Vena saphena doppelt unterbunden und reseziert (um einen Schlitz bei der Mündung der Vene zu vermeiden), zuletzt die Wunde am Oberschenkel geschlossen.

Bogdanik (Krakau).

23) **J. Delage** (Montpellier). L'évolution latente du pincement latéral de l'intestin dans les hernies étranglées.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 3.)

Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose eines Darmwandbruches, wenn sich ein solcher völlig schleichend, ohne die gewohnten Anzeichen der Einklemmung, ohne daß auch vorher eine Bruchgeschwulst beobachtet war, eingeklemmt und zu phlegmonöser Entzündung der Leistengegend geführt hat. Einschlägige Beobachtungen werden mitgeteilt. Differentialdiagnostisch in Frage kommen Drüsenphlegmone, Entzündung eines ektopischen Hodens, Aktinomykose, Bruchsacktuberkulose und Appendicitis im Bruchsack.

Die Behandlung hängt ab von dem Zustand, in dem der Bruch zur Beobachtung gelangt. Ist die Gangrän bzw. Phlegmone ausgebildet, wird sich die Resektion notwendig erweisen; sonst wird man zur Übernähung greifen.

Christel (Metz).



Kleinere Mitteilungen.

(Aus dem Allerheiligen-Hospital in Breslau.)

Zur Diskussion über die osteoplastische Fußgelenksresektion.

Von

Prof. Alexander Tietze.

Auf dem Chirurgenkongreß 1906 hat Herr Brodnitz über eine neue osteoplastische Resektionsmetode des Fußgelenks zur Entfernung großer Partien der Tibia berichtet, welche sich von der nach Wladimirow-Mikulicz dadurch unterscheidet, daß die ganzen Weichteile der Fußsohle erhalten bleiben, der Calcaneus horizontal und die Tibia schräg abgesägt und dann vereinigt werden. Der Fuß wird um annähernd 90% gedreht.

Schon damals auf dem Kongreß und später noch ausführlicher in Bruns' Beiträgen Bd. LII hat ferner Herr Kausch eine von ihm bei Sarkom des unteren Unterschenkelendes ausgeführte Operation empfohlen, deren Eigenheiten er in folgendem zusammenfaßt: Resektion des unteren Unterschenkelendes, Absägen des hintersten Calcaneusabschnittes und Vereinigung der Sägefläche mit der der Unterschenkelknochen und Vertikalstellung des Fußes, Absägen der Talusrolle, rechtwinklige Dorsalflexion der Zehen, Versteifung der kleinen Fußgelenke (durch Einspritzung von Lugol'scher Lösung vor dem Röntgenschirm).

Wie aus ihren Berichten hervorgeht, hatten beide Operateure die Aufgabe zu erfüllen, große Defekte des unteren Endes des Unterschenkels plastisch zu decken, und es ist dies beiden mit vollem Erfolge gelungen. Die von ihnen angewandten Methoden aber können als neue wohl nicht bezeichnet werden, sie stellen vielmehr — allerdings sehr zweckmäßige — Modifikationen der Wladimirow-Mikuliczschen ursprünglichen Operation dar.

Da auf diese Weise von neuem das Interesse für dieses sinnreiche Verfahren erwacht ist, möchte ich mir gleichfalls einen kurzen Beitrag zur Diskussion erlauben.

Ich hatte bisher in vier Fällen Gelegenheit, in gleicher oder ähnlicher Weise wie Herr Brodnitz vorzugehen. Der erste der Pat. ist im Jahre 1904 operiert und in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur demonstriert worden (Allgemeine med. Zentralzeitung 1904 Nr. 28). Es handelte sich um einen ca. 45jährigen Mann, welcher wegen eines schweren Fungus am linken Fußgelenk die Hilfe eines angesehenen hiesigen Chirurgen nachgesucht hatte. Die ihm vorgeschlagene Amputation hatte er verweigert; er sowohl wie sein Hausarzt, der mir den Kranken zuführte, bestanden auf Erhaltung des Fußes. In der Tat schien der von dem ersten Chirurgen gemachte Vorschlag sehr begreiflich; denn es fand sich eine mächtige Zerstörung des hinteren Fußabschnittes. Auf beiden Seiten des Fußes wucherten mächtige fungöse Massen aus großen Hautöffnungen heraus; eine starke Schwellung und bläuliche Verfärbung der Weichteile erstreckte sich über das ganze untere Drittel des Unterschenkels und weit am Fuße hinab. Die Knochenzerstörung entsprach in ihrer Ausdehnung den geschilderten Veränderungen an den Weichteilen insonderheit war der untere Abschnitt der Tibia schwer erkrankt, ebenso der Talus; dagegen waren die Weichteile der Fußsohle frei, und der Calcaneus konnte, soweit es die Untersuchung erkennen ließ, gleichfalls nur unwesentlich mitbeteiligt sein. Es wurde nun eine ganz ähnliche Operation gemacht, wie sie Brodnitz für seinen Fall beschrieben hat, d. h. es wurde ein mächtiges Viereck, das Weichteile und Knochen enthielt, aus den hinteren Abschnitten des unteren Unterschenkelendes und des Fußes herausgeschnitten; aber

der Fuß wurde nicht in Spitzfußstellung gebracht, also nicht gedreht, wie bei Brodnitz, sondern es wurde der Sohlenfuß beibehalten. Oben und unten bildeten die Grenzen Horizontalschnitte, die in einer Linie durch die Weichteile und den Knochen liefen. Zur Durchtrennung der Unterschenkelknochen wurde die Gigli-sche Säge, zu der des Calcaneus die Bogensäge benutzt. Die Unterschenkelknochen mußten um 4 cm gekürzt werden. Vom Fuß wurden außer der oberen Hälfte des Calcaneus der Talus und Teile der gegenüberliegenden Gelenkfläche der Fußwurzelknochen entfernt. Der Vorfuß hing nur an einer wenig mehr als zwei Finger breiten Weichteilbrücke, welche aber die unverletzte Arteria dorsalis pedis enthielt. Als dann die Knochen zusammengefügt wurden, resultierte eine starke Verkürzung der Extremität. Der Fuß, der ursprünglich rechtwinklig angesetzt war, wurde in leichte Spitzfußneigung gebracht, was ohne weitere Knochenresektion gelang.

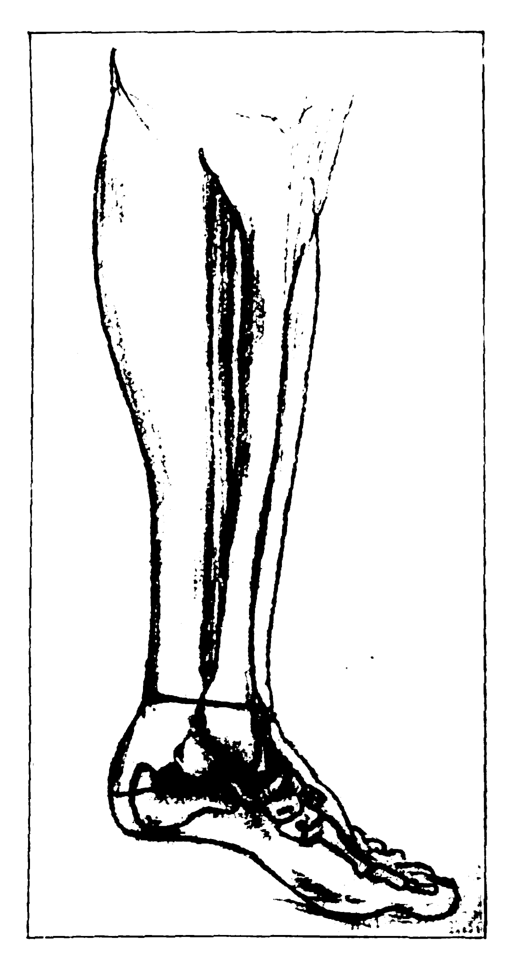


Fig. 1.

Die Fixierung wurde nur durch Naht der Weichteile besorgt. Es kam in kurzer Zeit Heilung zustande, und zur Zeit der Vorstellung des Pat., die etwa 8 Wochen nach der Operation erfolgte, war eine feste, anscheinend knöcherne Verbindung der Sägeflächen eingetreten. Die Verkürzung der Extremität unterhalb des Knies betrug hinten an der Ferse gemessen 7 cm. Der Pat. lief mit einem erhöhten Schuh sehr gut und hat noch über 2 Jahre seinen Beruf als Restaurateur voll-

kommen versehen. Dann ist er an Lungentuberkulose gestorben. Es soll sich allerdings nachträglich am Fuß eine Fistel gebildet haben; doch hat sie ihn, nach Mitteilung des Hausarztes, am Gehen nicht gehindert.

Wie bereits oben besprochen, sind die von Brodnitz und Kausch angegebenen Verfahren Abarten der Wladimirow-Mikulicz'schen Methode. Kausch ist der Ansicht, daß das von ihm gewählte vorzuziehen sei, weil es die Verkürzung der Extremität sicherer ausgleicht als das von Brodnitz, und in der Tat kann man in Fällen, wo es sich um den Ausgleich von so hochgradigen Defekten handelt, darüber streiten, ob es nicht zweckmäßig ist, sich möglichst genau an die Originalmethode zu halten. Was aber dem Vorgehen von Brodnitz nach meiner Ansicht einen gewissen Vorzug sichert, ist die schon bei ihm angedeutete Umwandlung des Spitzenfußes in einen Sohlenfuß. Allerdings konnte dieses Prinzip bei Brodnitz nicht zum vollen Ausdruck kommen, dagegen war dies in dem von mir operierten Falle durchaus möglich; und wie ich gleich ausführen werde, bin ich geneigt, das als einen Vorteil zu betrachten.

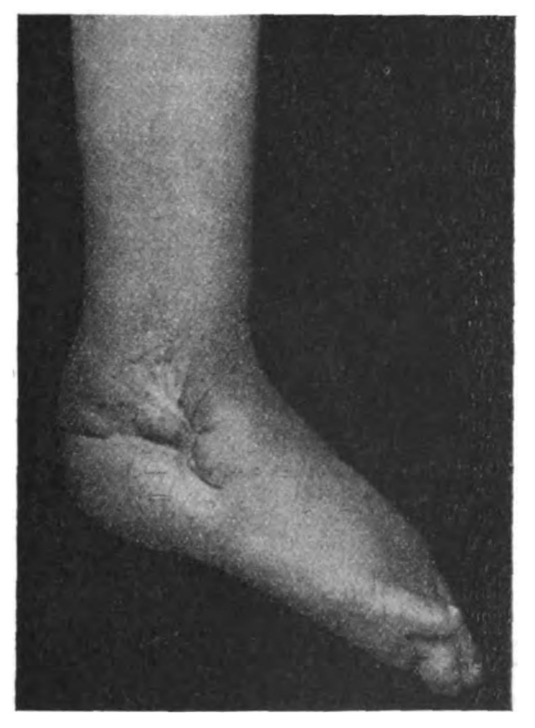


Fig. 2.

Ich möchte nur noch kurz erwähnen, daß mir die drei anderen Fälle Gelegenheit gaben, die Leistungsfähigkeit der Methode weiter zu prüfen. Diese drei Pat. habe ich in den letzten 2 Jahren im Allerheiligen-Hospital operiert. Einmal handelte es sich um eine Frau, bei der ebenfalls wegen schwerer Tuberkulose des Fußes operiert wurde. Die Operation, welche in ganz gleicher Weise verlief wie die geschilderte, glückte, aber die Pat. ging an schnell ablaufender Lungenphthisis zugrunde, noch ehe die Knochen fest zusammengeheilt waren. In einem anderen Falle hatte ich einen vollkommenen Mißerfolg. Derselbe betraf einen älteren Mann mit bereits ziemlich rigiden Arterien. Ich hatte das Mißgeschick, die

Arterie am Fußrücken zu verletzen. Es trat Gangrän des Fußes ein, der Pat. mußte amputiert werden.

Der letzte Fall betraf ein 13jähriges Mädchen mit multiplen tuberkulösen Herden, die aber bis auf eine schwere Fußgelenkstuberkulose ausgeheilt waren. Seit 7 Jahren hatte das Kind das Bett nicht mehr verlassen. Aus leicht ersichtlichen Gründen hätte ich die Operation gern vermieden, aber die Knochen waren so hochgradig zerstört, daß demgegenüber selbst ein Fortfall der Epiphysenlinie eine wesentliche Schädigung nicht mehr bedeuten konnte. Zudem gilt ja die Anschauung zu Recht, daß das Wachstum der Tibia zum größeren Teil von der oberen Epiphyse abhängig ist. Die gewöhnlichen Methoden der Fußgelenksresektion waren bei der Beteiligung der Weichteile, welche der im ersten Fall beschriebenen ähnlich, wenn auch nicht so hochgradig war, nicht anwendbar. Die Schnittrichtung war die angegebene; außer den hinteren zwei Dritteln des Talus und dem oberen Teil des Calcaneus brauchte von der Fußwurzel nichts geopfert zu werden. Auch die Verkürzung der Tibia konnte sich gleicherweise nur auf Absägung einer schmalen Scheibe beschränken. Das Aussehen des Fußes ergibt die vorstehende Photographie. Die Verkürzung des Beines beträgt an der Ferse gemessen $5^1/_2$ cm. Diesmal ist keine knöcherne Vereinigung eingetreten, aber die dadurch erzielte, wenn auch geringe Beweglichkeit erscheint eher günstig; jedenfalls läuft die Pat. auch ohne erhöhten Schuh sicher und schmerzlos. Allerdings soll sie eine passende schräge Schuheinlage erhalten.

Das Mißgeschick im dritten Falle fällt dem Operatur und nicht der Methode zur Last. Vielleicht würde sich selbst die Verletzung der Arterie bei besseren Zirkulationsverhältnissen nicht so schwer gerächt haben; erwähnt doch Kausch in seiner Arbeit einen Fall von Wieting, in welchem trotz Unterbindung der beiden Hauptarterien des Fußes eine Gangrän ausblieb.

Ich habe, wie gesagt, weniger Wert auf den Ausgleich der Verkürzung als auf die Erhaltung annähernd normaler Form gelegt, und ich würde, namentlich in einem Falle wie im letzten, wo kaum mehr als 3 cm Verkürzung an der Fußspitze herauskamen, unbedingt auch später statt der typischen osteoplastischen Fußgelenksresektion der horizontalen Absägung des Calcaneus und der Bildung eines Sohlenfußes, wo es geht, den Vorzug geben. Aber auch selbst in dem ersten Falle, wo, wie gesagt, die Verkürzung etwas mehr betrug, war das Verfahren, glaube ich, das richtige. Die knöcherne Verbindung bei der Wladimirow-Mikulicz'schen Operation bleibt öfters aus, und doch werden gerade bei diesem Verfahren an die Festigkeit und Tragfähigkeit des Fußes ganz andere Anforderungen gestellt, wie beim Sohlenfuß. Kausch hat darauf ganz besonders hingewiesen, und das war ja auch der Grund, der ihn zur Versteifung der kleinen Fußwurzelgelenke durch Einspritzung von Lugol'scher Lösung veranlaßte. Bei dem anderen Verfahren schadet es dagegen, wie der letzte Fall beweist, nichts, wenn eine knöcherne Vereinigung ausbleibt, und eine Beweglichkeit der kleinen Fußwurzelgelenke ist geradezu erwünscht, weil diese das Abwickeln des Fußes entschieden erleichtert.

Die bleibende Verkürzung ist allerdings ein Nachteil; aber selbst der nicht unbeträchtliche Grad derselben beim ersten Fall hat meinen Pat. nicht in der Ausübung seines Berufes gehindert. Macht man auf die Unbequemlichkeit des Tragens einer Prothese, wozu selbst ein erhöhter Schuh gerechnet werden muß, aufmerksam, so muß doch darauf hingewiesen werden, daß auch bei der Operation nach Wladimirow-Mikulicz ein besonderer Schuhapparat erforderlich ist, und schließlich wird der Pat. in der Regel wohl in einem gewissen ästhetischen Instinkt es wünschen, eine Extremität zu erhalten, die möglichst der alten Form nahe kommt. Mit etwas ärgerlichem Humor erzählte mein Lehrer Mikulicz zuweilen, daß der Pat., bei welchem er die nach ihm benannte Resektionsmethode erdacht und zum erstenmal ausgeführt hatte, später als Bettler das Land durchzog und durch sein »verkrüppeltes Bein« das Mitleid seiner Mitmenschen zu erregen suchte.

Die Elemente dieser Umwandlung der Wladimirow-Mikulicz'schen Operation sind schon völlig in der Resectio tibio-calcanea von Bruns enthalten; denn wenn auch Bruns als Normalmethode den vorderen weitausgreifenden Bogenschnitt betrachtet, mit welchem das Sprunggelenk geöffnet wird, so sind doch unter den Fällen, welche Roth im 21. Band von Bruns' Beiträgen veröffentlicht, drei enthalten, in welchen von einem hinteren Querschnitt aus operiert wurde und von da bis zur Ausschneidung dieses großen aus Weichteilen und Knochen bestehenden Würfels bzw. Prismas, also einer ausgedehnten Tarsectomia posterior, wie in unseren Fällen, ist natürlich nur ein kleiner Schritt. Mit dem Vorgetragenen hatte ich auch nur die Absicht, zu zeigen, daß die Prinzipien der Bruns'schen Operation sich mitunter mit Vorteil auf die Methode von Mikulicz übertragen lassen, wie dies ja auch schon Kümmell in anderer Weise getan hat.

---

24) Sanitätsbericht über die kgl. preußische Armee, das XII. und XIX. (1. und 2. kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps, sowie über die kaiserl. ostasiatische Besatzungsbrigade. Berichtszeit: vom 1. Okt. 1904 bis 30. Sept. 1905. Mit 30 Karten und 16 graphischen Darstellungen.

Berlin, **E. S. Mittler & Sohn,** 1907.

Aus dem reichen Materiale des Sanitätsberichtes soll nur kurz das den Chirurgen Interessierende wiedergegeben werden.

An Wundrose erkrankten 702 Mann = 1,3‰ des Krankenzuganges; Epidemien kamen nicht vor; die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 24 Tage. 8 Todesfälle sind zu verzeichnen, 5 infolge Hirnhautentzündung, 2 infolge Herzschwäche, 1 durch eitrige Brustfellentzündung. Die Rose ging aus: von der Nase 45mal, von kleinen oberflächlichen Verletzungen 25mal, 15mal von den Rachenmandeln, 14mal von Ohrverletzungen, 10mal von Operationswunden. Von Antiserum wurde kein Erfolg gesehen.

Wundinfektionskrankheiten (Sepsis und Pyämie). 44 Fälle. Ursachen: 5mal Furunkel, 3mal Zellgewebsentzündungen, 7mal oberflächliche Verletzungen usw. 64% Todesfälle, Antisera und Collargol wurden ohne Erfolg angewandt.

Starrkrampf wurde 2mal beobachtet, und zwar einmal nach Extraktion eines eingewachsenen Nagels und zweitens bei einer mit Erde verunreinigten Fingerschnittwunde. Beide Fälle heilten; im ersten wurden 600 ccm Antitetanusserum in 6 Gaben, im zweiten Collargol in die Venen gespritzt und nebenher Chloralhydrat verabfolgt.

Bösartige Geschwülste im ganzen 31. Unter 21 näher beschriebenen Geschwülsten waren 17 Sarkome (Nasen-Rachenraum, Hals, Brusthöhle, Hoden) und 3 Krebse.

Krankheiten des Gehirns. Unter dieser Nummer gingen 32 Mann zu. 6mal handelte es sich um Geschwülste, von welchen 4 zu Lebzeiten diagnostiziert waren und 2 bei der Leichenöffnung angetroffen wurden. Außerdem kamen vor: Gehirnabszesse, Jackson'sche Epilepsie usw.

Gehirn- und Rückenmarkserschütterungen. Es gingen zu: 217 Mann mit 5 Todesfällen. Dienstfähig wurden 184, invalid 31. Die meisten dieser Erkrankungen waren durch Unglücksfälle beim Umgange mit den Pferden oder durch Fall aus größerer oder geringerer Höhe entstanden.

Wegen Kropf wurde 10mal operiert, davon blieben 9 Leute dienstfähig.

Unterleibsbrüche. Zugang 967 = 1,8‰ des Gesamtzuganges; 242 wurden dienstfähig, 711 dienstunbrauchbar. 55 mit einseitigem, nicht eingeklemmtem Bruche behaftete Kranke wurden operiert, 45 nach Bassini, 7 nach Kocher, 3 nach Lucas-Championnière. 49 wurden durch die Operation wieder dienstfähig, 3 invalid.

Eingeklemmte Brüche. 35 Fälle, von denen bei einigen der Bruch reponiert werden konnte. Von 14 Operierten wurden 12 dienstfähig, 2 invalid; es

handelte sich um 11 eingeklemmte Leistenbrüche, 1 Schenkelbruch und 2 Brüche der Linea alba.

Innerer Darmverschluß kam 14mal vor; 6 wurden dienstfähig, 3 invalid, 3 starben. Von 7 Fällen, über die näher berichtet ist, wurden 4 operiert, 2 durch hohe Darm- und Magenausspülungen geheilt; 1 Kranker starb während der Vorbereitung zur Operation.

Blinddarmentzündung. 1378 = 2,6‰. Von diesen 1000 dienstfähig, 29 tot, 330 dienstunfähig. Als Ursache wurde häufig Überanstrengung (Sandkarren, schweres Heben usw.) angegeben. Mehrfach schloß sich die Blinddarmentzündung an andere Krankheiten an (Mandelentzündung, Scharlach, Grippe, Tripper usw.). 263 wurden operiert; von 260 in der Operationstabelle aufgeführten Operierten wurden 215 = 82% geheilt, 45 starben = 17,3%. Von den 215 Geheilten blieben 63% dienstfähig; überhaupt blieben 52% der Gesamtoperierten dienstfähig. Die Anzahl der Blinddarmoperationen hat seit dem Jahre 1902/03 um 114% zugenommen, während die Zunahme des Zuganges nur 34,3% betrug.

Bauchfellentzündung. Außer den durch Blinddarmentzündung hervorgerufenen Bauchfellentzündungen kamen infolge Perforation eines Eingeweides, Tuberkulose oder Verletzungen (Kontusionen) noch 54 Fälle vor, von welchen 26 tödlich endeten; 11 Pat. wurden dienstfähig, 14 dienstunfähig.

Venerische Krankheiten. Während in der französischen Armee 34‰, in der österreichischen 61,6‰, in der englischen 107‰ des Krankenzuganges venerisch waren, beträgt diese Zahl in der deutschen nur 19,4‰. Der Monat Oktober bringt infolge der Rekruteneinstellung die meisten Zugänge. An Syphilis gingen zu 2296, an Tripper 6634 Mann.

Der Zugang an Panaritium ist von 25,2‰ des Jahres 1881/82 auf 9,1‰ des Rapportjahres gesunken. Bevorzugt ist die Erkrankung der rechten Hand. Von Bier'scher Stauung wurde in einigen Fällen Erfolg gesehen, in anderen nicht.

Unter der Gruppe Zellgewebsentzündungen finden sich mit großen Eiteransammlungen einhergehende Prozesse (perinephritische, subpektorale Abszesse usw.). Über 33771 = 64‰ Fälle wird berichtet.

Von Knochenhautentzündungen war bei 298 Erkrankungen 176mal das Schienbein ergriffen, während sich der Rest auf verschiedene Knochen verteilt.

Fußgeschwulst. 12550 Zugänge. Unter dieser Zahl finden sich zahlreiche Brüche der Metatarsalknochen. Die meisten Erkrankungen traten beim Beginne der Marschperiode ein (Mai, Juni, Juli, August). Das größte Kontingent stellten, wie in früheren Jahren, die Provinzen Schleswig-Holstein und Mecklenburg (IX. Armeekorps).

Quetschungen. 19541 = 37‰ Fälle, von welchen 19254 wieder dienstfähig wurden. Nach Quetschungen entstanden 13 Knochenauswüchse, 1 Gelenkkapsel-, 22 Muskelverknöcherungen. Die Knochenauswüchse und Muskelverknöcherungen saßen meist am Oberarm; sie waren meistens durch Bajonettstoß, mehrfach auch durch Hufschlag entstanden. Auch am Oberschenkel sind derartige Verknöcherungen beobachtet. Durch Exstirpation der verknöcherten Stellen wurde in einigen Fällen Dienstfähigkeit erzielt. Von 10 wegen schwerer Darmquetschung Operierten starben 7, von den 3 Geheilten wurden 2 invalid.

Knochenbrüche 3095 = 5,9‰ Zugänge. Am häufigsten kamen Fußbrüche (infolge der häufigen Metatarsalknochenbrüche) vor, dann folgen der Häufigkeit nach Unterschenkel-, Hand-, Unterarm-, Schlüsselbein- und Kopfbrüche. Unter 38 Brüchen des Hirnschädels betrafen 24 das Schädelgewölbe mit 19 offenen Brüchen, 14 den Schädelgrund mit 1 offenen und 13 einfachen Brüchen. Geheilt von den 38 Schädelbrüchen wurden 24, darunter 14 dienstfähig. Bei komplizierten Brüchen des Schienbeines wurde 3mal die Knochennaht angewandt, bei 13 Kniescheibenbrüchen die Kniescheibe 4mal genäht.

Verrenkungen. Über 577 Fälle ist rapportiert, und zwar 496 Verrenkungen der oberen, 73 der unteren Gliedmaßen und 8 Verrenkungen anderer Gelenke.

Schußverletzungen. Infolge Unglücksfalles und 3mal durch eigenes Verschulden des Verletzten kamen 2 Schußverletzungen durch Granaten und 2 durch Manöverkartuschen vor.

Über die Art der Schußverletzungen gibt die folgende Tabelle Aufschluß.

Schußverletzungen durch Granaten			2
» »	Manöverkartuschen		2
» »	scharfe Patronen	Gewehr und Karabiner	75
		Revolver und Pistole	61
		Zielmunition, Teschin und Flobert	2
» »	Platzpatronen	aus dem Gewehrlaufe	107
		aus dem Gewehrlaufe ohne Holzgeschoß	2
» »	Schrotschüsse		9
» »	abgelenkte und zurückgeprallte Geschosse		4
Verletzungen durch Explosion von Patronen (Schlag, Feuer, Ladehemmungen)			30

Unter den Verletzungen mit scharfen Patronen befinden sich einige Feldzugsverletzungen aus Südwestafrika: Leute, die noch nicht völlig geheilt aus Afrika ankamen.

Unter den Brustschüssen mit scharfen Patronen sind 16 Selbstmorde, 1 Selbstmordversuch; unter den Kopfschüssen 33 Selbstmorde.

Bei den 107 Schußverletzungen durch Platzpatronen handelt es sich um 81 Unglücksfälle, 19 Selbstmorde, 4 Selbstmordversuche und 3 Selbstverstümmelungen. Über das Vorkommen von Wundstarrkrampf nach Schußverletzungen ist nichts berichtet, Antitoxin wurde vorbeugend mehrfach gegeben.

Am Schluß des Berichtes sind die Operationen, welche im Berichtsjahre vorgenommen wurden, zahlenmäßig zusammengestellt. Um nur einiges daraus wiederzugeben, möge angeführt werden, daß 106 Ohroperationen, 57 Laparotomien, 77 Bruchoperationen, 266 Blinddarmoperationen, 36 Operationen wegen Wasserbruch, 33 Amputationen, 33 Exartikulationen, 30 Geschwulstoperationen usw. ausgeführt wurden. **Herhold** (Brandenburg).

25) **Colmers.** Die Lokalanästhesie als Hilfsmittel bei der Untersuchung von Unfallverletzten.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 1.)

C. empfiehlt die Lokalanästhesie als Hilfsmittel, wenn es sich bei der Begutachtung von Unfallverletzten um die strikte Entscheidung handelt, ob Simulation, traumatische Neurasthenie, Hysterie oder ein funktionelles Leiden vorliegt. Er verwendet zu diesem Zwecke die Infiltration der angeblich verletzten und schmerzhaften Weichteilgebilde mit einem anästhesierenden Mittel nach Schleich, bzw. Herbeiführung regionärer Anästhesie in dem betreffenden Gebiete.

Bei einem 45jährigen Tagelöhner, der eine Hydrokelenoperation überstanden und sich überhoben hatte und infolgedessen über Schmerzen in der rechten Leistengegend und im rechten Hodensacke klagte, wurde die Anästhesierung des Hodens mittels Injektion einer 1%igen Novokainlösung in den Samenstrang und in die empfindliche, mit dem Hoden verwachsene Narbe vorgenommen. Etwa 5 Minuten nach der Einspritzung waren alle vorher geklagten Schmerzen verschwunden, und der Verletzte konnte frei und gerade, ohne zu hinken, gehen.

Bei einem 42jährigen Tagelöhner, der nach Anheben eines schweren Karrens über starke Schmerzen in der Lendengegend klagte, wurden 100 ccm einer 0,5%igen Novokainlösung in die schmerzhafte Muskulatur injiziert, wobei nach 5 Minuten Schmerzfreiheit eintrat.

Es ergab sich demnach, daß im ersten Falle die mit dem Hoden verwachsene Hautnarbe als Hauptursache der Beschwerden anzusehen war, und im zweiten Falle das Krankheitsbild durch eine lokale, durch den Unfall bedingte Erkrankung der Lendenmuskulatur ausgelöst war. Im ersten Falle wurde Vollrente resp. Kastration und im zweiten 80% zugebilligt. **Hartmann** (Kassel).

26) **Stossmann.** Über die Veronal-Chloroformnarkose.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 44.)

Verf. berichtet über 70 Fälle von Veronal-Chloroformnarkose, die nach den Grundsätzen von Pokotilo (Chirurgia 1905) in der chirurgischen Abteilung des Primarius Illyés ausgeführt wurden. Es wurde $1^1/_2$ Stunden vor der Operation 1 g Veronal, in warmer Milch oder in Tee gelöst, verabreicht; Verf. beobachtete, daß nach Anwendung des Veronals die der Operation vorangehenden psychischen Emotionen wegfallen, der Betäubungszustand auch nach der Operation anhält. Die unangenehmen Nebenerscheinungen der Chloroformnarkose fallen weg, eine ausgesprochene Exzitation tritt nicht ein, ie tiefe Betäubung erfolgt rascher, die verbrauchte Chloroformmenge ist geringer. Erbrechen trat nur in einem Falle bei der Operation eines eingeklemmten Schenkelbruches ein, postoperatives Erbrechen beobachtete Verf. nur in fünf Fällen. Die Verabreichung des Veronals in Pulver- oder Tablettenform kann Verf. wegen der langsamen Resorption nicht empfehlen und hält die obige Verabreichungsweise für die entsprechendste.

(Ref. kann die sedative Wirkung des $1^1/_2$ Stunden vor der Operation verabreichten Veronals nach den Erfahrungen aus der Klinik Prof. Makara's nur bestätigen.) **P. Steiner** (Klausenburg).

27) **P. Beale** (London). Encephalocele.

(Medical press 1907. Oktober 23.)

Bei einem 5 Monate alten Kinde fand sich am Hinterkopf eine Encephalokele, etwas größer als der Kopf des Kindes selbst. Der Durchmesser der Basis betrug etwa 6 cm, die Perforation im Hinterhaupte ca. 4 cm. Die Geschwulst wurde abgetragen. Dabei zeigte sich, daß sie mit beiden Seitenventrikeln kommunizierte. Sie war mit einer dünnen Schicht Groß- und Kleinhirnmasse ausgekleidet. Das Kind erholte sich gut von der Operation, starb aber 14 Tage später an den Folgen einer Bronchitis. **Erhard Schmidt** (Dresden).

28) **F. Schultze.** Zur Diagnostik der Operabilität der Hirn- und Rückenmarkstumoren und über die Operationserfolge bei denselben.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Nachdem S. geschildert, wie es bisweilen schwierig ist, das Vorhandensein einer Hirngeschwulst überhaupt sicher zu diagnostizieren, ihren Sitz zu bestimmen und sich noch von ihrer Größe, ihrem Ausgangspunkt, ob von der Dura oder dem Hirn selbst, von ihrer Beschaffenheit ein Bild zu machen, bespricht er die Heilerfolge. Während der letzten 14 Jahre hat S. unter 97 Fällen von Hirngeschwülsten 19mal die Operation empfohlen. Allein nur in einem einzigen Falle wurde eine Heilung wenigstens für eine Dauer von $1^1/_2$ Jahren erzielt; 3mal wurde eine länger dauernde Besserung gesehen. Dieses sehr wenig befriedigende Resultat stimmt überein mit der großen Statistik von Knapp. Trotzdem ist eine Vervollkommnung unserer Leistungen für die Zukunft zu erhoffen. Die Verfeinerung der Diagnostik, bei der besonders die Neisser'sche Hirnpunktion gerühmt wird, wird uns weiter bringen; die neueren Erfahrungen berechtigen zu der Hoffnung, daß mit Erfolg die Kleinhirngeschwülste in größerer Zahl und manche Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels in den Kreis der Operation gezogen werden können.

Sehr viel erfreulicher sind unsere Erfolge bei Rückenmarkshautgeschwülsten. Die Diagnostik ist hier sicherer. S. ließ bis jetzt 13 Fälle operieren, von denen 6 völlig geheilt, einer dauernd erheblich gebessert wurde. **Haeckel** (Stettin).

29) **Strauss.** Die hysterische Skoliose.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

S. bringt aus der Greifswalder chirurgischen Klinik einen Fall von hysterischer Skoliose nach Unfall (starke Beugung nach der Seite, um das Herabgleiten einer schweren Last Steine von einer Tragbahre zu verhüten): Der 52jährige Mann hatte eine flach bogenförmige Biegung der Wirbelsäule mit Konvexität nach links,

so daß die Brustwirbelsäule gegen den Lendenabschnitt einen Winkel von 30° bildete. Torsion der Wirbel fehlte. Die rundlichen Wülste des Erector trunci fühlten sich bretthart kontrahiert an. Sicherte schon die Anamnese, der Gesamthabitus und die Beschwerden des Pat. die Diagnose der traumatischen Hysterie, so gewann sie unumstößliche Gewißheit durch den Umstand, daß im Ätherrausch die Verbiegung sich leicht korrigieren ließ und damit definitiv beseitigt blieb.

Im Anschluß daran bringt S. die in der Literatur niedergelegten Fälle dieser seltenen Affektion in vier Gruppen: 1) statische hysterische Skoliose, a. Pseudoischias scoliotica (Binswanger), b. die hysterische Hüfthaltung Salomonson's. 2) Essentielle hysterische Skoliose, a. die seitliche Verkrümmung ist kombiniert mit einer solchen in der Frontalebene, b) hysterische Skoliosen im engeren Sinne ohne frontale Verbiegung. **Haeckel** (Stettin).

30) **Makara.** Über Echinokokkus strumae.

(Sitzungsberichte der med. Sektion des Erdélyer Museum-Vereins Bd. XXVIII.)

Echinokokken der Schilddrüse sind äußerst selten, in der Literatur finden sich ihrer kaum 25. Verf. operierte in der Klausenburger chirurgischen Klinik eine 48jährige Frau, die seit 24 Jahren einen mäßigen Kropf hatte; sie befaßte sich viel mit Hunden. Seit einem Jahre wuchs die rechte Seite ihres Kropfes, seit 8 Monaten trat Heiserkeit ein; beim Liegen häufig Erstickungsanfälle. Die Ausschälung der Geschwulst erfolgte aus dem Kocher'schen Lappenschnitt, in ihr befand sich eine unilokulare Echinokokkusblase. Glatte Heilung.

Die Echinokokken der Schilddrüsen sind selten, Henle berichtet im Jahre 1895 nur über 21 derartige Fälle; in 9 Fällen bestanden Atembeschwerden, in 4 Fällen trat der Tod ein, teils durch Erstickung, teils infolge von Durchbruch der Echinokokkusblase in die Luftröhre. **P. Steiner** (Klausenburg).

31) **Makara.** Über die Geschwülste der Glandula carotica. (Aus der chir. Universitätsklinik in Koloszvár.)

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 43.)

M. bespricht auf Grundlage eines operierten Falles die pathologische Anatomie und Klinik der Geschwülste der Glandula carotica. Keen und Funke berichteten in ihrer Sammelarbeit (s. Referat Zentralbl. f. Chir. 1906 Nr. 52, 1907 Nr. 39 u. 45) über 29 im Leben und teilweise nach dem Tode festgestellte Carotisdrüsengeschwülste. Diese Geschwülste zeigen gewöhnlich eine typisch-alveoläre Struktur; in den Alveolen finden sich polymorphe Zellen; das Septum kann nur von Kapillaren oder von hyalinem Bindegewebe gebildet werden. Die Geschwülste der Carotisdrüse zeigen eine auffallende Homologie mit der normalen Drüse, nur fehlen die charakteristischen Nervenelemente. — Verf. hält die Bezeichnung »alveoläre Geschwulst« gegenüber von Endotheliom, Peritheliom usw. dem pathologisch-histologischen Bild entsprechend für berechtigter. Er bespricht weiter die Symptomatologie und die Gefahren der Operation, die den Kranken durch die oft unvermeidliche Carotisunterbindung resp. Carotisresektion bedrohen. Kaufmann u. Ruppauer (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1905 Bd. LXXX) berichten unter 15 Carotisunterbindungen in vier Fällen über schwere zerebrale Symptome, in zwei Fällen mit tödlichem Ausgang. Im Falle vom Verf. hatte der 18jährige Kranke vor 2 Jahren an der rechten Halsseite eine kleine Geschwulst bemerkt, die bei der Aufnahme taubeneigroß war und Schluckbeschwerden verursachte. Die Operation wurde unter der Annahme begonnen, daß eine Struma accessoria vorliege. Die Exstirpation der Geschwulst war nur unter Wegnahme der in dieser verlaufenden Carotis comm. und Resektion der Carotis ext. und int. durchzuführen, die Vena jugularis und die Nervenstämme konnten geschont werden. Am 2. Tage nach der Operation stellte sich Fieber (39,5° C) ein, bald nachher linksseitige Hemiplegie, Schluckbeschwerden, Sopor. Der Tod erfolgte nach 3 Tagen; die klinische Diagnose lautete auf Gehirnerweichung infolge Unterbindung der Carotis comm. Die Obduktion zeigte, daß in der rechten Art. fossae Sylvii ein 3 cm langer Thrombus, eine ischämische

Erweichung der Hörner der rechten Seitenkammer vorliege. Die exstirpierte Geschwulst war 4 cm lang, 3 cm breit, 3,2 cm dick in einer fibrösen Kapsel, die Carotis comm. war in einer Länge von 1 cm, die Carotis ext. und int. in einer Länge von 2—3 cm mit der hinteren Wand der Geschwulst eng verwachsen. Die histologische Untersuchung ergab das Bild einer alveolären Geschwulst der Carotisdrüse mit fibrösem Stroma, mit großen epithelartigen Zellen in den kleineren und größeren Alveolen. **P. Steiner** (Klausenburg).

32) **W. E. Lunzer.** Über die Behandlung tiefsitzender Fremdkörper des Ösophagus. (Aus der chir. Klinik in Königsberg. Prof. Lexer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

In dem mitgeteilten Falle hatte Pat. $1^1/_4$ Jahr vorher sein aus Kautschukplatte mit 4—5 Zähnen bestehendes künstliches Gebiß verschluckt und war dieses tief in der Speiseröhre stecken und seitdem sitzen geblieben; erst seit $^1/_4$ Jahr bestanden Beschwerden, schließlich auch eine schwere beiderseitige Bronchitis. Das Gebiß saß oberhalb der Cardia, ließ neben sich dicke Sonden bis in den Magen gelangen, war mit dem Ösophagoskop nicht sichtbar zu machen, aber mit Röntgendurchleuchtung, und zwar erst in rein frontaler Stellung deutlich erkennbar; die Platte stand frontal, die Zahnkrümmung nach aufwärts, die Enden der Bögen nach abwärts. Bei der Gastrotomie wurde zunächst nur ein kleiner Schnitt angelegt, durch den der Finger, dicht abschließend, in die Cardia und Speiseröhre eingeführt werden konnte; da er den Fremdkörper nicht fühlte, wurde der Schnitt erweitert und mit der ganzen mit Gummihandschuh bedeckten Hand in den Magen eingegangen. Nun gelang es, das in einer Ausbuchtung sitzende Gebiß, über das sich die Schleimhaut faltenartig hinüberlegte, zu tasten, die Cardia herabzuziehen und mit gebogener Kornzange den Fremdkörper zu fassen und zu entfernen; die Blutung war infolge der Narbenbildung in der Speiseröhre gering. Naht der Magenwunde usw. *Heilung.* **Kramer** (Glogau).

33) **R. Hacker.** Beitrag zur Behandlung der Fremdkörper in der Speiseröhre. (Aus der chir. Klinik zu Greifswald. Prof. Friedrich.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Von den mitgeteilten fünf Fällen war der erste dadurch bemerkenswert, daß trotz 4 Monate langen Verweilens eines Gebisses in der Speiseröhre und trotz der Tiefe seines Sitzes (22 cm) die Extraktion nach oben durch die Ösophagotomiewunde gelang, daß Ösophagus- und Bronchialdekubitus die schwersten Komplikationen herbeiführten und durch Speiseröhrenausschaltung mittels Gastrostomie die tiefsitzende Speiseröhren-Bronchialfistel zur Heilung geführt wurde. — Der zweite Fall von Ösophagotomie bei bereits bestehender infektiöser Periösophagitis und Strumitis und schwerer Allgemeinerkrankung führte rasch zum Tode; der Fremdkörper (Knochenstück) hatte vielfache Druckgeschwüre mit Durchbruch nach außen herbeigeführt und war schließlich in den Magen gelangt. Einen günstigen Verlauf nahm der dritte Fall, in dem eine Kravattenklammer durch die äußere Ösophagotomie wenige Stunden nach ihrem Verschlucktwerden entfernt werden konnte. In den übrigen zwei Fällen gelang die Extraktion der Fremdkörper (Gebißplatte, Sporenrad) auf unblutigem Wege mittels des Weiss'schen Grätenfängers, dessen Brauchbarkeit durch Anbringen einer von Prof. Friedrich angegebenen Fixationsvorrichtung erhöht wird, in vorzüglicher Weise. **Kramer** (Glogau).

34) **R. M. Parker.** Pleural fistula.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. V. Hft. 3.)

Nach einer einleitenden Literaturübersicht über Lungenhautfisteln (28 Nummern) berichtet Verf. kurz über einen selbst beobachteten Fall, der eine 27jährige Frau betraf. Die Fistel hatte sich nach Aspiration von Erbsenhülsen auf dem Boden eines Lungenabszesses entwickelt. Ein operativer Eingriff (Resektion von 4 Rippen, Ausschabung und Verödung der Abszeßhöhle und Verschluß der Lungenöffnung

durch Naht des umgebenden Lungengewebes in zwei Etagen) blieb ohne Erfolg, indem sich nach 1 Monat die Fistel wieder ausgebildet hatte.

Einige Mitteilungen über resultatlos verlaufene Versuche, experimentell an Hunden Lungenfisteln zu schaffen, schließen die übersichtliche Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

35) **Teizo Iwai.** Relation of polymastia to tuberculosis.

(Lancet 1907. Oktober 5.)

Verf. untersuchte 6274 Individuen und fand darunter 315 Fälle von Polymastie, unter 3665 männlichen Geschlechtes 120 Fälle = 3,27%, unter 2609 weiblichen Geschlechtes 193 = 7,58%. Unter der Gesamtzahl der Fälle waren 1449 mit ausgesprochener oder verdächtiger Tuberkulose. Von diesen hatten 119 Polymastie = 8,1%. Verglichen mit den 4825 nicht tuberkulösen Pat., fanden sich hierbei 196 Fälle = 4,06% mit Polymastie. Unter 315 Fällen von Polymastie fand also Verf. 119 Tuberkulöse = 37,77%, unter 5989 nicht mit Polymastie Behafteten 1330 Tuberkulöse = 22,31%.

Verf. kommt also zu folgenden Schlußfolgerungen:

1) daß Polymastie mehr unter Tuberkulösen, speziell Lungentuberkulösen, gefunden wird, als unter Nichttuberkulösen;

2) daß Individuen mit Polymastie mehr der Tuberkulose ausgesetzt sind, als nicht mit der Anomalie Behaftete; der Unterschied beträgt mehr als 15%.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

36) **R. Morton and H. E. Jones.** The treatment of mammary carcinoma by the local injection of pancreatic ferment.

(Lancet 1907. September 28.)

Verff. wiederholten die mannigfachen Versuche, die neuerdings angestellt sind, um das Wachstum des Karzinoms mit Hilfe von Pankreasferment zu beeinflussen. Die Injektionen wurden von den Verff. bei Brustkrebs angewandt, und zwar in einer Menge von 15—20 μ (1—2 ccm); sie wurden in und in die Nähe der Geschwulst mit allen Vorsichtsmaßregeln gemacht. Irgendein günstiger Erfolg wurde nicht gezeitigt, im Gegenteil; zum Teil folgte, und zwar offenbar in ursächlichem Zusammenhange, rapide Aussaat der bösartigen Geschwülste.

Mitteilung von vier Krankengeschichten. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

37) **P. Steiner.** Beiträge zur operativen Behandlung des Brustdrüsenkrebses.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 46.)

Verf. bespricht die in den letzten 10 Jahren an der Dollinger'schen Klinik beobachteten Fälle von Brustkrebs. Es wurden 170 Fälle während dieses Zeitraumes operiert; Heredität wurde in 3%, chronische Entzündung in 6,6%, Trauma in 17% als prädisponierendes Moment nachgewiesen. Bei Männern wurde der Krebs der Brustdrüse in 2,6% beobachtet. Die regionären Drüsen waren in 74% beteiligt, Exulzeration bestand in 17% der Fälle. Eine 5jährige Rezidivfreiheit wurde in den nach der Heidenhain'schen Methode operierten primären Fällen in 10%, in den nach der Halsted-Kocher'schen Methode operierten primären Fällen in 27% erzielt. In den wegen Rezidiv operierten Fällen beobachtete Verf. eine 5jährige Rezidivfreiheit in 21%. Die Rezidive entstanden und führten in der Hälfte der Fälle im 1. Jahre zum Tode. (Selbstbericht.)

38) **Sándor.** Bauchwandgeschwulst infolge von Entzündung um Fremdkörper. (Aus der chir. Universitätsklinik in Kolozsvár.)

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 47.)

Verf. berichtet über einen Fall analog dem, den Richter (Zentralblatt für Chirurgie 1907 Nr. 47) beschrieb. Bei der 51jährigen Frau bestand seit ca. 10 Mo-

naten im linken Hypogastrium eine faustgroße, mäßig mobile Geschwulst. Bei der Operation fand sich, daß die Geschwulst mit dem M. transversus, dem Netz, dem Lig. latum uteri und dem Lig. teres verwachsen war. In der Geschwulst wurde eine 5 cm langes, 2 mm breites Knöchelchen gefunden, wahrscheinlich aus dem Darme herstammend. Die Geschwulst bestand aus derbem, schwieligem Narbengewebe mit kleinen Granulationen um den Fremdkörper. Glatte Heilung.

P. Steiner (Klausenburg).

39) **Kaestle.** Bolus alba und Bismutum subnitricum, eine für die röntgenologische Untersuchung des Magen-Darmkanales brauchbare Mischung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Gegenüber Hildebrand nimmt Verf. (mit Recht — Ref.) die Priorität für Rieder in Anspruch, die systematische Verwendung größerer Wismutmengen für die Zwecke der Röntgenoskopie und Röntgenographie des Magen-Darmkanales angegeben zu haben. Trotz außerordentlich zahlreicher Verwendung des Wismutwassers und Wismutbreies sind im Institut von Rieder Belästigungen von Belang für den Pat. oder gar ernstere Störungen nie beobachtet worden. (Auch Ref. hat größere Dosen — 50 g und mehr — ohne jegliche Belästigung für den Pat. angewendet.) Um nun aber allzugroße Dosen zu vermeiden, hat Verf. als Suspensionsmittel für das Wismut Bolus alba benutzt und erhielt dabei durchaus genügende Schattenbilder, wenn auch reine Wismutbilder besser ausfielen. Nach den Versuchen von Stumpf und Verf. sind Dosen von Bolus in der Höhe von 250 bis 300 g pro Tag völlig unschädlich und von keiner unangenehmen Wirkung begleitet.

Bei Kindern mittleren Alters wendet Verf. ca. 60 g Bolus auf 150 ccm Wasser an, bei Säuglingen 30 g Bolus auf 70—100 ccm Wasser, wodurch die nach Hildebrand bestehende Gefahr der Vergiftung durch Wismut für Kinder ausgeschlossen wird.

Das Verhältnis von Wismut zu Bolus soll im allgemeinen 1 : 3 nicht überschreiten.

Die Herrichtung der verschiedenen Mischungen ist im Original nachzulesen.

Gaugele (Zwickau).

40) **Labougle.** Lésion de l'abdomen par coup de feu; hématémésis, hématurie. Lésion probable de l'estomac et contusion rénale. Guérison sans intervention chirurgicale.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Oktober.)

Der Überschrift ist noch hinzuzufügen, daß es sich um ein Lebel-Stahlmantelgeschoß (8 mm) handelte, das auf 15 cm Entfernung durch Unvorsichtigkeit in die linke Rippenbogengegend eindrang und in der rechten Lendengegend austrat, so daß der Bauch diagonal durchsetzt wurde. Außer vorübergehendem Blutbrechen und kurzdauernder Hämaturie waren zunächst keine bedrohlichen Erscheinungen vorhanden. Deswegen bekam der Verwundete nur einen trockenen Verband, ohne daß die Laparotomie ausgeführt wurde. Während der ersten Tage wurde absolute Enthaltung von Speisen und Getränken innegehalten; außerdem Morphium subkutan gegeben. Wenn ein derartiges Verhalten im Krieg auch gerechtfertigt erscheinen mag, so glaubt Ref., daß in Friedenszeiten — wie sie hier vorhanden waren — doch immer bei derartigen Fällen die Laparotomie gemacht werden sollte. **Herhold** (Brandenburg).

41) **Jaboulay.** La gastrostomie évacuatrice et le drainage de l'estomac dans certaines formes de péritonite diffuse.

(Arch. prov. de chir. 1906. Nr. 11.)

J. hat in zwei Fällen von schwerer Peritonitis die Gastrostomie ausgeführt. Beide Pat. sind von ihrer Krankheit genesen. Bei beiden stand neben den übrigen

Symptomen das permanente Erbrechen im Vordergrund. J. empfiehlt die Gastrostomie warm zur Behandlung der Peritonitis und hält sie indiziert, wenn im Krankheitsbilde das Erbrechen überwiegt; besteht starke Auftreibung des Leibes, so hält er die Enterostomie für angezeigt. Neben diesen Eingriffen soll selbstverständlich eine gründliche Drainage des infizierten Bauchraumes nicht vernachlässigt werden

Müller (Dresden).

42) **A. Schönwerth.** Bericht über 100 Blinddarmoperationen. (Aus dem kgl. Garnisonlazarett München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Die Operation wurde im Frühstadium innerhalb der ersten 48 Stunden 23mal 1 †), im intermediären 7mal (1 †), bei Abszessen 21mal, bei Peritonitis 6mal (3 †), im freien Intervall 40mal, unter irriger Diagnose (Peritonealtuberkulose, Hysterie, Pneumonie!) 3mal vorgenommen; in 35 Fällen waren ein oder mehrere Anfälle vorausgegangen. Unter den ersterwähnten 23 Fällen war 11mal die Disharmonie zwischen Puls und Temperatur auffallend, 9mal unter diesen der Wurmfortsatz schwer verändert; im ganzen fanden sich 5 Perforationen, 8mal Schleimhautgangrän, 5mal Geschwüre und 5mal geringe Veränderungen am Wurmfortsatz, 8mal Kotsteine. Von den 21 Abszeßfällen zeigten später 7 Komplikationen (Pleuraergüsse, Peritonitis, Ileus usw.), und zwar diejenigen, bei denen der Wurmfortsatz nicht entfernt worden war. Die 3 geheilten Fälle von operierter Peritonitis waren durch das Fehlen von Verklebungen bei reichlichem eitrig-serösem Exsudat ausgezeichnet. Von den im freien Intervall Operierten ist einer einer diffusen Peritonitis erlegen. **Kramer** (Glogau).

43) **Milkó.** Appendicitis und Ileus.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 43.)

Verf. sammelte seine Erfahrungen am reichen Materiale der v. Herczel'schen Abteilung des St. Rochuskrankenhauses in Budapest. Er bespricht die mannigfaltigen Formen von Ileus, welche im Verlaufe der Wurmfortsatzentzündung auftreten können. Während im Beginne des Anfalles der Ileus meist ein dynamischer, durch entzündliche Darmlähmung bedingter ist, überwiegt im späteren Verlaufe der mechanische Ileus. Dieser kann bedingt sein durch Douglasabszesse, die den Mastdarm und S romanum verlegen, noch häufiger aber durch Verwachsungen, welche auf vielfache Weise den Darmverschluß verursachen können. Eine besondere Wichtigkeit kommt auch der von Pólya zuerst beschriebenen, durch Thrombophlebitis mesaraica bedingten Ileusform zu. Verf. erläutert seine Auseinandersetzungen durch mehrere selbst beobachtete und operierte Fälle; unter anderen beschreibt er einen schweren Fall von Adhäsionsileus, der nach Eröffnung eines Douglasbszesses auftrat. Bei der Operation waren die unteren Ileumschlingen nicht nur im kleinen Becken sehr fest verwachsen, sondern auch um ihre Mesenterialachse um 180° gedreht. Nach Retorsion der Schlinge und Lösung aller Verwachsungen Heilung. **P. Steiner** (Klausenburg).

44) **H. Flörcken.** Der Processus vermiformis als Inhalt eines Nabelbruches. (Aus der Würzburger chir. Klinik. Prof. Dr. Enderlen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

In vorliegendem Falle handelte es sich um einen Sektionsbefund. Bei einem 5jährigen Kinde bestand neben einer adhäsiven Peritonitis tuberculosa eine Tuberkulose des Processus vermiformis. der, an seiner Spitze perforiert, durch einen ganz kurzen, zum Teil obliterierten Fistelgang mit dem Nabel kommunizierte und sich in einem Nabelbruche befand. Bei Lebzeiten des Kindes war in dem nachgewiesenen Strange das entzündlich verdickte Lig. vesico-umbilicale medium vermutet worden. **Kramer** (Glogau).

45) **v. Verebély.** Über Netztorsion.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 34.)

Bei einem 35jährigen Manne, der seit vielen Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch ohne besondere Beschwerden hatte, traten während eines Kegelspieles plötzlich Bauchschmerzen, Koliken auf; Einklemmung des Bruches konnte nicht konstatiert werden. Die 48 Stunden nach den ersten Symptomen vorgenommene Operation zeigte, daß es sich um eine intraabdominale fünffache Drehung des nicht verwachsenen Netzes handelte. Resektion des Netzes, Heilung. Der Fall ist in der Literatur der 51. **P. Steiner** (Klausenburg).

46) **Kermauner.** Phlegmone des Magens in der Schwangerschaft.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Bei einer Schwangeren mit Lungentuberkulose traten zunehmend schwere Erscheinungen von Peritonitis ein, die zur Unterbrechung der Schwangerschaft und nach einigen Stunden zum Tode führte. Die Diagnose war auf tuberkulöse Peritonitis gestellt worden, die Sektion ergab aber eitrige Peritonitis, ausgehend von einer Phlegmone des Magens; eine Ursache für letztere in Form einer Schädigung der Schleimhaut ließ sich nicht finden. Der Fall zeigt zum ersten Male, daß auch in der Schwangerschaft Magenphlegmone vorkommen kann, und läßt daran denken, ob nicht manche Fälle von Magenphlegmone, die als puerperal-septische Metastasen angesehen worden sind, nicht schon primär in der Schwangerschaft sich entwickelt haben. **Haeckel** (Stettin).

47) **A. Jianu** (Bukarest). Das peptische Geschwür des Jejunum nach Gastroenterostomie.

(Revista de chir. 1907. September.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von peptischem Geschwür aus der Klinik von Toma Jonescu, von denen der eine etwa ein Jahr nach der Operation zur Beobachtung gelangte und der andere nach 2 Jahren. Diese nach Gastroenterostomien auftretende Komplikation beruht auf der Einwirkung hyperaziden Magensaftes, der sich nach der Ansicht von Hayem infolge von Veränderungen, welche in den pylorischen Drüsen stattfinden, entwickelt. Es folgt hieraus, daß die Anastomose zwischen Magen und Jejunum möglichst weit entfernt vom Pylorus zu machen ist.

In den Fällen, in welchen die Operation wegen Krebs gemacht wurde, entwickelt sich ein derartiges Geschwür nicht, da in diesen Fällen kein hyperazider Magensaft vorhanden ist. **E. Toff** (Braila).

48) **Schulz.** Atropin bei Ileus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

S. empfiehlt warm die subkutane Injektion von Atropin (0,002, event. mehrere Male wiederholt nach 4—8—12 Stunden). Der ersten Injektion schickt man zweckmäßig eine Injektion von 0,012 Morphium voraus. Im Durchschnitt erfolgt die erste Stuhlentleerung beim spastischen Ileus nach 16, beim paralytischen nach 20, beim mechanischen nach 24 Stunden. Verf. hat 34 Fälle damit behandelt; auch in Fällen von mechanischem Ileus soll Heilung eingetreten sein. S. hat an sich selbst — er leidet an Knickung des Querkolon durch einen Strang; auch durch Laparotomie ließ sich das Leiden nicht beseitigen — mit bestem Erfolge bei wiederholten Ileusattacken das Atropin angewendet. **Haeckel** (Stettin).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau. Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 2. Sonnabend, den 11. Januar 1908.

Inhalt.

I.

Zur Fascien- und Hautnaht.

Von

Dr. Paul Sick,
Dirigierender Chirurg am Diakonissenhaus in Leipzig.

In dem Zentralblatt für Gynäkologie 1907 Nr. 41 p. 122 empfiehlt O. v. Herff die »Flächennaht nach Noble bei Fascienwunden« warm als das sicherste Mittel zur Verstärkung der Fascien und Vermeidung von Bauchbrüchen — natürlich abgesehen von der glatten aseptischen oder vielmehr antiseptischen Nahttechnik. Die Verstärkung der Fascie durch Übereinandernähen ihrer Schnittränder sei 1902 von Lucas Championnière für die Radikaloperation des Leistenbruches empfohlen und von Noble auf alle Bauchoperationen ausgedehnt worden.

Schon seit einer Reihe von Jahren verstärkt Th. Kocher bei seiner Radikaloperation der Inguinalhernie die Fascie des Obliquus externus durch Faltung, verengert zugleich den Leistenkanal und den subkutanen Leistenring durch seine »Kanalnaht«. Da er hierbei die Fascie nicht spaltet, ist für die Sicherung der Raffnaht Seide nötig. Spaltet man die Fascie und scheuert sie weiterhin, um sie übereinanderzunähen, blank, so ist wohl trotz des großen Meisters Abneigung gegen Catgut dieses in Form des schwer resorbierbaren Jod-

catgut[1] vorzuziehen. Mit Kocher's Technik ist ganz gewiß dieses Catgut der Seide gewachsen, wie er sich selbst durch Vergleich überzeugen müßte, statt andere Statistiken gegen das Catgut heranzuziehen[2]. Verfügt man aber nicht über die Sicherheit von Kocher und seiner Hilfskräfte, so bringt das Catgut zumal in antiseptischem und schwer resorbierbarem Zustand Heilungen, wo die Seidennähte als bleibende Fremdkörper — Schlupf- und Brutwinkel für Bakterien — herauseitern würden. Das entspricht wohl den praktischen Erfahrungen vieler, das beweisen auch die statistischen und experimentellen Arbeiten der Leipziger Frauenklinik, wie sie kurz in Döderlein-Krönig, Operative Gynäkologie, 2. Auflage, 1907 p. 27, 41 und 115 ff. niedergelegt sind.

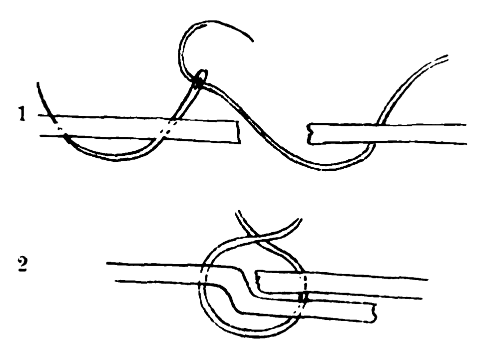
Bisher war ich der Meinung, daß viele Chirurgen ähnliche Fascienverdoppellungsnähte anlegen, wo sie sich, wie bei der Inguinalhernie, bei der Perityphlitisoperation usw., sozusagen von selbst anbieten. So sah ich schon in der Greifswalder Klinik von Helferich vor 10 Jahren gelegentlich solche Verstärkung der gespaltenen Fascien durch Übereinandernähen und habe diese Verdoppelungsnaht schon seit Jahren grundsätzlich in allen geeigneten Fällen geübt, worunter ich allerdings nicht die Linea alba-Naht rechne, welche wenigstens in den oberen zwei Dritteln des Abdomens so massive Schnittflächen bietet, daß ihre genaue Adaption entschieden besser ist als ihre Übereinanderlagerung. Gerade hier kann man auch bei dem Nahtversuch selbst mit stielrunden Nadeln, die für diese Nähte vorzuziehen sind, besonders leicht stärkere Einrisse seitlich der Mittellinie bekommen, und erreicht das Gegenteil des Erstrebten. In jedem Falle haften aber die breiten Schnittflächen der verfilzten Mittelfascien sicherer als ihre übereinandergelagerten Flächen. Handelt es sich dagegen um dünnere Fascien, wie bei den Perityphlitisschnitten, deren Kontrolle nicht selten durch nachfolgende Radikaloperation oder Beseitigung eines Bauchbruches nach teilweiser Drainage in den verschiedensten Stadien möglich ist, so kann man an älteren Fällen beobachten, daß die Fascie in dem Übernähungsgebiet auf mehr als das Doppelte verdickt ist, und daß ihre Ränder ganz allmählich auf das Fascienblatt übergehen, vergleichbar der Callusbildung bei disloziert geheilten Knochenbrüchen. Eine derartige flächenhafte Fascienverstärkung können in der gewöhnlichen Weise angelegte Seidennähte nicht machen, da eine Bindegewebsneubildung, wie man sie bei Sehnenplastik beobachten kann, um die quer und in Abständen gelegten Fasciennähte nicht zustande kommt. Außerdem läßt sich ein teilweises Klaffen solcher Nähte und Lückenbildung in der Fascie, Durchtritt von Fetträubchen, wie v. Herff gleichfalls betont, schwer verhüten.

---

[1] Das Jodcatgut von Schmidt-Billmann in Mannheim hat sich auch uns bewährt; ebenso sein steril präpariertes Catgut in Trockenpackung außerhalb des Krankenhauses. Die Herstellung dieses Catguts ist wohl die zurzeit einfachste und sicherste auch ohne sterile Catgutgewinnung (Kuhn).

[2] Vgl. Kocher, Operationslehre. 5. Aufl. p. 715.

Macht man aber die Verdoppelungsnaht der angefrischten und gespaltenen Fascie mit einerseits gewöhnlicher, andererseits Lembert-Naht (vgl. die Skizze im Frontalschnitt) so ist die Seide überflüssig und kann direkt schädlich werden.



Fascienverstärkungs- (Lembert-) Naht von der Seite gesehen (schematisch). 1 während der Anlegung; 2 zusammengezogen.

Auch wenn man beim Muskelgitterschnitt oder Kreuzquerschnitt die jeweils in der Faserrichtung gespaltenen und auseinander gedrängten Muskeln wieder mit einigen Knopf- oder fortlaufenden Catgutnähten vereinigt, was wegen des möglichen Hustens oder Meteorismus der ersten Tage entschieden ratsam ist, so findet man bei einer späteren Nachoperation im Nahtbereich kräftige Fascienbildung, welche unter der Wirkung des Jodcatgut befördert ist. Von Seidennähten stehen mir allerdings ähnliche Nachuntersuchungen nicht zu Gebote, da ich nur einzelne Fälle zu Gesicht bekam; nicht selten mit kleineren oder größeren Nahtabszessen. Bei einer kürzlich ausgeführten Hernienrezidivoperation, $^1/_2$ Jahr nach dem ersten Eingriff, die ich wegen der Schmerzhaftigkeit des uhrglasförmigen nicht reponiblen Rezidivs vornahm, lag jeder Bassinifaden in einem linsengroßen Abszeßchen, während Entzündungserscheinungen der oberflächlicheren Gewebsschichten vollständig fehlten. Die Abszeßchen enthielten eine große Anzahl Staphylokokken, wie in den Untersuchungen Haegler's.

Es geht wohl aus diesen Ausführungen hervor, daß sie nicht aus Prioritätsgründen geschrieben sind, sondern unter dem Eindruck der Mitteilung von Prof. v. Herff, nach der es mir nützlich schien, auf gute Erfahrungen mit der Fascien-Lembertnaht hinzuweisen, Erfahrungen, die vielleicht doch nicht von so vielen Chirurgen gemacht sind, als ich bei der Einfachheit der Methode annahm. Es wäre erfreulich, wenn diese Naht auch von anderen nutzbringend angewandt würde, die sie zurzeit noch nicht ausüben.

Die Jodcatgutnaht genügt rein fortlaufend oder durch einige Knoten in größeren Abständen unterstützt für die Schichten der Bauchwand und ähnliche Wunden[3] in all den Fällen, wo nicht ab-

[3] Auch eine ganze Reihe von Darmnähten habe ich im Hinblick auf die Sicherheit des Murphyknopfes, allmählich von kleineren Anforderungen bis zur

norm starke Spannung oder sehr erhebliche Kachexie vorliegt. Hier sind dann weiter- und tiefgreifende Entspannungsnähte aus Metall oder Zelluloidzwirn am Platze. Für die eigentliche Adaptionsnaht möchte ich aber Catgut um so weniger missen, als bei wenig widerstandsfähigen Wundwänden die Möglichkeit des Herauseiterns der Seide zunimmt und gerade später Manifestationen der Eiterung, ja neue Infektionen um die bleibenden Fremdkörper herum nicht vermieden werden.

Was endlich die eigentliche Hautnaht betrifft, so habe ich vor $1\frac{1}{2}$ Jahren die Michel'sche Klammernaht von meinem Vorgänger Prof. W. Petersen praktisch kennen gelernt und mit steigender Befriedigung ausgeübt. Zunächst voreingenommen, wie wohl die meisten Chirurgen aus theoretischen Gründen und aus Achtung für die Kunst der Hautnaht, habe ich bald erfahren, daß diese Metallklammern in jeder Hinsicht den alten Methoden überlegen sind. Nicht nur, daß die Infektion des subkutanen Gewebes durch die Fadenschlinge vermieden wird, weil die kleinen Zähnchen der Klammern nicht durch die Cutis dringen; tatsächlich ist auch die Ernährung der Hautränder eine bessere, sobald man die richtige Festigkeit der Anlegung gelernt hat, was sehr rasch geschieht. Während die Fadenschlingen die ganze Gewebspartie zwischen sich in Unterernährung setzen und dadurch die Infektionsgefahr vergrößern, bleibt der Zustrom aus der Subcutis gegen die Nahtlinie unter den Klammern viel weniger gestört. Selbst bei ganz feiner Kinderhaut habe ich nie eine Nekrose gesehen, außer wenn die Klammer vom Anfänger ganz unverhältnismäßig fest gelegt wurde. Wer einmal eine 20—30 cm lange Hautnaht (event. mit einigen Situationszwirnnähten) ohne jede Mühe in 1—3 Minuten gelegt hat, wird die Klammern auch im Interesse seines Pat. zur raschen Beendigung einer lang dauernden Operation nicht mehr entbehren wollen. Am besten wird wohl die Klammernaht gemacht, indem der Operateur selbst mit zwei chirurgischen (bei feiner Haut anatomischen) Pinzetten die Wundränder genau adaptierend etwas vorzieht und der Assistent die leichtere Klammerarbeit übernimmt.

Auch die Entfernung der Klammern ist für Pat. und Arzt sehr bequem, allerdings weniger mit dem von Michel angegebenen Häkchen oder einer neueren Zange, sondern indem man mit einer Tuchklemme auf jeder Seite in die Klammerösen faßt und das gebogene Metallplättchen geradezieht: Ein Handgriff, den ich von meinem derzeitigen Assistenten Dr. Elsässer gelernt habe. Noch einfacher nimmt man je eine Branche einer gut gebogenen Klemme oder einzinkige Häkchen. Bei der absoluten Reizlosigkeit der Naht wird die Entfernung der Klammern von fast allen Pat. als ganz schmerzlos bezeichnet.

Magenresektion (nach Kocher) aufsteigend, nur mit Jodcatgut gemacht und nie durch das Catgut eine Nahtinsuffizienz erlebt, so daß ich Seide oder Zwirn nur noch bei Raffnähten (z. B. um den zuführenden Darmschenkel bei Gastroenterostomie zu verengern und höher am Magen zu fixieren) anwende.

Handelt es sich um teilweise genähte, teilweise drainierte, z. B. Perityphlitiswunden, so garantiert auch keine andere Naht so häufig die Primärheilung trotz der benachbarten Sekretion, als die beide Wundränder aufs genaueste und breit zusammenlegende Metallklammer.

II.

Technik der Exstirpation von Kniegelenksmenisken.

Von

Dr. Max Herz,

zurzeit Auckland (Neuseeland).

Zur Symptomatologie des Unfalles, der die Meniscusluxation herbeiführt, läßt sich kaum Neues sagen. Die Erscheinungen, die Verdrehung von Ober- und Unterschenkel, der plötzliche, ruckartige, heftige Schmerz, das Gefühl des Ausschnappens, die Unmöglichkeit der völligen Kniestreckung führen leicht zur Diagnose.

Darüber ist man sich einig. Auch darüber, was zu geschehen habe. Daß die Exstirpation des luxierten Meniscus die beste Behandlung ist. Denn wenn auch die Reduktion gelungen ist (und sie gelingt nicht immer), eine Wiederholung des Unfalls ist so gut wie sicher, mag es sich nun um Dehnungen oder um innere Zerreißungen handeln. Zu vermeiden wäre die Reluxation nur, wenn die einmal verunglückte Person fortab mit peinlicher Vorsicht, mit dem Bedacht des Greisenalters leben würde, wozu aber die sportliebende Jugend, die die Mehrzahl der Fälle bringt, sich kaum verstehen würde. Zumal die Entfernung eines oder beider Menisken nicht die geringsten Nachteile bringt.

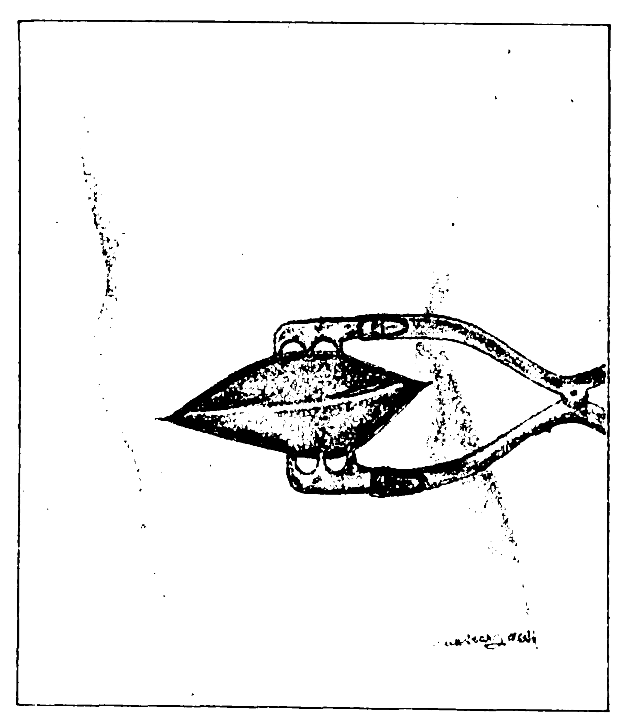
Wie soll die Exstirpation nun vorgenommen werden? Weder Reichel im Handbuch für praktische Chirurgie (wenigstens nicht in der englischen Ausgabe von 1904) gibt eine eingehende Beschreibung der Technik, noch beschäftigt sich Schanz im neuen Handbuch für orthopädische Chirurgie besonders mit ihr (obwohl Handbücher eigentlich in solchen Detailfragen nicht im Stiche lassen sollten).

Zwei Bedingungen muß die Technik erfüllen. Sie muß einmal die größtmögliche Übersicht schaffen, zum anderen so wenig wie möglich von den wichtigen Knieteilen (Seitenligamenten) verletzen. Das letzte tut der von Reichel erwähnte Längsschnitt seitlich der Patella nicht; er bringt aber keinen Überblick über die hinteren Partien des Gelenkes. Der aber ist wichtig zur Orientierung über mögliche Verletzungen und zur erfolgreichen Beendigung der Operation, die immer den ganzen Meniscus in toto entfernen sollte. J. Bell (Brit. med. journ. 1906 vom 10. Oktober, referiert in diesem Zentralblatt Nr. 7, 16. Februar 1907) durchsägt die Kniescheibe. Andere durchtrennen das Lig. patellae infer. Wichtigste Teile werden durch diese Methoden schwer verletzt. Und man hat das Gefühl, als schieße man

mit Kanonen nach Spatzen, als sei die Behandlung schlimmer als das Leiden.

Mir hat sich in einer Reihe von Fällen ein Verfahren bewährt, das die erwähnten Bedingungen am besten zu erfüllen scheint.

Ein seitlicher, horizontaler, 6—8 cm langer Schnitt durchtrennt 1—$1^1/_4$ cm distal von der Gelenklinie und parallel mit ihr die Haut bis auf die Kapsel. Bei der Operation auf der medialen Seite kann der Ramus infrapatellaris vom Saphenus unters Messer fallen. (Dann bleibt später eine Gefühlsstörung in einem kleinen Bezirke medial und unterhalb der Patella.) Die Vena saphena kann im hinteren Winkel



Die Braatz'sche Sperre hält die Hautwunde auseinander. Am oberen Rande des Meniscus ist vorn und hinten die Kapsel eröffnet; in der Mitte bleibt ein Streifen unversehrt erhalten.

der medialen Wunde erscheinen. Mit einem schmalen Masser (einem geraden Tenotom) eröffnet man dann am oberen Meniscusrand und parallel mit ihm im vorderen Wundwinkel etwa 2—3 cm lang das Kniegelenk, trennt nun den Meniscus von der Kapsel ab, faßt ihn mit einer (Kugel-) Zange, zieht ihn heraus und löst ihn von seiner (vorderen) Verbindung mit dem Lig. transversum genu ab. Das Messer legt dann einen dem vorderen gleichen, 2—3 cm langen, horizontalen, dem oberen Meniscusrande parallelen Schnitt im hinteren Wundwinkel an, so daß also ein 2—3 cm breiter Kapselstreifen in der Mitte unversehrt erhalten bleibt. Wieder trennt man nun den

Meniscus von der Kapsel und faßt ihn. Vorsichtig löst dann von der vorderen Wunde aus das Tenotom den Rest des Meniscus von der Innenseite des (unversehrten) Mittelstreifens ab. Die Zange zieht ihn aus der hinteren Wunde heraus; ein kleiner Schnitt trennt seine rückwärtigen Verbindungen. Damit ist die Exstirpation beendet. Sie gelingt leicht und schnell. Die Schnittlegung erlaubt einen ausgezeichneten Überblick über die vordere und hintere Hälfte des Gelenkes und schont ausgiebig die wichtigen Seitenverbindungen.

Für ein gutes Resultat (und jedes Resultat kann und muß ein ideales sein) ist die weitere Behandlung wichtig.

Die Kapsel wird mit Seide in Knopfnähten geschlossen, darüber die Haut vernäht. Die Schnittführung hat dafür gesorgt, daß die beiden Wunden nicht aufeinander liegen. In den hinteren Wundwinkel pflege ich einen Gazedocht bis in die Kapselwunde einzulegen, um etwaige Blutungen nach außen zu leiten. Gefäßunterbindungen sind bei der Operation, die unter Esmarch's Abschnürung vorgenommen wird, in der Regel nicht nötig.

Das Ganze deckt ein aseptischer Verband. Das Knie wird auf eine Gipsschiene gelegt, die am 4. Tag entfernt wird. Zur gleichen Zeit beginnen passive Bewegungen. Der Pat. wird angehalten, im Laufe des Tages seinen Oberschenkel mit beiden Händen auf- und abzuheben. Der nächste (5.) Tag bringt die Entfernung des Gazedochtes, einen neuen, kleinen, aseptischen Verband und vermehrte Bewegung. Am 8. Tage steht der Pat. auf und geht umher, beginnt bald Treppen zu steigen usw. Nahtentfernung erfolgt am 10., Entlassung am 14. Tage.

Die frühen (passiven und aktiven) Bewegungen, das Gehen verursachen gar keine Schmerzen, keine Zerrungen oder Störungen im Wundverlaufe, verhindern aber die Versteifung und geben den Pat. schon nach 2—3 Wochen seinem Berufe wieder.

Das Knie ist im Anfange gewöhnlich geschwollen und enthält Serum. Das hindert aber des Pat. Stehen oder Gehen durchaus nicht. Unter Übungen (Knieschwingen), durch den Gebrauch geht die Geschwulst im Laufe der nächsten 6—8 Wochen langsam und sicher zurück, ohne, ich wiederhole es, den Operierten im geringsten belästigt zu haben. Ein Pat. unternahm in der 4. Woche p. op. eine Bergtour über schwierigstes Lavageröll ohne Beschwerden und Nachteil.

Ich habe das Verfahren wiederholt angewandt und kann es nach bestem Wissen und Gewissen empfehlen.

Auckland (Neuseeland), am 1. Oktober 1907.

---

1) **Wieder.** Regeneration of bone. An essay, dealing with the repair of simple fractures and the regeneration of bone after partial injury and subperiostal resection.

(University of Pennsylvania med. bull. 1907. Nr. 7—9.)

W. hat in 15 am Schluß der Arbeit ausführlich mitgeteilten Experimentenreihen an Hunden und Kaninchen die Frage der Knochenregeneration studiert, besonders mit Rücksicht auf die Verhältnisse bei subkutanen Frakturen, Knochenquetschungen, Knochenwunden und subperiostalen Resektionen. Die einzelnen Phasen der Regeneration werden an 36 Photogrammen bzw. Mikrophotogrammen erläutert, die Technik wird genau erörtert. W. zieht folgende Schlüsse:

Bei der Knochenregeneration tragen alle die verschiedenen Elemente: Periost, Rinde, Spongiosa und Mark zu dem Prozeß bei. Die Tätigkeit des einen Bestandteils kann, wenn sie mangelhaft ist oder fehlt, durch die der anderen kompensiert werden. Die regenerierenden Eigenschaften des Markes und der Spongiosa treten schon bei leichten Reizen in Erscheinung; dagegen ist das Periost, selbst wenn es proliferiert, nur bei enger Berührung und im Verein mit früher gebildeten Knochen oder mit Kalksalzen fähig, osteoide Substanz zu bilden. Der periostalen Knochenbildung geht gewöhnlich eine oberflächliche Absorption der Rinde durch Osteoklastenzellen voraus; die Osteoklasten machen möglicherweise Kalkzalze in den Geweben frei, welche durch die Osteoblasten wiederum in der umgebenden hyalinen Matrix niedergeschlagen werden. Eine regenerierende Tätigkeit der Rinde tritt erst dann ein, wenn sie in beträchtlichem Grade resorbiert ist. Bei der ungehinderten Regeneration von Knochendefekten wird der Defekt mit Knochenbälkchen ausgefüllt, welche ursprünglich im rechten Winkel zu der Knochengrenze laufen; in späteren Stadien findet jedoch eine Umformung mit Umänderung der Richtungen statt; das ist die normale Funktion der Rindentätigkeit. Das Mark erleichtert die Bildung von osteoiden Bälkchen durch eine Art von knöchernem Rahmen, dem entlang sich die Bälkchen bilden, möglicherweise auch durch die Tätigkeit einzelner Markzellen. Die Ablagerung von Kalksalzen in bestimmten Richtungen zwecks Trabekelbildung geschieht nicht durch Blutgefäße, da die Zwischenräume zwischen den Bälkchen in der ersten Zeit keine Gefäße enthalten. Knorpelbildung ist ein pathologischer, aber konstanter Zug bei der Wiederherstellung nach vollständigen Knochenbrüchen; sie fehlt bei der normalen Regeneration, welche frei von äußeren Einflüssen ist. Die Knorpelbildung hat vermutlich Beziehungen zu den Fibrinablagerungen, die man an den Bruchlinien findet, oder kann auch eine verlangsamte Entwicklung osteoiden Gewebes infolge von schlechter Ernährung bedeuten. Bei vollständigen Frakturen hängt der Umfang der Knorpelbildung hauptsächlich von der Winkelstellung der Fragmente ab; der Knorpel findet sich stets in Keilform an der Innenseite des Winkels. Bei vollständigen Frakturen geht die definitive

Vereinigung sehr langsam vor sich; bei schlechter Vereinigung gelingt 9 Monate lang und selbst noch länger die Refrakturierung, ohne daß man Gefahr liefe, an einer anderen Stelle den Bruch zu erzeugen. Gewöhnlich wird an der Innenseite einer mit Winkelstellung geheilten Fraktur genügend Callus gebildet, um die Linie des ursprünglichen Knochenverlaufs von einem Gelenk bis zum anderen wiederherzustellen, allerdings mit entsprechender Verkürzung. Bei subperiostalen Frakturen geht die Regeneration wahrscheinlich hauptsächlich vom Mark und der Spongiosa aus, und zwar infolge der Blutextravasation in den Markkanal, welche das Mark ausgedehnter schädigt als das Periost. Die Knochenregeneration nach subperiostaler Resektion ist gewöhnlich knorpeliger Natur, sofern vor der Operation nicht genügend Zeit verflossen war, um die Bildung von periostalem osteoidem Gewebe zu ermöglichen. Eine zwischen den beiden Resektionsenden zurückgelassene Spange gesunden Knochens beschleunigt die osteoide Regeneration. Gesundes Mark, zwischen periostalen Flächen eingenäht, beschleunigt die Regeneration erheblich. Der Prozeß der Wiederherstellung bei vollständigen Frakturen kann in folgende fünf Stadien eingeteilt werden: Infiltration, provisorische Callusbildung, Reorganisation, definitive Callusbildung, Absorption. Beim Menschen verläuft der Prozeß wahrscheinlich ganz ähnlich, mit nur leichten, durch die Körperform und die Rasse bedingten Abweichungen. Die tieferen Periostschichten, die Spongiosa, die Gewebe, welche die Havers'schen Kanäle umsäumen und die Knochenzellen sind wahrscheinlich sämtlich identische Gewebe, welche verschiedene Tätigkeiten nur deswegen ausüben, weil sie unter verschiedenen physikalischen Bedingungen stehen. Knorpel verwandelt sich in osteoides Gewebe auf verschiedene Weise, welche vom Alter des Knorpels und dem Stadium der Frakturheilung abhängt. Studien über Knochenregeneration sind unzuverlässig und vieldeutig, wenn nicht gleichzeitig das mikroskopische Bild berücksichtigt wird.

Mohr (Bielefeld).

---

2) **H. Caubet.** Sur l'architecture du cal.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 3.)

Die kleine Arbeit setzte sich zum Ziele, die Wolf'schen Gesetze für die Struktur der Calli seinen Landsleuten, die seiner Ansicht nach den diesbezüglichen Arbeiten des genannten Forschers nicht genügend Beachtung geschonkt haben, näher zu bringen und sie gleichzeitig mit Zuhilfenahme des röntgenographischen Verfahrens an alten Museumspräparaten nachzuprüfen. Er zeigt an einigen Bildern, wie zuerst sich Faserzüge bilden zwischen den Knochenenden in der Richtung des kürzesten Weges, wie sich an der konkaven Seite des belasteten Knochens die stärkere Compacta entwickelt und nach und nach die neue Markhöhle und die Spongiosa durch Resorption zustande kommt unter gleichzeitiger Aufsaugung der alten Bruchenden.

Christel (Metz).

---

3) **Krause** und **Trappe.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Myositis ossificans progressiva. (Calcinosis multiplex progressiva interstitialis ossificans.)

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Die Myositis ossificans progressiva ist eine sehr seltene Krankheit, die ihren Ausgangspunkt teils vom Periost, teils von den Sehnen und Fascien, teils aber auch vom Muskelgewebe selbst nimmt. Sie ist ausgesprochen eine Erkrankung des Kindes bzw. des Entwicklungsalters, kommt mehr bei männlichen als beim weiblichen Geschlecht vor. Die Diagnose ist in den Anfangsstadien nicht immer ganz leicht; jedenfalls wurden manche Fälle als Myositis ossificans progressiva beschrieben, die nicht hierher gehören.

Nach der Beschreibung der Krankengeschichte einer von den Verff. selbst behandelten Pat. geben sie am Schluß der Arbeit ihre auf Grund der Literaturstudien und der eigenen Beobachtung gewonnenen Anschauungen über dieses Krankheitsbild in folgenden zusammenfassenden Sätzen wieder.

»Am wahrscheinlichsten ist es uns nach den Angaben der Literatur und unseren eigenen Beobachtungen, daß der gesamten Erkrankung lokale Entzündungsprozesse zugrunde liegen, deren Natur in frühen Stadien nicht erkannt werden kann, wenn nicht schon weiter fortgeschrittene Herde einen Aufschluß über den Charakter des Leidens geben.

Die Ätiologie der Entzündung ist völlig dunkel. Nicht ausgeschlossen ist eine Infektion; da es sich aber stets um chronische Prozesse handelt, so müssen es chronische Infektionen sein, die man als Ursache dieses Leidens verantwortlich machen kann. Daher ist der Gedanke an Lues nicht ganz von der Hand zu weisen.

Der Entzündungsprozeß führt zu einer sehr starken Proliferation des Bindegewebes mit sekundärem Schwund der Muskulatur. In vielen Fällen kommt es nun zu einer echten Knochenbildung (Metaplasie des Bindegewebes), so daß man berechtigt ist, von einer ossifizierenden interstitiellen progressiven Myositis zu sprechen. Das Primäre ist aber hier die Veränderung des interstitiellen Bindegewebes; erst nachträglich wird das Muskelgewebe in Mitleidenschaft gezogen.

In anderen Fällen kommt es aus nicht näher bekannten Gründen nicht zur Knochenbildung. Es entsteht eine einfache Substitution des Muskelgewebes durch Bindegewebe (Myositis fibrosa), oder aber es findet in dem chronisch entzündlichen Gewebe eine pathologische Kalkablagerung statt. Gerade dieser Vorgang findet auffallend häufig statt; man kann ihn passend als Calcinosis interstitialis bezeichnen.

Nicht unmöglich erscheint es uns, daß eben diese Kalkablagerungen als chronischer Reiz wirken und die umgebenden Bindegewebszellen zur Knochenbildung veranlassen können.

Wie dem nun auch sei, ob die Kalkeinlagerung neben der Knochenbildung vorkommt, oder ob sie sekundär eine Verknöcherung

herbeiführt, jedenfalls halten wir sie für den Ausdruck einer lokalen Erkrankung der Bindegewebszellen.

Wie wir bereits oben ausführten, glauben wir nicht, daß diese Kalkablagerung auf einer pathologischen Änderung des Gesamtkalkgehaltes des Körpers beruht, etwa im Sinne der Vorgänge bei einer Stoffwechselkrankheit. Gegen die Annahme einer solchen spricht u. a. schon das Fehlen der hereditären Belastung.

Auf alle Fälle verdient die merkwürdige Erscheinung der Calcinosis eine größere Beachtung, als sie bisher gefunden hat, und wir möchten gerade auf sie die allgemeine Aufmerksamkeit lenken. Bisher steht unsere Beobachtung einzig da, doch finden wir in der Literatur Angaben, die uns darauf hinzuweisen scheinen, daß der Vorgang der Calcinosis doch nicht so ganz selten stattfindet.«

In der der Arbeit folgenden Literaturangabe sind sämtliche bisher bekannte Fälle von Myositis ossificans progressiva angeführt. Ferner in einem besonderen Abschnitte diejenigen, welche bisher fälschlich zu dieser Krankheit gerechnet wurden.

Gaugele (Zwickau).

---

4) **Hashimoto** und **Tokuoka.** Über die Schußverletzungen peripherer Nerven und ihre Behandlung (Tubulisation).

(v. **Langenbeck's** Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2.)

Verff. behandeln in vorliegender Arbeit die Schußverletzungen der Nerven, die während des russisch-japanischen Krieges im Reservelazarett zu Tokio in Behandlung kamen. Im ganzen sind es 50 Fälle, bei denen am häufigsten der N. radialis und ischiadicus beteiligt sind. Abgesehen vom Oberarmbruch spielten bei diesen Verletzungen Knochenverletzungen keine Rolle, so daß anzunehmen ist, die Nerven seien direkt vom Geschoß getroffen worden. 7mal handelte es sich um totale Kontinuitätstrennungen, alle anderen Fälle müssen als partielle Nervenzerreißungen angesehen werden. Dabei war zu konstatieren, daß nur Nerven, die einen Durchmesser von weniger als 7 mm hatten, bei den totalen Durchtrennungen in Frage kamen.

Vielfach war es erst im Verlaufe der Wundheilung möglich, die Nervenverletzung zu diagnostizieren. Nicht selten war zu beobachten, daß die trophischen Fasern einer unverletzten benachbarten Nervenbahn durch die der verletzten in Mitleidenschaft gezogen waren. So sah man bei vasomotorischer Störung der verletzten Radialisseite auch eine solche der unverletzten Ulnarispartie. In der ersten Zeit nach der Verletzung sollen radikale Operationen, wie Resektion der Nerven und Naht, womöglich nicht gemacht werden. Man soll die Möglichkeit spontaner Wiederherstellung der Nervenfunktion möglichst lange abwarten. Für nicht ganz frische Verletzungen kommt die Neurolysis in Frage. Da während der Heilung der Operationswunde oft neue Verwachsungen auftreten, hat Vanlaire als erster einen Schutz des Nerven durch dekalzinierte Knochenröhren angegeben. Besser brauch-

bar sind die von Foramiti empfohlenen ausgekochten Kalbsblutgefäße, die in bestimmter Art und Weise präpariert werden müssen. Verff haben die letztere Methode der Tubulisation vielfach angewendet. Von langem Schnitt aus wird der Nerv freipräpariert und gelöst. Fibromatöse Stellen werden wetzsteinförmig abgeschnitten, dann wird ein gespaltenes Kalbsblutgefäß um den Nerven gelegt, verschlossen und durch Catgutnaht an die Umgebung befestigt. Die Resorption der Tubuli geht nur langsam vor sich. Ankylosen und Inaktivitätsatrophien der Gelenke müssen vor und nach der Operation in orthopädische Behandlung genommen werden.

Die meisten Fälle wurden mit Nervenlösung behandelt. Man soll nicht länger als 100—200 Tage zwischen Verwundung und Operation warten. Die zunehmende Häufigkeit der bei Nervenschußverletzungen erforderlichen operativen Eingriffe hat wohl ihren Grund darin, daß Amputation wegen Extremitätenverletzungen im Kriege seltener geworden sind. Eines der konstantesten Symptome bei solchen Traumen sind die bald auftretenden heftigen Neuralgien. Die Sensibilitätsstörungen treten gewöhnlich in Form von Hyperästhesien auf. Trophische Störungen zeigen sich meist erst nach Verlauf einiger Zeit. Nach Ablauf längerer Frist läßt sich nicht mehr konstatieren, ob eine primäre Nervenverletzung vorhanden war oder ob Ausfallserscheinungen infolge von Narbenbildung oder Inaktivität vorliegen. Eine frühzeitige Diagnose der Nervenverletzung ist durchaus notwendig, da alle Fälle, in welchen ein mangelhafter Erfolg erzielt wurde, zu spät in chirurgische Behandlung gekommen waren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **Muskat.** Die Verhütung des Plattfußes.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1907. Hft. 16.)

Es ist eine bekannte Tatsache, daß der Armee eine Anzahl kräftiger Leute — etwa 25% der Gestellungspflichtigen — wegen Plattfüßigkeit verloren gehen. M. meint nun, daß durch entsprechende Belehrung und Anweisung von Kindheit an eine Herabminderung dieser Zahl eintreten könnte. Die meisten Plattfüße sind statische, d. h. durch Belastungsverhältnisse entstandene, und um diese zu verhüten, gibt Verf. folgende Ratschläge: 1) Es ist für zweckmäßiges Schuhwerk zu sorgen; dasselbe darf nicht zu kurz sein, die größte Länge, die Spitze desselben ist an die Seite der großen Zehe, nicht in die Mitte zu legen; dasselbe gilt für die Strümpfe. 2) Ist einmal eine Veränderung des Fußes eingetreten, so ist der Fuß sofort orthopädisch und mit Heftpflaster verbunden zu behandeln. 3) Leute, welche durch ihren Beruf besonders der Gefahr ausgesetzt sind, Plattfüße zu bekommen, wie Kellner, Schlosser usw., müßten durch Merkblätter über eine richtige Fußpflege belehrt werden.

Herhold (Brandenburg).

6) **Schultze.** Das maschinelle modellierende Redressement des Plattfußes durch einen Plattfußosteoklasten.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 1.)

Der von S. konstruierte Plattfußosteoklast ist eine Modifikation seines Klumpfußosteoklasten, der in umgekehrter Richtung wie dieser am Operationstische befestigt wird, indem die Welle peripher am Tischende liegt. Das bewegliche Brett hat an seiner Basis einen Ausschnitt für den Unterschenkel und wird mittels genannter Welle dem am Tische befestigten Brette genähert. Die Gewalteinwirkung und Kraftübertragung kann daher in jedem Momente beliebig geändert werden.

Durch den Ausschnitt wird der Fuß gesteckt und auf gut gepolsterten Kissen in Hackenstellung zwischen beiden Brettern gut gelagert. Der Apparat wirkt derartig, daß das bewegliche Brett den Fußrücken trifft, während die Hand unter dem Schutze eines Gummikissens dabei die schwierigsten Redressements ausführt. Alle Widerstände, die sich bieten, werden eingestellt und mit Leichtigkeit überwunden.

Ist das Redressement beendet und der Fuß soweit mobilisiert, daß er ohne Druck in jede gewünschte Stellung gebracht werden kann, wird in überkorrigierter Klumpfußstellung ein gut gepolsterter Gipsverband angelegt. **Hartmann** (Kassel).

Kleinere Mitteilungen.

7) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

166. Sitzung am 11. November 1907 im Krankenhaus Friedrichshain.

Vorsitzender: Herr Neumann.

I. Herr W. Braun: Zur Behandlung der foudroyanten Blutungen bei Ulcus ventriculi.

B. berichtet zunächst über 2 von ihm operierte Fälle von Magengeschwürsblutung. Die eine Pat., bei der im pulslosen Zustand operiert wurde, starb kurz nach der Operation. Das Geschwür saß an der kleinen Kurvatur; die Blutung kam aus einer Art. pancreatica. Da die Exstirpation unausführbar war, wurde die Blutung vom Mageninnern und von außen durch Tamponade zu bekämpfen gesucht. Im zweiten Falle wurde das Geschwür in der Regio pylorica gefühlt, im Bereiche dieser Partie die zuführenden Gefäße an der kleinen und großen Kurvatur durch Massenligatur gefaßt, und eine Jejunostomie nach Witzel angeschlossen. Heilung.

B. hat durch Tierexperimente und Leichenuntersuchungen sich über den Wert der Unterbindung zuführender Arterien bei akuten Geschwürsblutungen Aufschluß zu verschaffen gesucht.

Er hat sich beim Hunde 1) von der Möglichkeit überzeugt, den Magen in großer Ausdehnung (bis zu $^4/_5$) der zuführenden Gefäße zu berauben, ohne daß Nekrose eintritt; 2) für wenige Tage wenigstens eine erschwerte Injektionsmöglichkeit der ausgeschalteten Gefäßgebiete festgestellt. Bei den Unterbindungsversuchen stellte sich die typische Unterbindung aller direkten Magengefäße und die der Art. duodenalis als einfach, die der Art. lienalis als schwieriger und unsicherer heraus.

B. ist der Ansicht, daß für die Blutungen aus dem submukösen Gefäßnetze die typische Umstechung am Orte der Wahl selten in Frage kommt, am ehesten noch in der Regio pylorica und bei Blutungen aus Nebenästen in der Nähe der

Kurvaturen. Die dankbarsten Fälle dürften nach B. unter den Geschwüren der kleinen Kurvatur zu finden sein, wo ausgedehnte Umstechung der Art. gastrica sinistra auszuführen ist. Für die perforierenden Geschwüre der hinteren Wand ist von Umstechungen wenig zu erhoffen.

Auch nach B.'s Untersuchungen ist also die Zahl der zu einer aussichtsvollen Umstechung geeigneten Fälle von akuter Magengeschwürsblutung eine sehr beschränkte. B. hält sie aber fast immer da für diskutabel, wo die Exzision des Geschwüres in Frage gezogen wird; für sie spricht hier die Einfachheit des Verfahrens. Alle gegen das blutende Geschwür selbst gerichteten Eingriffe, außer der Umstechung von außen, können nur bei leidlich widerstandsfähigen Kranken erwogen werden. Für die chronisch rezidivierenden Formen der Magengeschwürsblutungen ist auch nach B.'s Ansicht die Gastroenterostomie allein oder kombiniert mit der Jejunostomie die Operation der Wahl. Die Umstechung dürfte aber auch in günstig gelegenen Fällen dieser Art mit dem erwähnten Verfahren vielleicht öfter kombiniert werden.

Schließlich wurde auf die Kombination der Gefäßumstechung mit der Jejunostomie, wie sie B. in seinem Fall angewandt hat, hingewiesen.

II. Herr Neumann: Die Pathologie der sog. retrograden Inkarzeration.

N. gibt für diejenigen Fälle retrograder Inkarzeration, bei denen im Bruchsacke zwei Darmschlingen, in der Bauchhöhle deren Verbindungsschlinge liegt, an der Hand eines von ihm behandelten, zu Beginn der Operation diagnostizierten und topographisch-anatomisch vor Zerstörung des Situs studierten Falles eine klinisch und anatomisch gut fundierte Erklärung.

Er sucht das Zustandekommen der Bruchform zu erklären: ob die Verbindungsschlinge gar nicht in den Bruchsack ausgetreten war und, wenn es der Fall war, welche Kräfte sie wieder in die Bauchhöhle zurückführten; weiter, warum sie in der Regel stärker geschädigt ist als die beiden im Bruchsacke befindlichen Darmschlingen.

Es handelte sich um eine 75jährige Frau, deren seit 30 Jahren bestehender rechtsseitiger Schenkelbruch im letzten Jahre stärkere Beschwerden machte, nachdem sie einen linksseitigen Schenkelhalsbruch erlitten hatte, der mit Verkürzung geheilt war. Am 24. Juli 1907 Operation des kindskopfgroßen Bruches, 8 Stunden nach der Einklemmung. Im Bruchsacke lagen zwei Dünndarmschlingen im Zustande beginnender Gangrän; die Bruchpforte war zehnpfennigstückgroß; Laparotomie; die Verbindungsschlinge lag in der Bauchhöhle, nach vorn und oben geschlagen, im Zustande hochgradiger Gangrän; sie war wenig prall gefüllt; ihr Mesenterium tritt nirgends in den Bruchkanal ein; es zeigt eine bogenförmige Umschlagstelle, welche zwischen den Fußpunkten der Verbindungsschlinge straff ausgespannt ist, nach dem Ansatze der Radix mesenterii straff hingezogen wird und auch die Fußpunkte der Verbindungsschlinge so fest anzieht, daß in den Gefäßen derselben eine Blutzirkulation unmöglich erscheint. Resektion aller drei Darmschlingen (130 cm); Heilung.

N. erklärt das Zustandekommen der Hernie in seinem und einer Reihe anderer Fälle in folgender Weise:

Die Frau suchte die Verkürzung des linken Beines durch Beugung des rechten und die gleichzeitige Neigung des Beckens nach vorn durch lordotische Vorwölbung der Lendenwirbelsäule auszugleichen. Dadurch kam es zu einer Verkürzung der Entfernung des Ansatzpunktes der Radix mesenterii bis zum äußeren Schenkelring; in dieser abnormen Haltung konnten alle drei Darmschlingen zusammen, auch der mittlere Teil mit dem relativ kurzen Mesenterium, als eine einzige große Schlinge austreten. Der begleitende Schmerz zwang dann die Pat., sich hinzulegen und sich passiv zu strecken, wodurch der Ansatz der Radix mesenterii von der Bruchpforte plötzlich wieder entfernt und das mittlere Teilstück in die Bauchhöhle zurückgerissen wurde. N. schlägt für das Zustandekommen dieser Bruchform »Retrotraktion« statt »retrograde Inkarzeration« vor.

Diskussion. Herr Sultan weist auf die Schwierigkeit hin, welche die Beurteilung der topographischen Verhältnisse der retrograden Darminkarzeration von dem kleinen Operationsfeld aus darbietet, und empfiehlt, angesichts des spärlichen Materials, welches über diese Einklemmungsform bisher vorliegt, mit der Verallgemeinerung des angenommenen ursächlichen Mechanismus recht vorsichtig zu sein. Einen klaren Überblick wird man am ehesten durch Obduktionsbefunde bekommen. Ein von S. erhobener Sektionsbefund ließ den Mechanismus der retrograden Darminkarzeration in diesem Falle klar erkennen.

Es handelte sich um eine 53jährige Frau, welche mit den Zeichen einer Perforationsperitonitis sterbend ins Krankenhaus gebracht wurde. Bei der Sektion fand sich eine rechtsseitige Hernia inguino-properitonealis, welche zwei Dünndarmschlingen enthielt; die im Bauche befindliche Verbindungsschlinge war gangränös und nahe der Kuppe perforiert.

Aus den festen Verwachsungen, welche die Verbindungsschlinge mit dem Netz und der Bruchpforte eingegangen war, und aus den schwielig-narbigen Veränderungen am Mesenterium der einen im Bruchsacke gelegenen Schlinge mußte geschlossen werden, daß diese beiden Schlingen schon lange in der angegebenen Lage fixiert waren. Die hierdurch schon beeinträchtigte Ernährung der Verbindungsschlinge wurde durch den Zug, welchen das Eintreten der zweiten Darmschlinge in den Bruchsack ausübte, vollends aufgehoben.

Die retrograde Inkarzeration war also hier vorbereitet durch eine gewisse Beeinträchtigung der Ernährung der Verbindungsschlinge; sie wurde komplett durch das Eindringen der zweiten benachbarten Schlinge in den Bruchsack.

Ein analoger Mechanismus ist für die von Manninger, v. Wistinghausen und Schmidt publizierten Fälle anzunehmen. Daß auch andere Mechanismen einen ähnlichen Zustand hervorrufen können, hält S. wohl für möglich; Sicherheit hierüber wird man vor allem durch weitere Sektionsbefunde erwarten müssen.

Herr Körte hält es in dem Falle des Herrn Neumann nicht für möglich, daß bei dem stark eingeklemmten Bruch eine Schlinge sich durch den Zug des Mesenteriums zurückziehen könne.

Herr Pels-Leusden meint, daß die Pat. durch den Schmerz verhindert werde, den Rumpf zu strecken, daß sie sich im Gegenteil mehr krümmen werde.

Herr Neumann erwidert, daß die Einklemmung seiner Meinung nach nicht zu eng gewesen sei für den Rücktritt der Schlinge, und der Körper der Pat. sich passiv gestreckt habe, als sie sich legte.

III. Herr Neumann: Zur Behandlung der Leberverletzungen.

Als wichtigste Fragen bei Behandlung der Leberverletzungen galten bisher: 1) Wann ist bei einer Leberverletzung zu operieren? 2) Wie ist die Leberblutung zu stillen? N. fügt als dritte hinzu: Wie diejenigen Leberabschnitte zu behandeln sind, welche zwar nicht vollständig aus der Kontinuität gelöst, deren ernährende Gefäße aber so verletzt sind, daß mit ihrer sekundären Nekrose gerechnet werden muß.

N. behandelt diese Fragen an der Hand von 22 Leberverletzungen, die in den letzten 5 Jahren im Krankenhause Friedrichshain behandelt sind; es waren 2 Stichverletzungen (beide geheilt), 6 Schußverletzungen (4 geheilt), 14 subkutane Rupturen (4 geheilt).

Bei den Stichverletzungen laparotomiert N., sobald die Bauchwunde penetrierend ist, ebenso bei den Schußverletzungen, sobald anzunehmen, daß die Bauchhöhle überhaupt getroffen ist. In zweifelhaften Fällen und bei Verdacht auf Leberruptur macht er die Indikation abhängig von den Zeichen der inneren Blutung und der Bauchfellreizung. Zur Blutstillung benutzt N. nur noch die Tamponade unter Verwendung großer Gazemengen. Bei drei der geheilten Leberrupturen wurden $3^1/_4$, $3^1/_2$ bzw. 11,35 m von einer 20 cm breiten Mullbinde verwendet. Eine Nachblutung ist nie beobachtet worden.

Was nun die dritte Frage anbetrifft, so hat N. in erster Linie die Fälle von Leberrupturen im Auge, bei denen der linke Leberlappen durch einen sagittalen Riß weitgehend vom rechten abgetrennt ist, so daß der linke Hauptast der Leber-

arterie mit verletzt ist. An der Hand von Röntgenbildern von Lebern, deren Arterien mit einer Zementmasse injiziert sind, weist N. nach, daß ein so abgetrennter linker Lappen lediglich in den Artt. phrenicae einige wenige durchaus nicht ausreichende ernährende Gefäße erhält. Die klinischen Tatsachen lehren, daß in den wenigen analogen Fällen, die bisher einen günstigen Ausgang genommen haben (Graser, Fertig), dieser erkauft wurde durch alle Gefahren einer chronischen Sepsis; aus der Erfahrung, die er an einem eigenen referierten Falle gemacht hat, kommt N. weiter zu dem Schluß, daß viele Pat. gar nicht das chronische Stadium der Sepsis erreichen, sondern bereits der akuten Sepsis erliegen. Deswegen entschloß er sich, bei einer Pufferverletzung primär den ganzen linken Leberlappen in einer Ausdehnung von 30 : 21 : 4 cm und einem Gewicht von 480 g zu resezieren.

Der Kranke ist glatt geheilt und wird in guter Gesundheit vorgestellt.

3) Herr Hagemeister: Über Darmrupturen.

In den letzten 5 Jahren wurden im Krankenhause Friedrichshain neun Pat. mit subkutanen Darmrupturen behandelt, wovon vier geheilt, fünf gestorben sind. Von letzteren gingen zwei am 3. Tage mit ausgedehnter Peritonitis zugrunde. Ein dritter kam nach 21 Stunden (Hufschlag) auch schon mit Peritonitis zur Operation, er starb 16 Tage später. Bei dem vierten, einem sinnlos Betrunkenen (Überfahrung durch Straßenbahn) war die Diagnose erst 24 Stunden nach der Verletzung zu stellen; er starb bald nach der Operation. Diese Pat. hatten eine Perforation am Dünndarme. Bei dem fünften (Überfahrung durch Equipage) wurde die Perforation bei der Operation nicht gefunden; am Mesenterium und Darme fanden sich nur einige Erosionen und Sugillationen; die Bauchhöhle enthielt 500 ccm Blut, keinen Darminhalt. Bei der Sektion fand sich eine erbsengroße Perforation an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum. — Von den Geheilten war bei dem ersten durch einen Deichselstoß eine Dünndarmschlinge aus der Kontinuität herausgerissen; von den Darmenden war das eine total mit breitem radiärem Mesenterialriß perforiert, das andere bis auf eine schmale Brücke am Mesenterialansatz, welche die Perforationsstelle von einem zweiten Mesenterialriß trennte; Operation 2 Stunden nach der Verletzung; Resektion von 20 cm Darm. — Der zweite Pat. bekam die Perforationserscheinungen, nachdem er noch 5 Minuten nach einem Deichselstoß Rad gefahren war, Operation 8 Stunden später, Resektion der ausgedehnten perforierten Dünndarmschlinge. — Der dritte Pat. (Quetschung zwischen Kabelrollen) bot 3 Stunden später noch keine sicheren Perforationserscheinungen; sie traten erst nach weiteren 6 Stunden auf; bei der Operation wurde eine Dünndarmschlinge mit bohnengroßer Perforation in Ausdehnung von 15 cm reseziert. Der vierte Pat. war 5 m hoch vom Gerüste gefallen, wobei ihm ein nachstürzender Netzriegel auf den Leib fiel; Operation 2 Stunden später; er hatte eine Ruptur im Dünndarme. Sugillationen am Darme mit 4 cm langem Mesenterialriß und ein großes Hämatom in der Gegend der rechten Niere, das auf die Radix mesenterii übergriff; keilförmige Exzision der Perforatiosstelle, Übernähung des Mesenterialrisses; bei der Nachbehandlung vereiterte ein Bauchdeckenhämatom und entstand noch ein abgekapselter peritonealer Abszeß.

Im Krankenhause Friedrichshain wurden Darmrupturen infolge stumpfer Gewalt, zum mindesten die gequetschte Umgebung, meist auch das benachbarte Darmstück, reseziert. Die Bauchhöhle wird mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen, die Bauchwunde ohne Drainage in zwei Etagen geschlossen.

Diskussion. Herr Seefisch hat sehr Gutes von der sofortigen Verabreichung von Physostigmin (0,001 subkutan) nach Kochsalzspülungen der Bauchhöhle gesehen. Die Darmfunktion stellt sich danach schnell wieder ein; 10 Stunden später gibt er noch einmal 0,001 Physostigmin. Bei intravenösen Kochsalzinfusionen hat er in der letzten Zeit einen Adrenalinzusatz gemacht.

Herr Braun bemerkt, daß er von der Verabreichung des Physostigmin nach Bauchoperationen zurückgekommen sei, ebenso von dem Adrenalinzusatz bei Kochsalzinfusionen, wo er es allerdings nur subkutan versucht hat.

4) Herr Kunith: a. Fall von primärer Nierenaktinomykose.

Der erste Fall dieser Krankheit wurde von Israel in der Klinik der Nierenkrankheiten beschrieben. Einen von Stanton 1905 publizierten Fall sieht K. nicht als primäre Nierenaktinomykose an. Ein zweiter Fall ist im Krankenhause Friedrichshain an einem 4¾ Jahre alten Knaben mit Erfolg operiert worden.

Die Operation (Direktor Dr. Neumann) wurde wegen Niereneiterung ausgeführt und war wegen des derben, schwieligen Bindegewebes, in welchem die Niere wie eingemauert festsaß, schwierig. An der exstirpierten Niere konnte Aktinomykose diagnostiziert werden. Vom 4. Tage nach der Operation an wurden 5 Wochen lang Pilzrasen im Urin gefunden, welche wahrscheinlich bei der Operation in den Ureter hineingepreßt wurden. Der Kranke genas und ist bis jetzt (¾ Jahr lang) gesund geblieben. Dies spricht für die primäre Entstehung der Krankheit in der Niere. Jedoch muß der Kranke noch mehrere Jahre beobachtet werden, um den absoluten Nachweis der primären Nierenaktinomykose führen zu können.

Vorstellung des Kranken. Demonstration des Präparates. (Der Fall wird in den Folia urologica veröffentlicht.)

b. Kompliziertere Fälle von Nierensteinen.

K. stellt die drei von Herrn Direktor Neumann erfolgreich operierten Kranken vor und demonstriert die Präparate.

1) Bei der 36jährigen Pat. begannen 1 Jahr nach ihrer ersten Entbindung und 4 Jahre vor ihrer Aufnahme linksseitige Nierenkoliken. 2mal gingen Steine durch die Harnröhre ab. Seit 4 Tagen vor der Aufnahme bestanden wieder heftige Nierenkoliken mit Erbrechen. Zuerst wurde ein nachweisbarer großer Abszeß in der linken Nierengegend eröffnet. Später wurde namentlich auf Grund der cystoskopischen Untersuchung — aus dem linken Ureter quoll reiner Eiter, aus dem rechten kam reiner Urin — die Nephrektomie vorgenommen. Sie gestaltete sich sehr schwierig. Beim Eingehen an gewöhnlicher Stelle wurde erst die Pleura 2fingerbreit unterhalb des Rippenbogens eröffnet, dann die Milz, die für die cyanotische Niere wegen ihrer der Niere entsprechenden Lage gehalten wurde, aus ihren Verwachsungen ausgeschält und dabei die Bauchhöhle eröffnet. Schließlich fand man die Niere, welche ein Pyonephrosensack war und sieben Steine enthielt, neben und oberhalb der linken Articulatio sacroiliaca. Der Ureter verlief erst nach oben und dann spitzwinklig nach unten. Die Niere wurde entfernt. Die Kranke genas, ohne daß eine Infektion der Brust- und Bauchhöhle eintrat.

Die Dystopie der Niere ist als eine erworbene anzusehen. Wie sie entstanden ist, ist nicht klar. (Erscheint als Originalarbeit in der Deutschen med. Wochenschrift.)

2) Bei der 27 Jahre alten Pat. lag ein doppelseitiges Nierensteinleiden vor; rechts war ein Stein im Ureter eingeklemmt, und außerdem bestand eine Schwangerschaft, welche unterbrochen werden mußte.

Der ersten Entbindung, etwa ¾ Jahr vor der Aufnahme, folgte Wochenbettfieber. Während desselben und schon während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft traten Schmerzen in der rechten Nierengegend auf, welche während der zur Zeit der Aufnahme bestehenden zweiten Schwangerschaft stärker wurden. In den letzten Tagen vor der Aufnahme trat ein ½ Tag währender Kolikanfall und mehrere kürzere auf. Das Röntgenbild zeigte rechts neben dem zweiten Lendenwirbel einen bohnengroßen Schatten. Deswegen und wegen des anderen für Nierensteine sprechenden Befundes wurde operiert und im Ureter 3fingerbreit oberhalb seiner Einmündungsstelle in die Harnblase ein eingeklemmter Nierenstein entfernt.

4 Wochen später begannen Kolikanfälle der linken Niere. Nun wurde die Schwangerschaft, welche durch die Operation nicht gestört war, künstlich unterbrochen, weil beim Bestehen derselben die Frau leicht durch Insuffizienz der Nieren in eine allzu lebensgefährliche Lage hätte kommen können.

Das Röntgenbild zeigte auch hier Steinschatten. Es wurden mehrere Steine durch Operation entfernt. Pat. genas und ist gesund geblieben.

3) Die 51 Jahre alte Pat. wurde im Januar d. J. wegen Gallensteinileus operiert und in einer der früheren Sitzungen besprochen. Eine Hälfte des Steines wurde aus dem unteren Ileum operativ entfernt, die andere ging mit Stuhlgang ab. Einige Monate später bemerkte Pat. Blutgerinnsel im Urin und bekam Schmerzen in der rechten Lendengegend. Das Röntgenbild zeigte innerhalb des Schattens der Nierenkonvexität einen großen, runden Steinschatten. Es wurden dann ein größerer und mehrere kleinere Nierensteine entfernt. Pat. genas.

Beide Steine enthalten viel Kalk. Vielleicht liegt eine Disposition der Kranken zur Steinbildung vor. **R. Wolff** (Berlin).

8) **Albers-Schönberg.** Eine bisher nicht beschriebene Allgemeinerkrankung des Skeletts im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Verf. beschreibt eine Affektion des Knochensystems bei einem sonst normalen und anscheinend gesunden jungen Manne, die er mit Recht als eine bisher nicht beschriebene bezeichnet.

Während man bei Röntgenaufnahmen des normalen Knochens die Corticalis und Spongiosa gut unterscheiden kann, erscheinen im vorliegenden Falle beinahe sämtliche Knochen des Körpers in der ganzen Ausdehnung wie aus Marmor gebildet, ohne jede Strukturzeichnung und nur mit einer Andeutung der Markhöhle. Das gleiche strukturelle Verhalten zeigt auch der in großer Menge vorhandene Callus an einer Bruchstelle des Oberschenkels. Bei der Leuchtschirmuntersuchung fällt das eigentümliche, auch bei Anwendung von harten Röhren tiefschwarze Knochenbild ungemein auf.

Bei den photographischen Platten handelt es sich aber durchaus nicht etwa um eine Unterexposition, da alle Platten, gleichgültig ob man kurz oder lang, mit weichen oder harten Röhren exponierte, dasselbe Bild zeigten.

Es handelt sich also im vorliegenden Fall um eine gleichmäßige Veränderung des gesamten Skeletts, wobei die Spongiosa zum großen Teil durch kompakte Knochensubstanz ersetzt worden ist; ferner aller Wahrscheinlichkeit nach der Kalkgehalt der Knochen außerordentlich zugenommen hat, so daß seine Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen fast ganz aufgehoben ist.

Über die Ätiologie ist nichts bekannt.

Nach Ansicht des Verf.s handelt es sich um eine seltene allgemeine Knochenerkrankung, die klinisch dadurch von Bedeutung ist, daß die Knochen außerordentlich brüchig werden. **Gaugele** (Zwickau).

9) **Joachimsthal.** Eine ungewöhnliche Form von Knochenerweichung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Der 18jährige Kranke, der im 2. Lebensjahre bereits Zeichen von Rachitis gezeigt, sich dann aber in normaler Weise entwickelt hatte, erkrankte im Alter von 12 Jahren unter Darmerscheinungen, und es stellten sich Knochenschmerzen und Neigung zu Verbiegungen an den unteren Extremitäten ein, die schließlich eine jede Art der Fortbewegung unmöglich machten. An den Gliedmaßen bestanden hochgradige Auftreibungen der Epiphysen, an den unteren Extremitäten starke Verbiegungen, an allen Röhrenknochen Weichheit und starke Druckempfindlichkeit. Die der Arbeit beigegebenen Röntgenogramme lassen die für Rachitis charakteristischen unregelmäßigen Gestaltungen und seitlichen Ausladungen erkennen, ferner auffallend breite Knorpelzonen zwischen Dia- und Epiphysen, Verschmälerung der Compacta. An den Diaphysen zahlreiche Fissuren, die zum Teil die ganze Dicke der Diaphyse betrafen und auch an den oberen Gliedmaßen nachweisbar waren.

Auf Phosphorbehandlung hin festigten sich die Knochen erheblich, so daß Pat. wieder gehen konnte. Verf. reiht das beschriebene Krankheitsbild in die Gruppe der Spätrachitis. **Langemak** (Erfurt).

10) **Osler.** On teleangiectasis circumscripta universalis.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. Oktober.)

Genaue Beobachtung eines der sehr seltenen Fälle dieses Leidens.

Ein 39jähriger neuropathischer Mann kommt wegen Schmerzen in der rechten Seite des Bauches; Geschwister hat er nicht, die Mutter hat in ihrer Jugend oft an Urticaria gelitten. Den Beginn seines Leidens datiert Pat. auf 10 Jahre zurück; seit 2 Jahren ist es schlimmer geworden.

Pat. hat öfters Nasenbluten, ist wegen Hämorrhoiden mit Blutungen operiert worden. Bluter im eigentlichen Sinne des Wortes ist er nicht.

Kolikartige Leibschmerzen treten unter der Beobachtung öfters auf, mehrfach auch Hämaturie.

Überall an der Oberhaut des Körpers sind Teleangiektasien von 2—6 mm Durchmesser zu sehen, die auf Druck ganz verschwinden, um sofort wiederzukehren; hier und da verschmelzen sie zu großen Flächen. Einzelne dilatierte Gefäße fehlen, es handelt sich nur um kapilläre Gefäßdilatation. An Händen und Füßen ist die Färbung dunkel purpurrot, sonst heller rot. Finger und Zehen sind zeitweise tief cyanotisch, wie bei Raynaud'scher Krankheit. Es besteht ausgesprochene Dermatographie.

Es scheint sich um ein angeborenes Leiden zu handeln, da die Mutter an Urticaria gelitten hat.

Die Koliken und die Hämaturie dürften ebenso wie das Nasenbluten auf Urticaria an den betroffenen Organen zurückzuführen sein.

Mastkur besserte das Befinden. Die Symptome treten in ganzer Schwere schubweise auf.

Einige sehr gute photographische Aufnahmen. **W. v. Brunn** (Rostock).

11) **Libessart.** Contribution à l'étude de la thérapeutique par l'air surchauffie.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Oktober.)

L. empfiehlt die Anwendung des von Prof. Cahier in den Arch. de méd. etc. 1902 angegebenen Heißluftkastens zur Behandlung von Kniegelenksergüssen und Extremitätenphlegmonen. Die Luft kann in dem Kasten bis 150° erhitzt werden, ohne daß das Glied verbrüht wird. Nachdem das Glied eine Stunde einer Temperatur von 100—130° ausgesetzt gewesen ist, wird leichte Massage und später vorsichtige Bewegung angewandt. Einige näher beschriebene Fälle von Kniegelenksergüssen und Armphlegmonen, in welchen die Wiederherstellung in relativ kurzer Zeit erfolgte, dienen zum Beweise. **Herhold** (Brandenburg).

12) **Ramsauer.** Zur Technik der Nervennaht: Einscheidung der Distanznaht durch ein Venenstück. (Aus dem städtischen Krankenhaus in Solingen.)

Inaug.-Diss., Bonn, 1907.

Nach der Art der Assaky-Gluck'schen Methode wurde am 3. März 1906 der nach kompliziertem Oberarmbruch entstandene, 4 cm lange Radialisdefekt derart überbrückt, daß die vier Seidenfäden die Lichtung des über sie hinweg geschobenen, 10 cm langen exstirpierten Stückes der V. basilica offenhielten. Nach 6 Monaten stellte sich die Nervenfunktion wieder ein und ist allmählich eine verhältnismäßig sehr gute geworden. **Lessing** (Hamburg).

13) **Blanc et Savolle.** Lipome ostéo-périostique du col du radius. Compressions nerveuses.

(Revue française de méd. et de chir. 1907. Nr. 21.)

Mandarinengroße Geschwulst an der Außenseite des Ellbogengelenkes, die anscheinend in der Muskulatur lag und gegen den Knochen nicht deutlich verschieblich war. Außerdem bestand eine Paralyse des N. radialis und Sensibilitätsstörung, entsprechend dem Ausbreitungsgebiete des N. ulnaris. Die Operation

ergab ein vom Radiusköpfchen ausgehendes osteo-periostales Lipom, das sich zwischen die Muskulatur entwickelt hatte, und nur mitsamt einem Stück des Periosts vom Knochen abgetrennt werden konnte; der tiefe Ast des N. radialis war leicht abgeplattet. Die sensiblen Störungen schwanden sofort nach der Operation, die motorischen im Lauf einiger Monate.

Auffallend ist die Beteiligung des N. ulnaris, seine Kompression trotz der nur indirekten Beziehungen zur Geschwulst. **Mohr** (Bielefeld).

14) **F. de Beule** (Gand). Un cas intéressant de chirurgie orthopédique de la main.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. Januar.)

Bei einem 4jährigen Knaben hatte sich nach einer 2 Jahre vorher operierten ausgedehnten Phlegmone des Handrückens durch Retraktion der Strecksehnen hochgradige Klauenstellung der Hand ausgebildet, deren Funktion gleich Null war. Die Operation legte eine den ganzen Handrücken einnehmende feste Narbenmasse frei, aus welcher keine Sehnen mehr zu isolieren waren. de B. resezierte die ganze Masse, stellte die Finger gerade, zu welchem Zwecke das Köpfchen des III. Metacarpus reseziert werden mußte, und verband die 3 cm von einander entfernt stehenden zentralen und peripheren Sehnenstümpfe durch je zwei Seidenfäden. Nach 4 Monaten guter funktioneller Erfolg, so daß mittlere Gegenstände gut gehalten werden können und die aktive Bewegungsfähigkeit der Finger zu weiteren guten Hoffnungen berechtigt. **Vorderbrügge** (Danzig).

15) **O. v. Frisch.** Ein seltener Fall von elephantiastischer Verdickung einer Extremität, nebst einem kasuistischen Beitrage zur autochthonen Elephantiasis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 1.)

Die sporadischen Fälle von Elephantiasis, die wir zu sehen bekommen, haben meist eine typische Form. In dem histologischen Bilde findet man gewöhnlich das neugebildete Gewebe scharf sowohl nach der Cutis als insbesondere gegen Fascien und Muskeln abgesetzt. Die Gefäße sowie die Nerven sind unverändert, die Drüsen sind, außer durch mehr oder weniger entzündliche Prozesse, nicht verändert. Infolge des Umstandes, daß das elephantiastische Gewebe die Grenzen der Fascien, Nerven und Gefäßscheiden respektiert, ist die Funktion der Extremitäten meist eine gute. v. F. schildert nun einen Fall, der sich von diesem Typus wesentlich unterscheidet. Bei demselben trat ein kernreiches, teils festes, teils lockeres, feinste elastische Fasern enthaltendes, neugebildetes Bindegewebe auf, das den Fascien und Bindegewebsspalten folgte und sich zwischen die Weichteile der befallenen unteren Extremität einschob, dieselben umwuchs und teilweise zu völligem Schwunde brachte. So wurden Muskeln, Nerven, Gefäße, Lymphdrüsen und Periost durch das neugebildete Gewebe ersetzt. Wahrscheinlich ist das elephantiastische Gewebe zuerst am Unterschenkel entstanden, ist dann immer weiter gewachsen und hat später auch den Rumpf ergriffen Knochen und Gelenke wurden dabei ebenfalls alteriert und erscheinen um so stärker verändert, je länger sie in den Prozeß einbegriffen waren. Nach des Verf.s Ansicht ist diese Bösartigkeit erst auf Basis einer früher gutartigeren Form der Elephantiasis aufgetreten; wenigstens spricht der klinische Verlauf hierfür.

Außer diesem Falle beschreibt Verf. noch neun der gewöhnlichen Art, für welche er Einwicklung mit der Gummibinde und keilförmige Exzision größerer Gewebsstücke nach dieser vorbereitenden Behandlung empfiehlt. Bei den so behandelten Pat. wurde ein jahrelang andauernder guter Erfolg erzielt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

16) **J. B. Legg** (London). A case of congenital syphilitic osteoperiostitis of the femur of an infant.

(Medical press 1907. Oktober 23.)

Bei einem 5 Wochen alten Knaben fand sich eine gleichmäßige, derbe Verdickung des linken unteren Femurteiles mit glatter Oberfläche. Für eine Fraktur

waren keinerlei Anhaltspunkte vorhanden; ein entzündlicher Prozeß war bei normalem Verhalten der umgebenden Weichteile ebenfalls auszuschließen. Knochentuberkulose ist bei Neugeborenen sehr selten. Es wurde angeborene syphilitische Osteoperiostitis angenommen und eine Inunktionskur eingeleitet. Innerhalb von 3 Wochen trat Heilung ein. **Erhard Schmidt** (Dresden).

17) **Stewart.** Arteriotomy for thrombosis and embolism.
(Annals ef surgery 1907. August.)

Verf. will bei Arterienverstopfung chirurgisch energischer vorgehen, als es bisher der Fall war. Er eröffnete in zwei Fällen, in welchen durch Verstopfung der Schenkelarterie Gangrän drohte, das Blutgefäß, räumte den Blutklumpen aus und vernähte die Gefäßwunde. Da sich hierbei immer wieder an der geöffneten Stelle ein Blutgerinnsel bildete, durchtrennte er die Arterie nach Entfernen des Blutklumpens, spaltete die durchschnittenen Enden und krempelte sie etwas nach außen um; dann nähte er sie aneinander, so daß Intima an Intima lag. Die Zirkulation stellte sich an der genähten Stelle wieder her, aber weder war an der Poplitea ein Puls zu fühlen, noch konnte die Gangrän aufgehalten werden. — Im zweiten Falle ging es ähnlich. Daher wird man diese Operation trotz aller fortgeschrittenen Technik noch nicht empfehlen können.

S. unterscheidet die traumatische Thrombose, bei der die Intima eingerissen ist, von der embolischen, bei der sie unversehrt zu sein pflegt. Bezüglich der Gefäßnaht gibt er der geschilderten Methode mit umgekrempelter Intima den Vorzug. **Herhold** (Brandenburg).

18) **S. Handley.** An operation for embolus.
(Brit. med. journ. 1907. September 21.)

Ein 65jähriger Mann zeigt 24 Stunden nach der Herniotomie wegen eingeklemmten Leistenbruches die Symptome einer beginnenden Gangrän des ganzen linken Beines infolge angenommener Embolie der Art. femoralis. Amputation wäre bei dem hohen Sitze der Gefäßverlegung zwecklos gewesen, konnte bei dem sehr schlechten Zustand auch nicht gewagt werden. So versuchte H., den arteriellen Kreislauf im Beine durch direkte Beeinflussung des Embolus wieder herzustellen. An der freigelegten Femoralis wurde die Circumflexa externa unterbunden und durchtrennt. Von ihrer proximalen Lichtung aus versuchte man durch einen hoch in die Femoralis eingeführten halbstarken Katheter mit einer Spritze erfolglos das Gerinnsel und Blut anzusaugen. Dies gelang erst, als man von der Profunda aus mit einem Harnleiterkatheter denselben Versuch machte, indem man den Katheter bei Fingerkompression der Bauchaorta schätzungsweise bis etwa zur Teilungsstelle der Aorta vorgeschoben hatte und das Arteriensystem mit Kochsalzlösung auswusch. Jetzt erfolgte beim Nachlassen der Aortenkompression ein starker Blutstrahl. Die Versuche, die übrige Femoralarterie in ähnlicher Weise von einem Ast der Poplitea aus von den Gerinnseln zu reinigen, mußten wegen Verschlechterung des Zustandes abgebrochen werden. Tod nach 24 Stunden. Die Sektion ergab Thrombosen des linken Herzohres und einen Embolus in der linken Iliaca communis. **Weber** (Dresden).

19) **B. G. A. Moynihan.** An operation for embolus.
(Brit. med. journ. 1907. September 28.)

Eine 41jährige Frau mit Mitralfehler erkrankt an embolischer Gangrän des Beines. Mit der Diagnose »Embolus in der Art. poplitea« wurde auf diese eingeschnitten, ein großer Embolus entfernt, bis reichliche Blutung eintrat. Naht der Arterie einreihig. 4 Tage später Tod an Lungenembolien und Herzschwäche. Sektion ergibt Lungeninfarkte, schwere alte und frische Endokarditis mit neuen Thromben. **Weber** (Dresden).

20) **Dilly.** Un cas d'artérite oblitérante suivie par gangrène à la suite d'un érisipèle.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Oktober.)

Ein Sergeant hatte im Januar 1901 ein Gesichtserysipel durchgemacht. Im August 1902 traten Schmerzen im linken Fuß ein, die sich nach und nach verschlimmerten; taubes Gefühl und Ameisenkriechen kamen Anfang des Jahres 1904 hinzu, und Oktober 1904 traten die ersten Zeichen einer Gangrän auf, die zur Amputation des Beines im untersten Viertel des Oberschenkels führte. Die Art. femoralis wurde als vollkommen obliteriert angetroffen; sie setzte sich nach abwärts als dicker Strang fort. Verf. meint nun, daß derselbe Streptokokkus, der seinerzeit das Erysipel bedingte, eine leichte Läsion der Art. femoralis hervorgerufen hat, die sich mit der Zeit unter dem Einfluß angestrengten Marschierens zu dem angetroffenen Grade verschlimmerte. Dem Ref. erscheint die Zwischenzeit zwischen dem Erysipel und den ersten Anzeichen der Gefäßerkrankung etwas weit auseinander zu liegen. **Herhold** (Brandenburg).

21) **Frazier.** Endo-aneurysmorrhaphy (Matas).

(Annals of surgery 1907. September.)

Zwei Fälle von Aneurysma, in welchen die von Matas vorgeschlagene Operation ausgeführt wurde. Im ersten Falle handelte es sich um ein Aneurysma der Art. poplitea; der Sack wurde gespalten, die Gerinnsel energisch ausgeräumt und die im Grunde sichtbare Öffnung der zuführenden Arterie mit feinen Silknähten geschlossen; dann wurde die Höhle des Sackes ebenfalls durch mehrere Lagen von Silknähten zur Verödung gebracht und die Haut darüber vernäht. Pat. klagte noch einige Zeit über taubes Gefühl im Beine, sonst traten keine schädlichen Folgen ein; ein Puls war in der Art. tibialis antica nicht zu fühlen.

Der zweite Fall verlief ungünstiger. Das Aneurysma saß unter der linken Leistenbeuge. Nach Spaltung des Sackes trat eine gewaltige, fast tödliche Blutung aus drei Öffnungen im Grunde desselben ein, obwohl die Art. femoralis oberhalb und unterhalb des Sackes mit Schiebern abgeklemmt war. Durch Komprimieren der Öffnungen und Naht einer Öffnung nach der anderen konnte man der Blutung Herr werden; es wurde dann weiter genau wie im ersten Falle verfahren, nur führte man an einer Stelle ein Drain in den Sack. In diesem Falle trat Gangrän des Unterschenkels ein, welche F. auf eine mangelhafte Anlage des Kollateralkreislaufes schiebt. Die gewaltige Blutung der Öffnungen im Sacke trotz beiderseits abgeklemmter Art. femoralis weist nach ihm darauf hin, daß eine einfache Unterbindung der Art. iliaca externa das Aneurysma nicht beseitigt haben würde. **Herhold** (Brandenburg).

22) **Gibbon.** Endo-aneurysmorrhaphy (Matas).

(Annals of surgery 1907. Septemqer.)

Verf. tritt lebhaft für die Operation der Aneurysmen nach Matas ein. Letzterer hat bekanntlich, nachdem er erkannt hatte, wie fest zwischen Intima und Intima der Gefäße Verklebungen eintreten, vorgeschlagen, den aneurysmatischen Sack zu spalten, die Blutgerinnsel auszuräumen, die am Grunde des Sackes mündende arterielle Gefäßlichtung durch Naht zu schließen und nun entweder durch Aneinandernähen der Innenseite des Sackes einen absoluten Verschluß oder durch Verkleinern des Sackes ein neues Gefäßrohr herzustellen. Die Wiederherstellung des Gefäßrohres ist nur bei fusiformen Aneurysmen anwendbar; die Naht zur Verkleinerung wird über einem eingeführten weichen Katheter ausgeführt, der im letzten Moment wieder hervorgezogen wird; auf diese Weise wird die Kontinuität des Gefäßrohres erhalten.

Im ganzen sind 39 Pat. bisher operiert worden, von denen nur zwei an den unmittelbaren Folgen der Operation starben. Zehn Fälle von fusiformem Aneurysma wurden mit Erhaltung des Gefäßrohres operiert und geheilt, in 24 Fällen wurde der Sack durch die Naht verödet; hiernach folgte einmal Gangrän, die

übrigen Fälle heilten ohne Eintreten von Gangrän; ein Pat. starb nach einiger Zeit an Morbus Brightii. **Herhold** (Brandenburg).

23) **W. J. Frick.** Reconstructive endoaneurysmorrhaphy.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. V. Hft. 3.)

Ein sackförmiges Aneurysma der Art. pòplitea wurde nach Matas längs gespalten, wobei zu- und abführendes Arterienende deutlich sichtbar wurde. Ein Gummikatheter führte eine Verbindung beider Enden herbei. Die Aneurysmawand wurde über dem Katheter gefaltet und vernäht, der Katheter selbst vor dem Knoten der mittleren Nähte wieder entfernt. Es war so ein Kanal gebildet, der nach Lösung des Esmarch'schen Schlauches für den Blutzufluß durchgängig war und auch kein Blut austreten ließ. Eine weitere Nahtreihe des über die erste Naht gefalteten Restes der Aneurysmawand verschloß den Aneurysmasack und sicherte die erste Nahtreihe. Das Nahtmaterial bestand aus Jodcatgut. In der neugebildeten Poplitea war Pulsation zu sehen und zu fühlen.

Die Heilung vollzog sich ohne besondere Störung, wobei von leichten neuritischen Symptomen an der Großzehe und Innenseite des Fußes abgesehen werden muß. Auffallend war noch, daß der Puls der Art. tib. post. nach der Operation an beiden Beinen nicht gefühlt werden konnte. Ein Zusammenhang dieser Erscheinung mit dem operativen Eingriffe konnte nicht angenommen werden, zumal der Tibialispuls vor der Operation nicht geprüft wurde. Später nahm Pat. seinen Beruf als Lastträger wieder auf. **Strauss** (Nürnberg).

24) **Tweedle.** Aneurysm of the foot.

(Brit. med. journ. 1907. September 21.)

Bei einem 25jährigen Mädchen findet sich am linken Fußrücken entsprechend dem Lisfranc'schen Gelenk ein Aneurysma (1 : 1½ Zoll groß), dessen Pulsation auch in der Mitte der Sohle nachweisbar ist. An der Fußsohle zwei Geschwüre, Allgemeinzustand schlecht. Unterbindung der Tibialis antica war erfolglos gewesen. Daher wurden, um die Amputation zu umgehen und weiteren Spontanblutungen vorzubeugen, die in ein Bündel Gefäße aufgelöste Art. dorsalis pedis und mehrere Seitenäste unterbunden und, als das auch nichts half, in gleicher Sitzung die Tibialis postica. Die Pulsation verschwand jetzt sofort. Nach kurzer Zeit Rückfall. Weitere Unterbindung von Ästen der Dorsalis pedis, am Malleolus externus und Freilegung des dorsalen und plantaren Sackes, Ausräumung und Tamponade. Heilung durch Granulation. Endergebnis: Hälfte der kleinen Zehe fehlt, die übrigen in ihrer Beweglichkeit sehr gestört, Gang sehr gebessert, Geschwüre geheilt, keine Pulsation mehr. Der dorsale Sack lag zwischen Haut und Tarsalknochen zwischen den Strecksehnen, der plantare zwischen oberflächlicher und tiefer Schicht der Muskeln der Sohle. Über die Ursache der Entstehung ist nichts angegeben. **Weber** (Dresden).

25) **Cuff.** Spontaneous aneurysm of the dorsalis pedis artery.

(Brit. med. journ. 1907. Juli 6.)

Aneurysmen der Fußarterien sind äußerst selten und fast stets traumatisch bedingt. C.'s Fall betraf eine 53jährige Frau, die seit 2 Jahren eine kleine Schwellung am Fußrücken beobachtete. Kein Trauma, keine Lues. Am Fußrücken pulsierende, zusammendrückbare, walnußgroße Geschwulst mit allen Zeichen eines Aneurysmas bei mäßiger allgemeiner Atheromatose. Exzision. Heilung. Das resezierte Stück zeigte Endarteriitis mit Verdickung. **Weber** (Dresden).

26) **Nitch.** Pneumococcic arthritis in children, with a report of two cases.

(Brit. med. journ. 1907. September 21.)

1. Fall: 1jähriges Mädchen erkrankt 10 Tage nach einer Bronchitis an einer schmerzlosen Kniegelenkschwellung. Aus dem aspirierten, dicken, geruchlosen, grüngelben Eiter wurden Pneumokokken in Reinkultur gewonnen. Arthrotomie

und Spülungen wegen Wiederansammlung. Heilung mit völlig beweglichem Knie in 4 Wochen.

2. Fall: 6monatiges Mädchen mit der gleichen Erkrankungsform am Knie. Arthrotomie. Pneumokokken in Reinkultur. Sepsis. Tod.

Im Anschluß an diese beiden Fälle bespricht N. kurz die Statistik der bisher beschriebenen etwa 100 Fälle nach Infektion, Lokalisierung, Anzeichen, Prognose und Behandlung. **Weber** (Dresden).

27) **Simon** et **Hocke.** Tuberculisation ultime d'une arthropathie tabétique.

(Revue méd. de l'Est 1907. Juni 15.)

Die Verff. teilen folgenden, auch durch die Autopsie bestätigten Fall von sekundärer tuberkulöser Infektion einer tabischen Arthropathie des Knies mit.

Der 41jährige Pat. mit deutlichen Erscheinungen von Tabes erkrankte plötzlich an einer schmerzlosen Schwellung und Rötung des linken Kniegelenkes ohne erheblichen Gelenkerguß. Die Erkrankung ging in eine typische Tabesarthropathie über und blieb über 2 Jahre stationär. Dann bildeten sich an verschiedenen Stellen des Gelenkes Abszesse, und es entwickelte sich eine Lungentuberkulose, an der Pat. nach 13 Monaten zugrunde ging. Die Autopsie zeigte tuberkulöse Veränderungen im Gelenke, besonders Eiterherde und Reiskörper, an welchen Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden; im ganzen war es das Bild einer Umwandlung der Arthropathia tabica in tuberkulöse Arthritis. **Mohr** (Bielefeld).

28) **Lexer.** Durch Resektion gewonnenes Kniegelenkpräparat (Chondromatose der Gelenkkapsel).

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 13.)

Die chondromatösen Neubildungen der Synovialis drängen den Gelenkspalt daumenbreit auseinander und wachsen an verschiedenen Stellen durch die Muskulatur. Auch der Gelenkknorpel ist zum Teil an den Wucherungen beteiligt. Das Bild erinnert an den von Reichel beschriebenen Fall einer Chondromatose der Kniegelenkkapsel. **Borchard** (Posen).

29) **Doberauer.** Resektion von Knochensarkomen mit Plastik.

Sitzungsbericht der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen.
(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 10.)

D. resezierte ein myelogenes Sarkom des Schienbeinkopfes und füllte den 12 cm hohen Defekt durch einen osteoplastischen Lappen aus der Kniescheibe teilweise aus; er heilte fest knöchern ein und vermittelte eine gute Funktion der Extremität. **Gutzeit** (Neidenburg).

30) **Drew.** Bone-grafting and regeneration.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

D. pflanzte einem Seemanne, der nach schwerer Zertrümmerung seines Unterschenkels ein unbrauchbares Bein als Ergebnis 3 Monate langer, erhaltender Behandlung davongetragen hatte, die längs gespaltene, ganz frisch einem Lamm entnommene Tibia in die 2 Zoll lange Lücke ein. Nach $3^1/_2$ Monaten war der Mann voll arbeitsfähig. **Weber** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 3. Sonnabend, den 18. Januar 1908.

Albert Hoffa †

Eine erschütternde Nachricht hat mir der Telegraph am heutigen Neujahrsmorgen gebracht. Albert Hoffa, mein Lehrer, mein Freund, ist nicht mehr! In den letzten Stunden des gestrigen Tages hat er die Augen zum ewigen Schlummer geschlossen. Die Glocken, welche das neue Jahr begrüßten, läuteten ihm das Sterbegeläut! Von einer Konsultationsreise, welche ihn in den Weihnachtstagen ins Ausland gerufen hat, hat er sein Heim nicht wieder erreicht. Er starb in Köln an einer Sklerose der Coronararterien. Mitten aus seinem Schaffen, in der Blüte der Jahre, noch nicht 49 Jahre alt, hat der Tod uns diesen Mann genommen, der so vielen so viel gewesen ist. Tausenden werden die Tränen über die Wangen fließen, wenn sie die Nachricht erreicht, daß der große Arzt, dem sie Genesung, dem sie Gesundheit, Lebensfreude und Lebensglück verdanken, sie nicht mehr beraten kann, daß die Hand, welche so wunderbar Schmerzen nahm und so wunderbar Kraft gab, kalt und starr geworden ist. Trauer bedeutet die Kunde von Hoffa's Scheiden für die deutsche Ärzteschaft, der er einer der besten Lehrer gewesen ist. Einen unersetzlichen Verlust sagt sie den Orthopäden der ganzen Welt an. Der Vater der modernen Orthopädie, das Herz des Ganzen ist er gewesen. Schweres Herzensleid erfahren die, welche ihn Freund nennen durften. Sie finden keinen, der je denselben Platz einnehmen könnte.

Albert Hoffa war geboren am 31. März 1859 in Richmond in Südafrika, als Sohn eines aus Kassel stammenden deutschen Arztes. Schon als Knabe von 7 Jahren kam er nach Deutschland. Er besuchte in Kassel das Gymnasium und studierte dann in Marburg und Freiburg Medizin. Nach Erlangung der Approbation

wurde er Assistent am Würzburger Juliusspital unter **Maas.** 1886 habilitierte er sich in dieser Stellung. Der frühzeitige Tod seines Lehrers brachte ihm eine Störung seiner Pläne. Er schied aus seiner Stellung an der Klinik aus und gründete sich eine eigene Privatklinik. Das war der Punkt, von dem aus er den Weg zu seiner eigenartigen Entwicklung fand.

Während er zuerst auf bakteriologischem und auf rein chirurgischem Gebiete gearbeitet hatte, wandte er sich nun dem Gebiete der Orthopädie zu, und auf diesem Gebiete hat er das größte geleistet, was überhaupt bis heute ein Mensch auf demselben geleistet hat.

Die Würzburger Privatklinik entwickelte sich in wenig Jahren zu einer Weltanstalt. Als ich im Jahre 1895 Assistent an derselben wurde, konnte man in unserem Hause schon die Sprachen aller Kulturnationen hören. Der Andrang der Patienten war so bedeutend, daß eine Vergrößerung der Anstalt die andere treiben mußte. Schließlich entstand ein ganzer Gebäudekomplex mit teilweise höchst luxuriösen Einrichtungen.

Als 1902 **Julius Wolff** starb, erhielt **Hoffa** den Ruf, dessen Nachfolger zu werden. Er folgte demselben. Wie er in Berlin gewirkt, wie er bewiesen hat, daß er dort der rechte Mann an rechter Stelle war, das ist allgemein bekannt. Ich brauche darauf nicht hinzuweisen.

Hinweisen möchte ich aber auf seine Bedeutung für die Orthopädie.

Die Orthopädie ist eine alte Kunst, die aber durch Jahrhunderte hindurch nicht leben und nicht sterben konnte. Der Leiden, welche orthopädische Hilfe erfordern, sind allezeit viele gewesen, aber der Mittel zu ihrer Behandlung waren wenig, und diese dazu meistens recht bescheiden in ihrer Wirksamkeit. **Hoffa** brachte in einem meisterhaft abgefaßten Lehrbuche zusammen, was in der ärztlichen Wissenschaft und Kunst für die Orthopädie vorhanden war, er gab dazu, was sein ingeniöser Kopf erfand, er sammelte in der von ihm gegründeten Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, was im In- und Ausland auf dem Gebiete der Orthopädie neues geschaffen wurde. Von ihm aus gingen die ersten Anregungen zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Er ist der leitende Geist dieser Gesellschaft gewesen, solange sie besteht; er hat in erster Linie dafür gesorgt, daß die Verhandlungen derselben so anregend und fruchtbar gewesen sind.

Hoffa ist der erste gewesen, der eine mustergültige orthopädische Anstalt geschaffen hat. Er hatte es erkannt, daß man orthopädische Kuren in denkbarster Vollkommenheit nur in An-

stalten ausführen könne, und daß in diesen Anstalten alle in Frage kommenden therapeutischen Mittel gleich vollkommen und gleich bequem zur Verfügung stehen müssen. Von Haus aus Chirurg, hat Hoffa gern mit dem Messer gearbeitet, und er verstand dasselbe zu führen wie selten einer. Ebenso beherrschte Hoffa aber auch die orthopädische Technik. Frühzeitig hatte er die Vorzüge der Hessing-Apparate erkannt. Er gliederte an seine junge Privatklinik in Würzburg eine orthopädische Werkstatt an. Er erkannte, welche mächtigen Hilfsmittel der Orthopädie Massage und Gymnastik seien. Er verstand es, diese in ein wissenschaftliches Gewand zu bringen und für die Orthopädie voll nutzbar zu machen.

Alle diese Mittel handhabte er mit demselben Geschick. So konnte er die Erfolge erreichen, welche seinen Ruhm in alle Lande trugen.

Noch ein paar Worte über Hoffa als Mensch. Niemand konnte mit ihm irgendwie näher in Berührung kommen, ohne ihn auch als Mensch kennen, achten und lieben zu lernen. Nie wieder habe ich ein so inniges Verhältnis zwischen Arzt und Patient gesehen, als in der Hoffa'schen Praxis. Mit welch' rührender Liebe hingen die Patienten an ihrem Arzte — selbst die, welchen auch seine Meisterhand nicht Gesundheit geben konnte. Wie oft wurde aus Arzt und Patient Freund und Freund!

Nie wieder habe ich so enge Beziehungen zwischen Lehrer und Schüler gesehen, als zwischen Hoffa und seinen Assistenten. Allen brachte er Interesse entgegen, allen wahrte er Freundschaft, allen stand er mit Rat und Tat zur Seite. Allen bot er außer seinem Wissen auch sein Herz. Wer aber ganz ermessen wollte, wievieler Liebe dieses Herz fähig sei, der mußte den Verkehr des Heimgegangenen mit seiner Familie kennen lernen, der mußte besonders auch den Verkehr des Sohnes mit seiner betagten Mutter sehen.

Möge es diesen ein Trost sein, daß ihre Trauer von so vielen mit getragen wird.

Dresden, am 1. Januar 1908.

A. Schanz.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Rostock.
Prof. Dr. W. Müller.

Über Urinbefunde nach Lumbalanästhesie mit Stovain (Billon).

Von

Dr. Hosemann, Assistenzarzt.

In Nr. 13 und 23 dieses Zentralbl. (Jahrgang 1907) hat Schwarz eine Serie von 60 Urinuntersuchungen nach Lumbalanästhesie mit Stovain-Riedel veröffentlicht. Er fand in 78,33% seiner Fälle, die alle vor der Anästhesierung normalen Urinbefund aufwiesen, eine »mehr oder minder schwere Nierenaffektion« und fordert zu ähnlichen Untersuchungen auch bei Verwendung anderer Anästhetika auf. Das Interesse einer systematischen Prüfung dieser Frage liegt auf der Hand. Da sowohl die Äther- als die Chloroformnarkose schädigend auf die Nieren einwirkt, sind nach Ansicht der meisten Autoren beide Arten von Narkosen bei bestehender Nephritis, wenigstens bei den schweren Fällen, tunlichst zu vermeiden. Die Untersuchungen von Schwarz bieten wenig Hoffnung, daß die Bier'sche Lumbalanästhesie berufen sein könnte, diese Lücke, wenn auch nur zum Teil, auszufüllen.

Im folgenden soll über eine Reihe von 60 Fällen berichtet werden, bei denen — ohne Auswahl — systematische Urinuntersuchungen vorgenommen wurden, die, wenn möglich, einige Tage vor der Anästhesierung begonnen und durchschnittlich 3 Wochen nach derselben abgeschlossen wurden.

Deetz[1] hat über unsere ersten 360 Lumbalanästhesien berichtet. Seitdem haben wir weiter von der Bier'schen Leitungsanästhesie ausgedehnten Gebrauch gemacht, so daß wir jetzt über 955 Fälle verfügen. Wir verwenden von Anfang an ausschließlich Stovain-Billon (mit Adrenalinzusatz), von dem wir meist 0,04 bis 0,06 g, bei Kindern 0,03—0,04 g injizieren. Während wir anfangs die lumbale Stovainisierung auch bei Operationen am Thorax in Anwendung zogen, haben wir sie in der letzten Zeit nur noch bei Eingriffen unterhalb des Rippenbogens benutzt, seitdem wir bei der Eröffnung eines in die Lunge perforierten Empyems einen Todesfall (durch Eiteraspiration?) erlebten; da vorher deutliche Zeichen von Atmungslähmung aufgetreten waren, glaubten wir für diesen Ausgang die hohe Rückenmarksanästhesie mit verantwortlich machen zu müssen.

Später haben wir keine Todesfälle mehr zu verzeichnen gehabt und sind mit zunehmender Erfahrung und Übung mehr und mehr von der Methode befriedigt gewesen, da »Versager« immer seltener wurden, störende Neben- und Nachwirkungen ebenfalls immer spärlicher auftraten. Erwähnen möchte ich noch, daß wir in jüngster Zeit bei Kopfschmerzen, die sich nach der Lumbalanästhesie einstellten und zum Teil mehrere Tage anhielten, mit gutem Erfolge subkutane Kochsalzinfusionen angewandt haben. Veranlaßt wurden wir dazu durch die Beobachtung, daß der Lumbaldruck in solchen Fällen noch nach Tagen sehr beträchtlich herabgesetzt sein kann.

Die Urinuntersuchungen wurden anfangs täglich, später alle 2—3 Tage ausgeführt, und zwar derart, daß der frisch gelassene Urin in gut gespülten, vorher mit konzentrierter Schwefelsäure gereinigten Röhrchen zentrifugiert wurde, wobei er im Falle stärkerer Konzentration vorher leicht erwärmt wurde bis zur Lösung der Salze. Bei weniger konzentriertem Urin wurde meist 2—3 Stunden sedimentiert, dekantiert, die Bodenflüssigkeit zentrifugiert.

Zur Eiweißprobe wurde der event. erwärmte Urin auf konzentrierte Salpetersäure geschichtet.

Von den 60 Fällen ergaben bei den Voruntersuchungen einen ganz normalen Urinbefund 48, ausgesprochene Zeichen einer Nephritis (reichlich Eiweiß und hyaline Zylinder) 3 Fälle, 2 weitere eine leichte Albuminurie. Bei den übrigen 7 fanden sich neben wenigen hyalinen auch einzelne granulierte Zylinder, zum Teil (3mal) auch rote Blutkörperchen, aber kein Eiweiß. Das Vorkommen einzelner hyaliner Zylinder wurde häufiger beobachtet, bewegte sich aber — abgesehen von den eben erwähnten 7 Fällen — in normalen Grenzen.

Eine schwerere Nephritis entstand nach der Rückenmarksanästhesie in keinem der Fälle, eine leichte Zylindrurie (einige hyaline, ganz vereinzelte granulierte Zylinder, wenige rote und weiße Blutkörperchen, kein Eiweiß) in 2 Fällen. Sie begann am Tage nach der Injektion und hielt 3 bzw. 4 Tage an.

Albuminurie trat 4mal auf. Sie war stets geringgradig, so daß im Esbach-schen Röhrchen nur ein flacher, nicht meßbarer Bodensatz ($< 1/2$ ‰) entstand, und dauerte im ersten Falle nur 2 Tage; im zweiten wurde sie am 2.—5. Tage und später nochmal vorübergehend in der 4. Woche nach der Injektion gefunden, um dann zu verschwinden. Abnorme Formbestandteile fanden sich nicht.

In den beiden anderen Fällen war die Schichtungsprobe nur je an einem Tage (2. bzw. 4. Tag) positiv, nachdem die Temperatur angestiegen war; da bei ihrem Sinken die Eiweißreaktion wieder schwand und außerdem in dem einen Falle eine Fasciennekrose eintrat, erscheint es fraglich, ob die Albuminurie hier überhaupt durch die Stovainisierung bedingt war. Keiner dieser 6 Fälle war von Nachwirkungen anderer Art begleitet.

Fügen wir hinzu, daß in 3 Fällen vorübergehend einige rote Blutkörperchen bald nach der Injektion gefunden wurden, und daß einige Male Leukocyten auftraten, oder bei vorherigem Vorhandensein ihre Zahl sich vermehrte, ohne daß

[1] Deetz, Erfahrungen an 360 Lumbalanästhesien mit Stovain-Adrenalin (Billon). Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 28.

ihre Herkunft mit Sicherheit sich feststellen ließ, so haben wir aller abnormen Befunde Erwähnung getan.

Dem gegenüber ist zu bemerken, daß die vor der Operation festgestellten Nephritiden und Albuminurien sich nicht verschlimmerten, sondern eher besserten, daß in den 7 Fällen von Zylindrurie kein Eiweiß auftrat und nur einmal die Zahl der Zylinder vermehrt schien, während sie 6mal abnahm. Bei einer Sprunggelenkstuberkulose schwand der Eiweißgehalt gleich nach der Resektion mit dem Sinken der Temperatur, und der Urin blieb dauernd normal.

Bei einer frischen traumatischen Hüftluxation ergab die Voruntersuchung eine Hämaturie mit Zylindrurie. Die Reposition wurde in Lumbalanästhesie ausgeführt; am 2. Tage danach waren die Erythrocyten, am 6. Tage die Zylinder aus dem Harn geschwunden.

Ein 14jähriger Knabe mit Osteomyelitis und einer schweren chronischen Nephritis (Zylindrurie, Albumen 12‰ Esbach vor der Operation) vertrug die Stovainisation ausgezeichnet, der Eiweißgehalt nahm nach der Operation ab, bald auch die Zahl der Zylinder.

In 2 Fällen wurden bei demselben Pat. zwei Lumbalanästhesien bald nacheinander gemacht; der Urin blieb normal.

Es muß auffallen, wie weit das Resultat unserer Untersuchungen mit dem von Schwarz differiert, selbst wenn man in Betracht zieht, daß bei einem verhältnismäßig so kleinen zur Beobachtung herangezogenen Material Zufälligkeiten durchaus möglich sind und schwerer ins Gewicht fallen. Schwarz fand unter seinen 60 Fällen 47 Nierenaffektionen (!), die nach der Medullaranästhesie entstanden, darunter 15 schwerere mit etwa ½‰ Eiweiß und zahlreichen Zylindern, 4 gar mit 2—7‰ Eiweiß. Dem gegenüber nimmt es Wunder, daß sich in der schon recht stark angewachsenen Literatur über die Bier'sche Lumbalanästhesie nur ganz vereinzelte Fälle von Nierenschädigung finden, so bei Veit[2] eine Albuminurie (unter 150 Fällen), bei Sonnenburg[3] Steigerung einer Nephritis (unter 114 Fällen), während B. Müller[4] angibt, daß nur große Dosen (mehr als 0,1 g) Stovain die Niere schädigen können.

Während bei uns durchschnittlich 0,05 g Stovain in Anwendung kamen, wurden bei dem Schwarz'schen Fällen stets nur 0,04 g Stovain injiziert.

Es fragt sich, ob das chemische Präparat (bei uns Billon[5], dort Riedel) verantwortlich gemacht werden kann für die so verschiedenen Untersuchungsergebnisse. Schwarz erwägt diese Möglichkeit am Schluß seiner Arbeit. Und in der Sonnenburg'schen Klinik[6] selbst hat man in der Wirkung der beiden Präparate einen Unterschied konstatiert zuungunsten des Riedel'schen. Läwen[7] legt Gewicht

---

[2] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LIII. p. 751.

[3] v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 157. Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1906. p. 656.

[4] Sammlung klin. Vorträge Nr. 428. Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1906. p. 1056.

[5] Das Billon'sche Präparat enthält in 1 ccm: Borsaures Adrenalin 0,00013, Stovain 0,04, Chlornatrium 0,0011.

[6] Oelsner, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1907. p. 560.

[7] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. L. Hft. 2.

die in der bisherigen Kassenpraxis bei althergebrachten Mitteln Usus waren, handelt, die Differentialpreise, wobei sich oft ergibt, daß ein neues, besseres Mittel billiger ist als ein altes galenisches Mittel.

Wir dienen daher nicht nur dem praktischen Arzte in der Privatpraxis, sondern in unzähligen Fällen auch für seine Kassenpraxis.

Ob allerdings der konzessionierte Apotheker Gewinn oder Verlust hat, wenn der praktische Arzt das „Neueste" genau kennen lernt, das dürfen wir nicht in Rechnung ziehen. Jedenfalls aber dient, sozial betrachtet, unsere Arbeit dem Ziele, jeden Kranken möglichst bald mit allem Neuesten und „Besten" rasch wieder „arbeitsfähig" zu machen!! Das ist doch ohne Frage die höchste „ethische" Aufgabe des Arztes.

Wir sind daher, wenn wir getreu an der Aufgabe unserer **„Therapeutischen Neuheiten"** mitarbeiten, die obersten Wohltäter innerhalb unserer sozialen Institutionen, dem Erbe des großen Kaisers und seines „Handlangers" von Gottes Gnaden. Gerade die Kassen müßten uns besonders dankbar sein. Darauf verwies Dr. Streffer schon in seinem ersten Prospekte. Heute ist dies längst völlig einwandsfrei bewiesen.

Dem damaligen Versprechen, auch austaxierte Rezepte zu bringen, bei denen im gleichen Maße auf zweckmäßige wie ökonomische Verordnungsweise Bedacht genommen werden sollte, ist bisher wenig entsprochen worden, da die meisten bisherigen Mitarbeiter nichts derartiges boten und der früher lebhafteste Mitarbeiter Redakteur des „Rezept" war, wo er diese Seite seiner Tätigkeit in größerer Breite entfalten konnte. Jetzt, nachdem er die Chef-Redaktion der „Therapeutischen Neuheiten" übernommen hat, soll diesem Gebiete erhöhte Sorgfalt zugewiesen werden.

Die Taxation aller behandelten Mittel wird in jeder Nummer nach der Reichstaxe, Ergänzungstaxe und den jeweiligen ministeriellen Verordnungen dargeboten. Diese Kontrolle übt von nun an Apotheker F. Bruhn. In jedem neuen Jahrgange werden die Korrekturen der Preise früherer Jahrgänge genau registriert, so daß jeder bisherige Abonnent, der die Blätter alphabetisch ordnet, sehr leicht diese Korrekturen nachtragen und immer auf dem Laufenden bleiben kann.

Daß wir nach den Erfahrungen, die wir in den beiden letzten Jahren machen konnten, nur alles das bieten werden, was uns zu dem Ziele, bis 1910 den Gesamtschatz alles Brauchbaren dargeboten zu haben, führt, bedarf keiner weiteren Versicherung.

DDr. med. Johannes Linke
Herausgeber.

Wiederau und Leipzig.

Johann Ambrosius Barth
Verleger.

Inhaltsverzeichnis 1906.

Inhaltsverzeichnis 1907.

auf den Gehalt des Stovains an dissoziierter Salzsäure in Hinsicht auf die Nervenschädigung. Außerdem kommt Menge und Art des Nebennierenpräparates in Betracht. Ehe nicht weitere Untersuchungen, event. auch mit anderen Anästheticis, angestellt sind, wird sich diese Frage nicht entscheiden lassen; ihre weitere Prüfung erscheint durchaus geboten.

Nach dem Ergebnis unserer Untersuchungen ist die nierenschädigende Wirkung der Lumbalanästhesie (Stovain-Billon), wie sie bei uns geübt wird, nicht sehr zu fürchten; selbst eine schwerere Nephritis scheint nicht ohne weiteres eine Kontraindikation für ihre Anwendung zu bilden. Übrigens sind sämtliche Nephritiden bei Schwarz, selbst die schweren, günstig verlaufen und haben keine dauernde Nierenschädigung hinterlassen.

Angesichts der Tatsache, daß sowohl die Chloroform- als die Äthernarkose nicht so selten Albuminurie verursacht[8] (Literatur bei Wunderlich[9], Offergeld[10]) und schwerste, tödliche Nephritiden zur Folge haben kann, scheint uns die Lumbalanästhesie ein für die Nieren relativ ungefährlicher Eingriff zu sein, der uns vielleicht gerade dann die besten Dienste leisten wird, wenn eine schon bestehende Nierenerkrankung die Einleitung der Inhalationsnarkose verbietet.

II.

Aus der chirurgisch-gynäkologischen Klinik des Stabsarzt a. D. Dr. Evler in Treptow a. R.

Zur Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen: Chromlederstreckverband mit eingeschaltetem künstlichen Strebebogen[1].

Von

Dr. Evler.

Bei der Menge von Verbänden, welche zur Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen schon angegeben sind, würde ich mit einem neuen nicht hervortreten, wenn er nicht augenfällige Vorzüge vor anderen darböte, wie eine fast unbeschränkte Gebrauchsfähigkeit des Armes der verletzten Seite und die Möglichkeit, denselben Apparat entsprechend den Körperformen Erwachsener sich leicht zurechtzupassen.

Mit dem Bruche des Schlüsselbeins verliert der Schultergürtel

---

[8] Nach Chloroformnarkosen sind bis 68% Albuminurie beobachtet. (Sironi und Alessandri).

[9] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XI. p. 535.

[10] Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXV. p. 758.

[1] Demonstration des Apparates fand in der Stettiner militärärztlichen Gesellschaft am 7. Dezember 1907 statt.

den Strebebogen, der ihn im Abstande von dem Brustkorbe hält; er folgt nunmehr mit dem äußeren Bruchstücke der Schwere des Armes, die ihn nach unten zieht und der Brustwand nähert und dem Zuge der Brustmuskeln, welche ihn mit dem Arme nach vorn und einwärts verschieben. Ein idealer Verband müßte für den gebrochenen Strebebogen einen Ersatz enthalten.

Dieser Gedanke ist nicht neu.

Papini[2] (1835) fügt zu seinem in Rückenlage anzuwendenden dem Boyer'schen ähnlichen Verbande mit Brust- und Armgürtel eine die Stelle des gebrochenen Schlüsselbeins vertretende Holzschiene hinzu, welche innen in dem Verbande durch einen Riemen, außen mittels einer ledernen Schulterkappe befestigt war.

Auch in Heusner's[3] Apparat (1895), bei welchem Unter- und Oberarmhülsen und am Rumpf ein Schienenverband angegeben sind, ist ein künstliches Schlüsselbein eingeschaltet, an dem durch Hebelwirkung die Schulter nach hinten und oben gezogen werden kann.

Beide Apparate haben keine Verbreitung gefunden, und es ist dies auch erklärlich bei einer Verletzung, bei der in den meisten Fällen eine Mitella oder doch der Moore'sche Tuchverband, die v. Büngner'sche T-Binde oder der Sayre'sche Heftpflasterverband genügen und auch eine Heilung mit geringer Dislokation die Funktion nicht beeinträchtigt.

Wenn ich das von mir angewendete[4] Prinzip der Frakturenbehandlung durch den Chromlederstreckverband auch auf die Schlüsselbeinbrüche ausgedehnt habe, so geschah es, um ohne Ruhigstellung des Armes das gebrochene Schlüsselbein durch einen künstlichen Strebebogen zu ersetzen und doch das nach Gurlt und König vollkommenste zu erreichen: Rückwärts-, Aufwärts- und Auswärtsziehen beschränkt nur auf die verletzte Schulter.

Ein 4—5 cm breiter, $^1/_2$ cm dicker Chromlederstreifen von ca. 90 cm Länge, der unter der Achsel der verletzten (z. B. rechten) Seite verläuft und auf der gegenüberliegenden (linken) Schulter durch Schnüren oder Schnallen geschlossen wird, hebt den verletzten Schultergürtel und entspannt den M. sternocleidomastoideus derselben Seite; er trägt zum Einschrauben eines vernickelten Stahlstabes in Höhe des oberen Brustbeines ein Stahlblechstück von ca. 10 cm Länge, 2,5 cm Breite mit einer Reihe von Schraubengewinden; es wird so Benutzung für beide Brustseiten ermöglicht.

Für die Achsel ist diesem dicken Chromlederstreifen ein dünner, 3—4 cm breiter angenäht, der auf der Schulter über dem Lig. acromioclaviculare geschlossen wird und vorn oben mittels einer dicken Chromlederplatte ein 5 cm langes Stahlblech mit einigen Gewinden aufgenietet erhalten hat; um der Schulterkappe eine, wenn nötig,

[2] Gurlt, Knochenbrüche. Bd. II. p. 642.

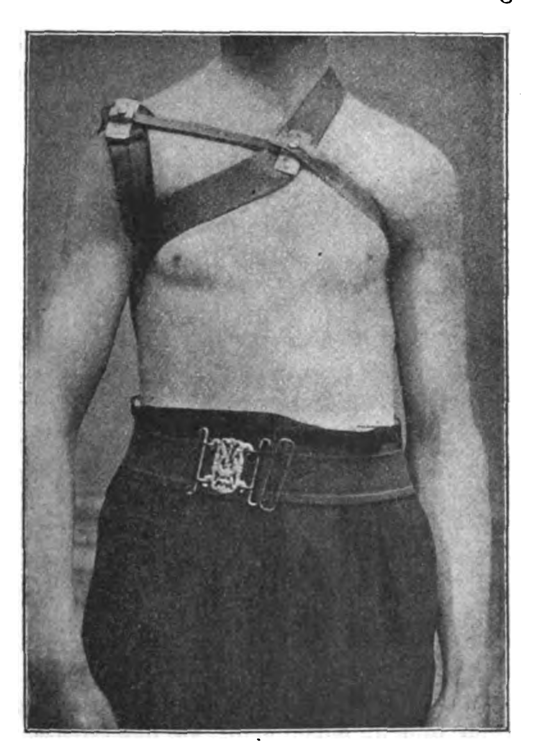
[3] Hoffa, Lehrbuch der Frakturen und Luxationen. 4. Aufl. 1904. p. 149 und Handbuch der prakt. Chirurgie. 2. Aufl. Bd. IV.

[4] Med. Klinik 1907. Nr. 11.

größere Weite zu geben, sind auf dem Lederstreifen zwei Reihen Schnürhaken vorgesehen.

Durch passendes Einschrauben in die Gewinde wird der erwähnte Stahlstab von ca. 20 cm Länge, 1 cm Breite, 3 mm Dicke, der hierzu viele Löcher enthält, derart ausgespannt, daß er an Stelle des gebrochenen Schlüsselbeines einen genügenden Druck nach aufwärts, auswärts und rückwärts ausübt; unterstüzt wird seine Wirkung durch einen 3 cm breiten dünnen Chromlederriemen, der, ähnlich dem Zuge des M. trapezius wirkend, über den Schulterblättern von dem dicken Chromledergürtel seinen Ausgang nimmt und hinten oben an der Schulter angreift.

Um jede Verschiebung des Ledergürtels zu verhindern, ist schließlich an ihm ein dünner Lederriemen unter der gesunden Achsel von den Schulternblättern aus bis nach dem Brustbein zu geführt.

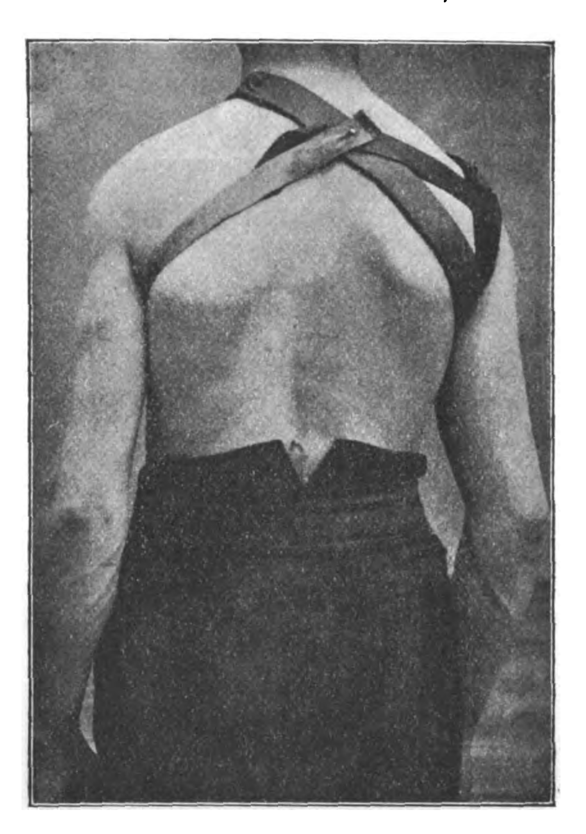


Das Anlegen des Verbandes[5], der, allerdings mit Umkippen der dünnen Riemen, auch für die andere Körperseite benutzt werden kann, beginnt zunächst mit dem Anpassen des langen, dicken Chromledergürtels; dann wird durch festes Anziehen der beiden dünnen Chromlederstreifen über der Achsel die Schulterkappe gebildet und an diese der hinten am Chromledergürtel angenähte kürzere, dünne

[5] Der Apparat ist nach Material und Arbeitszeit für 10 ℳ herzustellen.

Chromlederriemen angeknöpft, während der längere ebenfalls hinten angenähte Riemen mit der Vorderseite unter der gesunden Achsel zu verbinden ist; nun wird der Stahlstab in der Lage, in welcher er als Strebebogen wirksam jede Dislokation der Bruchenden verhütet, festgeschraubt. Schließlich ist der eine oder andere der Riemen nachzuziehen.

Im Juli v. J. habe ich mit diesem Apparat einen rechtsseitigen Schlüsselbeinbruch mit gutem anatomischen und funktionellen Resultat und zur Zufriedenheit des Pat., der in dem Verbande sich an- und auskleidete, kutschieren und Radfahren konnte, behandelt.



Der Bruch war wie die meisten ein indirekter, durch Fall auf die Schulter beim Radeln entstanden; an der Grenze des mittleren und äußeren Drittels. Das innere Bruchstück ritt auf dem äußeren, die typische Dislokation war beträchtlich; sie ließ sich ohne Narkose nicht ganz, aber ziemlich vollkommen zurückbringen; die erreichte redressierte Stellung blieb im Apparat erhalten, ohne daß eine Druckstelle oder Wundwerden der Achselhöhle auftrat.

Bei der Häufigkeit der Schlüsselbeinfrakturen — 15 % aller Brüche — dürfte Hebung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit durch die Behandlung im Chromlederstreckverbande zugunsten desselben ins Gewicht

fallen, bei einseitigen und noch mehr bei den seltenen doppelseitigen Schlüsselbeinbrüchen; würden doch in jedem Falle 2—3 Wochen gewonnen werden, welche für den Verletzten bei Beweglichkeit beider Arme nicht nur angenehmer als mit Binden- oder Tuchverbänden ablaufen, sondern unter Umständen auch nutzbringender.

---

1) **Ch. E. de M. Sajous.** The internal secretions and the principles of medicine. II. Bd. 1071 S. 55 Illustrationen.

Philadelphia, **F. A. Davis Company,** 1907.

Der zweite Teil des Werkes (vgl. Referat über den ersten Teil Zentralblatt für Chirurgie 1903 Nr. 34) enthält in seiner ersten Hälfte S.'s Ansichten über die funktionelle Bedeutung des Nebennieren- und Zirbeldrüsensystems. Die Ausführungen stehen in scharfem Gegensatz zu den bisher herrschenden Anschauungen. S. gründet seine Darlegungen zumeist auf das Studium und die Sammlung der bisherigen Veröffentlichungen experimenteller und klinischer Tatsachen und reiht an dieselben seine Spekulationen. So eilt er denn den heutigen Kenntnissen weit voraus.

Die zweite Hälfte des Werkes behandelt die Beeinflussung der inneren Sekretionen durch pharmakologische Agentien, ferner die Bedeutung und die Rolle, welche den inneren Sekretionen in der Pathologie und Therapie zukommt. Den Schluß des Werkes bildet eine kurze Lehre der Vergiftungen.

Kranepuhl (Kassel).

2) **Coenen.** Die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom Basalzellenkrebs.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 22.)

Der Vortrag Clairmont's auf dem Chirurgenkongreß 1907 (s. ds. Blatt 1907 p. 1399) gibt dem Verf. Veranlassung, obiges Thema näher zu besprechen. Krompecher und Borrmann haben zuerst die epitheliale Abstammung der früher als Hautendotheliome beschriebenen, besonders im Gesicht beobachteten Geschwulst bewiesen. Während sie Krompecher von den basalen Zellen des Rete Malpighi ableitet, führt Borrmann sie auf embryonal ins Corium versprengte Basalzellen zurück und schlägt für sie den Namen Coriumkarzinom vor. Beide Autoren erkennen der fötalen Gesichtsspaltenbildung eine ätiologische Rolle für ihre Entstehung zu. Jedenfalls gilt das nur für die schräge Gesichtsspalte, in deren Bereich diese Krebse häufig sind. In der Spalte zwischen äußerem und innerem Nasenfortsatz, deren Verschluß am häufigsten gestört ist (Hasenscharte), kommen sie nie zur Beobachtung. Gegenüber Krompecher und Borrmann hält C. an seiner Auffassung von der subepithelialen Entstehung dieser Geschwülste aus den Epithelzellen der Schweiß- und Talgdrüsen und der Haarbälge fest. Ihre Verbindung mit den Basalzellen der Deckschicht ist sekundär.

Gutzeit (Neidenburg).

3) **Haun.** Zur Narkose mit erwärmtem Chloroform.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Der von ihm allerdings erst in wenigen Fällen angewandten Narkose mit Chloroform, das in heißem Wasser erwärmt und warm gehalten wird, rühmt H. nach, daß die Betäubung rascher eintrete, leichter verlaufe, das Erwachen schneller geschehe, und üble Nachwirkungen ausbleiben. H. glaubt, daß das durch Erwärmen leichtere Chloroform zum großen Teil direkt in die Alveolen und dort rasch zur Resorption gelange, während das kalte, schwere Chloroformgas sich in der Hauptsache schon auf den Schleimhäuten der oberen Luftwege niederschlage und dort langsamer, auch noch nach beendeter Operation, resorbiert werde.

Kramer (Glogau).

4) **F. Winkler.** Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 6.)

W. berichtet über die von Leduc und Mann unternommenen Versuche, mit intermittierendem Gleichstrome von niedriger Spannung die Schmerzempfindung herabzusetzen. Er selbst hat mit einem von Reiniger, Gebbert und Schall konstruierten Apparat gearbeitet und Hyp- bis Anästhesie erzielt, das Juckgefühl unterdrückt, die Epilation schmerzlos gestaltet. (Details siehe Original.)

Jadassohn (Bern).

5) **F. Winkler.** Experimentelle Studien über den Einfluß der elektrostatischen Behandlung auf die Vasomotoren der Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 2.)

Durch mannigfache Versuche hat Verf. die vasokonstriktorische Wirkung der Franklinisation demonstriert (Menschen und Tiere; Stauungs-, arterielle Hyperämie usw.; Erytheme, Rosacea). Zur Vermeidung von Röntgenschädigungen (wenn eine Zerstörung pathologischen Gewebes nicht beabsichtigt wird) kann man mit Vorteil die Franklinisation benutzen. Ähnlich wirkt auch der »Morton'sche Funken«, während die »eigentliche Mortonisation« eine Hyperämie veranlaßt. Bei der Arsonvalisation entsteht bei stiller Entladung Vasokonstriktion, beim Arsonval'schen Funken Vasodilatation und Extravasat von Blut. Aus diesen experimentellen Erfahrungen zieht dann der Verf. seine Schlüsse für die Praxis.

Jadassohn (Bern).

6) **de Keating-Hart.** L'action des courants de haute frequence et de haute tension dans le traitement de cancers.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 31.)

Pozzi referiert in der Gesellschaft über dieses neue Verfahren, mit dem sein Entdecker bei sehr vorgeschrittenen, zum Teil inoperablen Karzinomen der verschiedensten Körperteile überraschende

Heilungsresultate erzielt hat. Pozzi hat das Verfahren auf seiner Abteilung an inoperablen Uteruskrebsen nachgeprüft und bestätigt, daß es blutstillend, analgesierend und auf das Geschwulstgewebe in elektiver Weise zerstörend einwirkt. Nach einer solchen elektrischen Sitzung kann man mit Löffel oder Messer die betroffenen Geschwulstmassen ganz ohne Blutung entfernen. Diese abwechslungsweise instrumentell vorgenommene Entfernung der nekrotisierten Geschwulstmassen ist ein integrierender Bestandteil der Methode.

Pozzi und seine Assistenten haben nach diesen Sitzungen die Erweichung harter Geschwulstmassen mit Sicherheit beobachtet. Knoten, die vorher für den Löffel zu hart gewesen waren, konnten nachher leicht entfernt werden.

Als Nachteil muß die zu jeder Sitzung nötige Narkose bezeichnet werden. Irgendwelche Störungen des Allgemeinbefindens (Atmung, Herz u. dgl.) waren niemals hervorgerufen worden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

7) **Riedel** (Jena). Über die Blinddarmentzündung der Kinder.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. No. 48.)

Während Erwachsene, durch das Auftreten intensiven Leibschmerzes auf die drohende Gefahr einer Appendixperforation aufmerksam gemacht, sich derselben durch sofortige Operation entziehen können, hängt das Wohl und Wehe der an Appendicitis erkrankenden Kinder von der Aufmerksamkeit und Einsicht der Eltern resp. des Pflegepersonals ab, so daß die Operation bei ihnen vielfach zu spät zugelassen wird und dann nicht mehr sie zu retten vermag. Das beweist auch R.'s einwandfreie Statistik, nach welcher von 310 Kindern 51 (16,4%, gegenüber 6,7% bei Erwachsenen) starben und auch noch in den letzten 1³/₄ Jahren von 130 Kindern 17 (= 13% gegenüber 2,9% Erwachsener), die durch die rechtzeitige Operation fast sämtlich am Leben hätten erhalten werden können, zugrunde gegangen sind. Allerdings ist diese traurige Erscheinung auch noch durch andere Gründe, als die oben erwähnten, verursacht, und die Diagnose ist bei Kindern schwerer zu stellen, als bei Erwachsenen, die Appendicitis der Kinder aus pathologisch-anatomischen Ursachen überhaupt viel gefährlicher, als die der Erwachsenen, und schließlich zeigen sich ganz kleine Kinder außerordentlich empfindlich gegen Infektion vom Wurmfortsatz aus. R. weist in ersterer Hinsicht u. a. darauf hin, daß auch eine zentrale Pneumonie, eine Angina mit Bauchschmerzen beginnen kann, daß bei kleinen Mädchen die Bauchhöhle von den Genitalien aus relativ häufig infiziert wird, und zeigt weiterhin, daß gerade bei Kindern vereiterte Kotsteine zu schwerstem Verlauf führen, auch die häufige Appendicitis granulosa bei ihnen erheblich größere Opfer fordert, als beim Erwachsenen. Wenn auch mal gelegentlich ein Kind mit Oxyuren oder anderen harmlosen Fremdkörpern oder mit einer einfachen Typhlitis zu viel operiert wird, so schadet dies nicht, während das Abwarten zahllose Kinder in schwerste Lebensgefahr

resp. ins Grab bringt. Auch bei Kindern muß es gelingen, die Mortalität durch frühzeitige Operation herabzusetzen; nur die werden trotz dieser dem Tode verfallen sein (1%), die ganz ohne Vorboten Perforation des Wurmfortsatzes bekommen. **Kramer** (Glogau).

---

8) **Hausmann.** Die Palpation des Wurmfortsatzes und ihre Bedeutung bei chronischer Appendicitis.

(**Russki Wratsch 1906. Nr. 27.** [**Russisch.**])

Dank der durch die Internisten und besonders Magen-Darmspezialisten angebahnten Fortschritte auf dem Gebiete der Tastung innerer Organe wird vielfach die Frage diskutiert, ob der normale und pathologische Wurmfortsatz tastbar sei. Im Gegensatze zu einer Reihe von Autoren, die der Frage ganz skeptisch gegenüberstehen, kann Verf. sie mit Entschiedenheit bejahen. H., der mehrfach auf dem Gebiete der Palpation gearbeitet hat (Berliner klin. Wochenschrift 1905 Nr. 7 — ebenda 1904 Nr. 44 — Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XIII Hft. 4) verlangt aber, daß, bevor man an das Aufsuchen des Wurmes geht, vorerst Blinddarm, Pars coecalis ilei, die vom Blinddarm ins kleine Becken zieht, und Colon transversum in ihrer Lage bestimmt werden müssen; denn alle diese Gebilde können, wenn sie spastisch kontrahiert sind, ein wurmförmiges Gebilde vortäuschen. In der vorhergehenden obligatorischen und methodischen Lagefeststellung dieser Gebilde liegt allein die Gewähr, daß ein schließlich noch zu tastender wurmförmiger Körper wirklich der Wurmfortsatz ist.

Weiter verlangt Verf. das Ausüben der Tiefenpalpation, bei der die Finger sachte und vorsichtig — immer das Exspirium benutzend, — bis an die hintere Bauchwand vordringen; dabei sollen sie aus der flachen Haltung immer mehr in die steile übergehen. In der Tiefe dürfen sie keinen senkrechten Druck auf die hintere Bauchwand ausüben, sondern führen streichend gleitende Bewegungen aus, wobei jedes Organ, das unter den Fingern durchgleitet, zur deutlichen Wahrnehmung kommt. Dabei verschieben sich die Finger nicht auf, sondern mit der Bauchhaut.

Am leichtesten läßt sich der Muskelbauch des Psoas tasten; wenn er sanft von oben nach unten mit den Fingern abgestrichen wird, tritt in den meisten Fällen der Wurm als quer über ihn hinweg verlaufendes Gebilde hervor. Er liegt über oder unter der Pars coecalis ilei, die, gleichfalls über den Psoas fortgehend, in das kleine Becken hinabzieht. Eine Verwechslung mit diesem ist nur möglich, wenn sie spastisch kontrahiert ist; sonst ist sie sofort an gurrenden Geräuschen und Volumwechsel zu erkennen.

Sehr reserviert verhält Verf. sich zur diagnostischen Verwertung des McBurney'schen Punktes, wie überhaupt zur Druckschmerzhaftigkeit der Ileocoecalgegend. Soweit die chronische Appendicitis in Frage kommt, kann nur das Tasten eines deutlich schmerzhaften wurmähn-

lichen Gebildes in der beschriebenen Weise die Diagnose sicherstellen; denn bei einer ganzen Reihe nicht Appendicitiskranker bestehen abdominale nervöse Druckpunkte, die örtlich nur zu oft dem McBurney-schen Punkt entsprechen.

Verf. betont mit Singer die Häufigkeit pseudoappendicitischer Prozesse, wendet sich aber entschieden gegen die Meinung Singer's, daß von der Tastung nichts zu erwarten sei. Die von Treves befürchtete Verwechslung mit kontrahierten Muskeln hält Verf. nach seinem Verfahren für ausgeschlossen. Auch die Meinung Albu's, daß der Wurm vom spastisch kontrahierten Blinddarm nicht zu unterscheiden sei, wird entschieden zurückgewiesen. Letzteres muß eben zuerst festgestellt werden, und findet sich in der Ileocoecalgegend lediglich ein wurmähnliches Gebilde, so ist es nicht der Wurm.

Endlich bringt Verf. zwei Krankengeschichten, wo die Diagnose Appendicitis larvata nur durch die Tastung gestellt und der Situs des Wurmes durch die sofort vorgenommene Operation genau bei stätigt wurde.

Wenn die Arbeit auch nicht wesentlich Neues bringt, so ist sie in jedem Fall ein Hinweis, daß bei systematischer Übung, für die H. sehr brauchbare Fingerzeige gibt, die Tastung zu hoher Vollendung gebracht werden kann. **Oettingen** (Berlin).

---

9) **Vignard, Cavaillon et Chabanon.** Les formes postérieures de l'appendicite. 143 S.

(Bibliothèque de »La province medicale«. Paris, **A. Poinat,** 1907.)

Vignard: Les suppurations rétro-caecales et rétro-coliques intra-péritonéales d'origine appendiculaire.

Retrocoecale bzw. retrokolische intraperitoneale Eiterungen hat V. unter 56 Fällen von Blinddarmentzündung 9mal gesehen. In 8 weiteren Fällen hat er lumbare Gegeninzisionen anlegen müssen, ohne daß er eine intraperitoneale Erkrankung nachweisen konnte. V. unterscheidet fünf Lagen des Wurms, die subileale als die häufigste, die Beckenlage bei größerer Länge des Wurms oder tieferer Lage des Blinddarms, die innere oder äußere laterocoecale Lage, die retrocoecale und als seltenste die präcoecale oder präileale Lage. Die Lage des Wurmfortsatzes hinter Blind- und Dickdarm scheint bei Kindern häufiger zu sein als bei Erwachsenen. Nach Mariau tritt der entzündete Wurmfortsatz leicht hinter den Blinddarm, der in geblähtem Zustande sich tiefer senkt.

Die meisten subperitonealen appendicitischen Abszesse sind im Anfang intraperitoneale. Primär entstandene subperitoneale Entzündungen verursachen mehr Phlegmonen in der Fossa iliaca, dem M. psoas und besonders iliacus. Andererseits können selbst bei vorderem Sitze des Wurms durch Infektion auf dem Wege der Lymphgefäße sich Eiterungen unter Dickdarm, Leber und Mesenterium entwickeln. Allgemeine Peritonitis entsteht bei retrocoecalem Sitz des Wurms in der Regel langsamer als bei vorderem Sitz.

Der gewöhnliche Verlauf ist der, daß nach einem Beginne wie bei gewöhnlicher Appendicitis sich zunächst die stürmischen Erscheinungen legen. Am 5.—7. Tage zeigen sich Schmerzen und Fieber wieder, oft auf die erste genommene Nahrung oder ein Abführmittel hin. Bei tiefem Eindrücken fühlt man eine Resistenz und löst Schmerz aus. Dem Puls mißt Verf., besonders bei Kindern, weniger diagnostische Bedeutung bei, weil er den Puls nach Operation im Intervall bei Kindern eine Woche lang bis zu 140 gefunden hat. Das Wichtigste bleibt eine genaue Abtastung des Bauches, besonders der Fossa iliaca und der Lendengegend, ferner rektale Untersuchung und solche der Beweglichkeit des Beines. V. bespricht unter Zugrundelegung von Krankengeschichten die akute Form mit allgemeiner Peritonitis, die septische Form, die akute mit Abszeßbildung, ferner die subakuten Formen.

Wenn man bei der Operation zunächst nichts findet, rät V., den Blinddarm an seiner lateralen Seite abzulösen; dann trifft man auf den Eiter. Lumbare Drainage ist oft nötig und empfehlenswert. Bei Schwierigkeiten gelegentlich der Intervalloperation wird die subseröse Ausschälung des Wurms oft vorteilhaft sein.

P. Cavaillon et M. A. Chabanon. Les suppurations rétropéritonéales d'origine appendiculaire.

Zugrunde gelegt ist eine Beobachtung von Bérard. Ein junger Mann starb an retrokolischer Eiterung nach gut verlaufener Appendektomie.

Blinddarm und Wurmfortsatz hängen einmal mit dem submesenterialen Zellgewebe, das nach der Aorta führt, zusammen, andererseits mit dem subperitonealen parietalen Zellgewebe. Ersteres ist mehr bei Kindern, letzteres mehr bei Erwachsenen der Fall. Es kann der Blinddarm hierbei entweder an die hintere Bauchwand angelötet sein oder ein Gekröse besitzen. Der hintere retroperitoneale Raum reicht oben bis unter das Zwerchfell, und zwar bis zum vorderen Zwerchfellansatz. Eine weitere Verbindung mit dem Zellgewebe stellen die Venen und die Lymphgefäße dar. Letztere führen einmal in Begleitung der Blutgefäße zur Leberpforte, dann ziehen sie hinter dem Dickdarm bis zum Leberwinkel, schließlich kommunizieren sie mit retro- und intraperitonealen Systemen. Alle diese, nebst den Drüsen, können erkranken. Die extraperitonealen Erkrankungen bei Appendicitis können demnach Zellgewebseiterungen sein oder Lymphgefäß- und Lymphdrüsenentzündungen oder Thrombophlebitiden. Auf die erstere Art kommen die Abszesse neben den Nieren, unter dem Zwerchfell u. dgl. zustande. Perforation des Zwerchfells kommt häufiger bei diesen subperitonealen als bei den subphrenischen intraperitonealen Abszessen vor.

Die Lage des Wurmfortsatzes bedingt nicht allein die retrocoecale Lagerung des Eiters, vielmehr sprechen auch andere Momente mit, die Lage der Perforation, Natur der Infektion und Beschaffenheit des Bauchfells.

Verf. bespricht die Diagnose der subperitonealen Phlegmone, der Lymphangitiden und Adenitiden und der Thrombophlebitiden. Die Röntgenuntersuchung kann Aufschlüsse geben, wenn das Zwerchfell schon durch den Abszeß in die Höhe gedrängt ist.

Die subperitoneale Phlegmone ist nicht die schwerste der retroperitonealen appendicitischen Erkrankungen; sie hat nach Verf.s Zahlen eine Mortalität von 65% gegen 75% Sterblichkeit bei Drüsenerkrankungen und 100% bei infektiösen Erkrankungen der Venen. Zur operativen Behandlung empfiehlt sich das Vorgehen von der Lendengegend aus. Bei Verlängerung dieser Schnitte nach vorn kann man an die Abszeßeröffnung auch die Appendektomie anschließen. Auch bei Drüsenvereiterungen kann man gut von hinten her vorgehen, falls man die Diagnose hat vorher stellen können. **E. Moser** (Zittau).

---

10) **Roux.** Après l'appendicite opérée »à froid«.

(Communication à la société vaudoise de médecine le 14 janvier 1905. Lausanne.)

R. stellt Betrachtungen an über die nach der Operation zurückbleibenden Beschwerden. Großenteils werden diese durch Verwachsungen verursacht, die in der Regel bei jedem neuen Anfall ausgedehnter werden. Um keine neuen Verwachsungen zu setzen, empfiehlt sich die Verwendung möglichst kleiner Bauchschnitte. Zur Lösung der Verwachsungen eignet sich jede Art Sport und körperlicher Bewegung.

Zu berücksichtigen ist stets, daß die Appendektomie nur die lebenbedrohende Wurmfortsatzentzündung verhindert. Gegen die ursächliche Verstopfung ist sie kein Mittel. Tiefstehender Blinddarm, Senkung von Leber und Niere, ebenso wie Adnexerkrankungen werden auch nach der Wurmentfernung Beschwerden unterhalten.

Zur Bekämpfung der Verstopfung empfiehlt R. statt Abführmittel und Einläufe lieber Belladonnapräparate und mäßigen Tabaksgenuß, z. B. eine Zigarette nach dem Frühstück.

In der Operation schon nach dem ersten Anfall ist das sicherste Mittel zu sehen, der von Tavel beschriebenen Perikolitis vorzubeugen. Der McBurney'sche Punkt entspricht durchaus nicht der Lage des Wurmes. Am McBurney'schen Punkt wird man nach R. fast stets einen Druckschmerz hervorrufen können. Man fühlt dort, scheinbar oder wirklich verdickt, die Innenseite des Gekröses am Kolon oder den inneren Rand des Blinddarmes oder den Wurm. Dort befindliche Lymphdrüsen können Schmerz hervorrufen. Man kann unmöglich jeden Menschen mit schmerzhaftem McBurney'schen Punkt der Operation unterwerfen. **E. Moser** (Zittau).

---

11) **W. Braun** und **H. Seidel.** Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur Frage der akuten Magenerweiterung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Über die Entstehung der akuten Magenerweiterung, die besonders nach Laparotomie nicht selten auftritt, sind die Meinungen ge-

teilt. Drei Arten Entstehung werden angenommen: 1) Abklemmung der Cardia durch Klappenbildung am Eintritt des Ösophagus in den Magen. 2) Verletzung des Duodenum durch Herabsinken des Dünndarmes ins kleine Becken und dadurch bedingten Zug an dem über das Duodenum hinlaufenden Mesenterium: der arterio-mesenteriale Verschluß. 3) Durch zentrale, nervöse Einflüsse. Sowohl Leichenversuche, als Experimente an lebenden Hunden, sowie die kritische Betrachtung eigener und der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen an Menschen führen die Verff. zu dem Resultat, daß nicht mechanische, sondern rein funktionelle Störungen des Magens die Hauptrolle bei der Entstehung der akuten Magendehnung spielen; teils sind das Störungen der Mageninnervation zentraler, peripherer oder reflektorischer Natur, teils Schädigungen der Muskulatur selbst. Die Annahme von Innervationsstörungen erklärt die akute Dehnung nach Narkosen, Laparotomien, Bruch- und anderen Traumen, Rückenmarksschädigungen, bei Bauchfellentzündungen, Infektions-, konstitutionellen und anderweitigen Krankheiten. Die direkte Schädigung der Muskelfasern ist durch mechanische, entzündliche und toxische Schädigung derselben möglich infolge primärer Schwäche, Überdehnung, durch Peritonitis, Bakterientoxine, Gärungsvorgänge usw. Infolge der auf die eine oder die andere Weise gestörten Beweglichkeit des Magens stauen sich die eingeführten Massen und das sich ansammelnde Sekret der Magenschleimhaut auf, Zersetzungsvorgänge treten hinzu, der Magen wird akut gedehnt.

Die Tierexperimente wurden in der Weise vorgenommen, daß Hunden eine Magenfistel angelegt wurde. Als Maßstab für den Einfluß, den die Versuche auf den Entleerungsmechanismus des Magens hatten, galt die größere oder geringere Leichtigkeit, mit der die Tiere auf verschiedene Reize (Lufteinblasung in den Magen durch die Fistel, Tartarus stibiatus als peripher und Apomorphium muriaticum als zentral wirkendes Brechmittel) erbrachen. Es ergab sich, daß sowohl die Narkose, als Durchschneidung der Vagi, der Splanchnici, des Sympathicus und der obersten Partien des Rückenmarkes dem Magen die Möglichkeit, sich durch Erbrechen zu entleeren, nahmen.

Zum Schluß schildern die Verff. das Krankheitsbild und den Verlauf der akuten Magendilatation beim Menschen. Ausheberung des Magens ist das wichtigste anzuwendende Mittel dagegen, während Operationen, Gastroenterostomie oder Jejunostomie, nur sehr selten in Frage kommen dürften. **Haeckel** (Stettin).

---

12) **A. Brechot.** Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 1—3.)

Wer in den letzten Jahren die Lobeserhebungen, die zumal außerhalb Deutschlands der Gastroenterostomie gesungen wurden, gehört und gelesen, konnte sich wohl kaum dem Gefühle verschließen, daß

hier die Kritik einmal einsetzen müßte. Dies besorgt die B.'sche Arbeit mit lobenswerter Offenheit, und es sei deshalb die Arbeit der besonderen Beachtung in dieser Hinsicht empfohlen. Auf Grund der neuesten Forschungsergebnisse der Verdauungsphysiologie, besonders von Pawlow, Franck und Hallion, Serdjukow und anderen, die die ungeheuer wichtige Rolle des Duodenum für die Produktion der verschiedenen Enzyme, Trypsin, Lipose, Enterokinase, sowie die rechtzeitige Auslösung des Pylorusreflexes usw. kennen lehrten, kommt B. zu dem Schluß, daß die Gastroenterostomie eine der Physiologie zuwiderlaufende Operation sei. Dem entsprächen auch die häufigen Mißerfolge; bei vielen sogenannten Heilungen sei es höchst wahrscheinlich, daß die Verdauung ihren alten Weg durch den Pylorus wieder gefunden habe nach Obliteration der Magen-Darmfistel. Auf die Gefahr der peptischen Geschwüre wurde schon früher hingewiesen. Die heilende Wirkung des Eingriffes auf die Magengeschwüre selbst sei höchst problematisch: Rezidive, Blutungen, Perforationen trotz Gastroenterostomie seien häufig, und die Hyperazidität bleibe ja doch erhalten; hingegen werde durch die Pylorektomie gerade der Teil der Magenschleimhaut beseitigt, der am meisten Säure produziere, wie überhaupt bei gutartigen Stenosen dieser Operation als der allein physiologischen der Vorzug gebühre. Könne man auch noch keine große Statistik ins Feld führen — B. stützt sich auf die neuesten Erfolge von Ricard, Garrè, Terrier, Lambotte — so seien doch diese ganz bemerkenswert; und veranschlage man die Gastroenterostomie mit 5—10% Mortalität, wobei die späteren Schicksale der Operierten gar nicht mit sprächen, so dürfe man diese gar nicht als so harmlos hinstellen.

Ob solche Erwägungen die Indikation zur Pylorektomie ohne weiteres zu erweitern drängen, muß abgewartet werden; aber zu hoffen ist, daß sie einem schematischen Gastroenterostomieren eine feste Grenze setzen.

Christel (Metz).

---

13) **R. Leriche.** Les résultats éloignés de la résection de l'estomac pour cancer.

(Revue de méd. 1907. Nr. 2.)

L. wendet sich gegen die ungünstige Beurteilung der Dauererfolge der Magenkrebsoperationen. Er sieht als Heilung ein Überleben von 3 Jahren nach der Operation an und stellt aus der Literatur 94 derartige Fälle zusammen mit Rezidivfreiheit zu Beginn des 3. Jahres. Unter diesen sind allerdings noch fünf spätere Rezidive vorgekommen, bis in das 5. Jahr hinein. Es bleiben 89 Fälle mit einer Heilungsdauer von 5—16 Jahren. Die Heilungen erstrecken sich nicht nur auf Krebse, die am Pylorus sitzen, sondern ebenso auf solche an beliebiger Magenstelle, sogar einmal an der Cardia (Peugniez). Auch die in histologischer Hinsicht verschiedenen Formen kommen dabei gleichmäßig in Betracht.

Die Dauerheilungen dürften zurzeit etwa 20% ausmachen.

Die so Geheilten sind vollständig arbeitsfähig und ohne Beschwerden. Nur der Mechanismus hinsichtlich der Säureverhältnisse bleibt meist verändert; auch kann sich nach jeder Operationsmethode Galle im Magen vorfinden. Die motorische Tätigkeit ist gewöhnlich eine zufriedenstelle; oft scheint sich der Magen sogar schneller zu entleeren.

Es ist deshalb zu betonen, daß jeder Magenkrebs, nicht nur der am Pylorus sitzende, operiert werden soll, solange es möglich ist. Von der Probelaparotomie sollte deshalb mehr Gebrauch gemacht werden, besonders bei Leuten im Alter von 50 Jahren, die bis dahin gesund waren. **E. Moser** (Zittau).

---

14) **Tesson.** Sur la gastro-entérostomie dans les affections dites bénignes de l'estomac.

(Arch. méd. d'Angers 1907. Juli 3.).

T. unterzieht die Dauerresultate der Gastroenterostomie bei gutartigen Magenerkrankungen einer Nachprüfung und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Gastroenterostomie ist oft von ungenügender Wirkung, beeinflußt den Chemismus bei Hyperazidität nicht, und beim Magengeschwür können Blutungen und Perforation trotz ihrer eintreten; sie fördert bei Hyperazidität die Bildung eines peptischen Geschwürs des Duodenums. Bei der Pylorusstenose bringt sie die physiologischen Bedingungen der Digestion in Verwirrung, indem sie das Duodenum ausschaltet. Die Operation sollte also auch bei den gutartigen Magenerkrankungen immer nur als Notbehelf angesehen werden, auch beim Magengeschwür sollte die Resektion möglichst an ihre Stelle treten; ist letztere nicht ausführbar, so hat die Gastro-Duodenostomie den Vorzug, das Duodenum nicht auszuschalten. Die Gastroenterostomie ist anzuwenden, wenn nach einer Magenresektion die direkte Wiederherstellung der Kontinuität unmöglich ist. **Mohr** (Bielefeld).

---

15) **Vachez.** Histoire clinique et traitement de l'ulcère peptique du jéjunum.

(Ann. internat. de chirurgie gastro-intestinale 1907. Nr. 4.)

Die Entwicklung eines peptischen Geschwüres im Jejunum nach Gastroenterostomie ist keine seltene Erscheinung. Man hat bisher 36 Fälle beobachtet. Die Gastroenterostomie ist immer wegen einer gutartigen Affektion angelegt worden. Die Art der Operation scheint ohne Einfluß auf die Entstehung des Geschwüres zu sein; allerdings gewährt wohl die Y-förmige, hintere Gestroenterostomie nach Roux die größten Vorteile, weil sie die Stagnation in einer Dünndarmschlinge wirksam vermeidet. Den Sitz des Geschwüres, das öfter bei Männern als bei Frauen vorkommt, findet man meist im absteigenden Arm des Jejunum, manchmal im Niveau der Anastomose, ganz selten im aufsteigenden Arm.

V. unterscheidet zwei Geschwürsformen: 1) scheinbare Heilung, plötzlich Perforation ohne Vorerscheinungen; 2) wechselnde Beschwerden, Bildung von Verklebungen mit Infiltration der Bauchwand, bisweilen Perforation in das Colon transversum. Die Diagnose ist im allgemeinen leicht zu stellen. Die Behandlung soll stets eine chirurgische sein und besteht in einfacher Übernähung, besser noch in Resektion des geschwürigen Darmteiles und Anlegung einer neuen Gastroenteroanastomose. Bei Peritonitis verfährt man nach den allgemeinen Regeln. Die chirurgische Behandlung ist nur ein Notbehelf; sehr wichtig ist es, die Bildung eines Geschwüres durch geeignete Prophylaxe (Diät, Alkalien) überhaupt zu verhindern.

Glimm (Magdeburg).

---

16) **Beer** and **Eggers**. Are the intestines able to propel their contents in an antiperistaltic direction?

(Annals of surgery 1907. Oktober).

Die Verff. machten Tierversuche, um festzustellen, ob antiperistaltische Bewegungen in Darmschlingen vorkommen. Zu diesem Zweck schnitten sie 14 Zoll lange Darmstücke des Dünn- oder Dickdarmes aus und nähten sie in umgekehrter Richtung wieder an die durchschnittenen Darmenden an. Die Tiere wurden nach einiger Zeit laparotomiert und nun deutliche antiperistaltische Bewegungen, d. h. in der zum Forttreiben des Darminhaltes notwendigen Richtung beobachtet.

Versuche, in denen das ganze Ileum umgedreht eingenäht war, führten jedoch zum schnellen Tode, während 14 Zoll lange Umkehrung des Darmes vertragen wurde. Sowohl der eingenähte umgekehrte Darmteil, als auch der darüber liegende Darm waren bei den am Leben gebliebenen Tieren (mit 14 Zoll langer Umkehrung) dilatiert.

Verff. glauben, daß das Koterbrechen Hysterischer auf antiperistaltische Darmbewegung zurückzuführen sei, während das Koterbrechen bei Ileus nicht durch Antiperistaltik, sondern durch die Bauchpresse bewirkt werde. **Herhold** (Brandenburg).

---

17) **Manry**. Is death in high intestinal obstruction due to the absorption of bile?

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Verf. beschäftigt sich mit der Frage, woher der schnelle mit tetanischen Erscheinungen einhergehende Tod bei hohem Darmverschluß kommt. Er suchte diese Frage durch Tierexperimente zu lösen, indem er unterhalb der Einmündungstelle des Gallen- und Bauchspeichelganges im Duodenum einen Verschluß herstellte und zu gleicher Zeit teils offene, teils geschlossene Gastroenterostomien (vermittels Fadens) anlegte.

Diese Versuche müssen im Original nachgelesen werden, da sie sich für ein kurzes Referat nicht eignen. M. kommt zu folgenden Schlüssen: Ein Verschluß des Dünndarmes, der weniger als 35 cm

von der Einmündungsstelle des Gallen- und Bauchspeicheldrüsenganges entfernt liegt, führt verhältnismäßig schnell zum Tode unter tetanischen Erscheinungen. Es beruht dieses auf einer toxischen Wirkung der gestauten Galle. Weiter abwärts im Darme scheinen diese toxischen Stoffe der Galle unschädlich gemacht zu werden. Die Galle ist überhaupt die direkte Ursache für den Tod bei gewissen Formen hohen Darmverschlusses. **Herhold** (Brandenburg).

18) **H. Wildenrath.** Über 118 mit Murphyknopf behandelte Fälle von Operationen an Magen und Darm aus den Jahren 1899—1906.

Inaug.-Diss., Kiel 1906.

Auf 118 Fälle von Verwendung des Murphyknopfes aus der Helferich'schen Klinik kommen 31 Todesfälle, was einer Mortalität von 26,27% entspricht. Unter diesen 118 Fällen waren 108 Gastroenterostomien, und zwar 97 hintere retrokolische, 10 vordere retrokolische und nur 1 vordere antekolische. Eine funktionsfähige Magen-Darmanastomose erhielten 91 Kranke; nur 1 starb an Insuffizienz der Knopfanastomose. Für die Gastroenterostomose stellt sich die Sterblichkeit auf 15,7%.

Zum Einlegen des Knopfes in den Darm wird stets ein Längsschnitt angelegt. Nach Befestigung des Knopfes durch die Umschnürungsnaht wird die Lichtung des zuführenden Endes durch einige Serosaknopfnähte etwas verengt und damit gleichzeitig das abführende Ende etwas steiler eingestellt. Am Magen wird der Schnitt quer angelegt, um unnötige Blutung zu vermeiden. Nach Vereinigung der Knopfhälften werden dann noch die Serosafältchen des zuführenden Darmteiles an den Magen durch Knopfnähte befestigt. Der Mesokolonschlitz wird an den Magen angeheftet.

Spätere Stenosierung der Anastomose ist nie beobachtet worden. Der Knopf ging meist zwischen dem 12. und 20. Tage ab. Einmal wurde er noch 2 Jahre nach der Operation an der Anastomosenstelle mittels Röntgenaufnahme nachgewiesen.

Während für die Operationen am Magen die Erfolge beim Gebrauche des Knopfes gute sind, gestalten sich die Verhältnisse beim Darm ungünstiger. Bei Dünndarmresektionen sollte der Knopf deshalb nur angewendet werden, wenn es sich um einen wenig oder gar nicht geschädigten Darm handelt. Bei Magenoperationen wird der Knopf dagegen für bösartige Stenosen der erheblichen Zeitersparnis wegen am Platze sein. **E. Moser** (Zittau).

19) **Bogoljuboff.** Über Unterbindung des Darmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2.)

Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Unterbindung des Darmes bei Tieren durch Ligatur in vielen Fällen nicht zu Ileuserscheinungen führt, sondern daß sich der Weg völlig wieder herstellt. Verf. fand

dies auch in eigenen Versuchen bestätigt, die er vornehmlich am Dünndarme bei Hunden und anderen Tieren vornahm. Auch wenn eine Enteroanastomose angelegt und die Unterbindung am ausgeschalteten Darmstück vollzogen wurde, war nach einer gewissen Zeit an der Unterbindungsstelle die Darmlichtung wieder hergestellt. Dies findet in der Weise statt, daß eine Nekrotisierung der umschnürten Partie erfolgt, währenddem sich über dem Faden Verklebungen bilden und die durchschnittenen Darmpartien nach und nach miteinander verwachsen. Bei diesem Verwachsungsprozeß und bei der Abstoßung des Fadens in den Darm handelt es sich wahrscheinlich nicht nur um einen mechanischen, sondern um einen biologischen Prozeß, wie er der Fähigkeit des Organismus entspricht, sich nutzloser Fremdkörper zu erwehren resp. zu entledigen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

20) **McDill.** Dysenteric abscess of the liver in the Philippine islands.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 6.)

Verf., Chirurg in Manila, hat die Beobachtung gemacht, daß 90% aller Leberabszesse bei weißen, nur 10% bei Angehörigen anderer Rassen vorkommen. Die Chinesen bleiben so gut wie frei davon, wahrscheinlich, weil sie nur Tee trinken und gekochte Speisen genießen. Besonders gefährdet sind Alkoholiker.

Ein einziger Abszeß wird etwa in 60% aller Fälle gefunden, die multiplen kommen bis zu Hunderten in einer Leber vor. In 95% aller Fälle ist der rechte Leberlappen betroffen, besonders dessen oberster Abschnitt.

Wird nicht eingegriffen, dann sterben die Kranken entweder an Sepsis infolge Mischinfektion oder an Perforationsperitonitis. Bisweilen kommt es zur Naturheilung durch Einbruch des Abszesses in Pleura, Lunge, Magen oder Darm.

Fieber besteht meistens, aber meist nur in geringem Grad; auch gibts ganz afebril verlaufende Fälle. Schmerz in der Lebergegend ist häufig, besonders häufig und charakteristisch ist aber der Schulterschmerz, meistens unter dem rechten Schlüsselbein lokalisiert.

Großen Wert legt Verf. auf die regelmäßig nachmittags vorgenommene Leukocytenzählung. Beträgt die Ziffer regelmäßig 15000 bis 20000, so ist Eiter als sehr wahrscheinlich anzunehmen. Dabei ist zu beachten, daß Darmirrigationen und abführende salinische Mittel die Leukocytenzahl stark herabsetzen. Die Leber ist leicht zu tasten, Fluktuation aber nie zu fühlen. Trockener Husten zeigt drohende Perforation nach der Lunge an. Auch beobachtet man — und zwar nur bei Komplikation der Dysenterie durch Leberabszeß — schwere Darmblutungen.

Punktion durch die Bauchdecken hindurch ist wegen der damit verbundenen Gefahr nur dann gestattet, wenn alles zur Operation bereit ist; besser ist es, durch Laparotomie, oder noch besser auf

transpleuralem Wege die Leber freizulegen, gegen die Umgebung durch Kompressen abzugrenzen und nun die Lage des Abszesses durch Tastung und Punktion festzustellen. Gelingt das beim ersten Versuche noch nicht, dann wiederholt man ihn nach einigen Tagen.

Frühzeitige Diagnose der Amöbendysenterie und sofortiges energisches Einsetzen der Therapie kann die Entstehung von Leberabzessen meist ganz verhüten.

Frühzeitige Operation des Leberabszesses führt in 90% aller Fälle zur Heilung. **W. v. Brunn** (Rostock).

21) **R. François.** Étude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque. 158 S.

Thèse de Paris, 1906.

Die Arbeit ist eine ausführliche Besprechung der Klinik der Choledochussteine unter besonderer Berücksichtigung der Fälle Hatrmann's.

Ikterus ist in diesen Fällen stets beobachtet worden. Häufig wiederkehrender, mit Schmerzanfällen und Fieber einhergehender Ikterus kann als charakteristisch für Choledochusstein angesehen werden. Zur Untersuchung des Harns auf Gallenfarbstoff empfiehlt F. die Methode von Haycraft als die für kleine Mengen empfindlichste. Setzt man Schwefelblüte zu frischem Harn zu, so schwimmt diese bei Abwesenheit von Gallenfarbstoff oben im Reagensglase; bei Anwesenheit von Gallenfarbstoff senkt sie sich langsam.

F. findet das von Courvoisier und Terrier aufgestellte Gesetz bestätigt, wonach bei Steinverschluß des Choledochus die Gallenblase in der Regel klein und retrahiert ist, bei anderweitigem Verschluß dagegen ausgedehnt und voluminös. — Das so gewöhnliche Symptom des Schmerzes fehlte völlig in einem Falle Hartmann's; der Ikterus begann hier lediglich mit Schwächegefühl und Schlafsucht. Trotzdem konnte auf Grund des periodisch wiederkehrenden Ikterus die Diagnose auf Stein gestellt werden.

Als sicherstes Merkmal für Steinerkrankung muß die Angabe von voraufgegangenen Leberkoliken ohne Ikterus angesehen werden; denn Koliken mit gleichzeitigem Ikterus können auch durch Karzinom bedingt sein. Die Diagnose auf gleichzeitige chronische Pankreatitis ist schwer. Der nach Desjardins (Zentralblatt für Chirurgie 1905, Nr. 19, p. 523) für Pankreaserkrankungen typische Schmerzpunkt (6 cm vom Nabel in der Nabelachsellinie) kann nicht als sicher angesehen werden. Er kann mit dem Vautrin'schen Choledochuspunkt zusammenfallen. Auch die Untersuchungen des Harns auf Glyzerin nach Cammidge können nicht mit Sicherheit eine Pankreaserkrankung beweisen.

F. bespricht weiter die Technik der Operation. Die Kehr'sche Schnittführung zur Laparotomie ist von den meisten französischen Chirurgen angenommen. Die Duodenotomie zur Untersuchung des duodenalen Choledochusendes verwirft F., glaubt vielmehr immer mit

der Sondierung auskommen zu können. Die retroduodenale Choledochotomie zieht er dem transduodenalen Wege vor. Letzteren scheut er besonders wegen der Gefahr der Duodenalfistel. Die Hepaticusdrainage will er prinzipiell stets angewendet wissen, selbst dann, wenn Steine nur in der Blase angetroffen werden. Hartmann hat 15mal die Choledochotomie ausgeführt mit 3 Todesfällen. Rezidive hat er nicht gehabt.

Von einer energischen Ölkur, je 125 g 3 Tage hintereinander, neben kalten Einläufen und nachher Rizinus wurde in drei Fällen guter Erfolg gesehen, so daß die Operation dadurch vermieden schien.

E. Moser (Zittau).

Kleinere Mitteilungen.

Aus dem Distriktsspital in Kempten.

Physikalisches über Seide, Zelluloidzwirn und Ramiezwirn.

Von

Dr. Max Madlener.

Ich habe die Zugfestigkeit einiger chirurgischer Faden mit dem Dynamometer gemessen und dabei folgende Ergebnisse erhalten:

Turner's Seide (geflochtene) unpräpariert Nr. I reißt bei durchschnittlich 3400 g Belastung.

Zelluloidzwirn Nr. I, der ungefähr dieselbe Dicke hat wie Turner's Seide I, reißt bei 4500 g Belastung.

Ramiezwirn[1] Nr. 0, der etwas dünner ist wie Turner's Seide I, reißt bei 4500 g, Ramiezwirn I, wenig dicker wie Seide I, bei *5400* g Belastung.

Diese Zahlen sind Durchschnittszahlen, gewonnen am trockenen Faden.

Über die Schwankungen der Festigkeit des einzelnen Fadens erfährt man genaueres, wenn man die Serien betrachtet, aus denen die Durchschnittszahlen gewonnen sind. Die größte Gleichmäßigkeit zeigt die Seide. Keine Maschine, keine menschliche Manipulation vermag einen so gleichmäßigen und feinen Faden zu spinnen, wie dies von der Seidenraupe geschieht. Der Seidenfaden zeigt weniger Unregelmäßigkeiten, Verdickungen und Einschnürungen, als die aus pflanzlichen Fasern gesponnenen Leinenfaden und Ramiefaden.

Die Schwankungen in der Festigkeit betragen bei Seide etwas über $^1/_{10}$ (0,13), beim Ramiezwirn $^1/_4$, beim Zelluloidzwirn $^1/_2$ der Durchschnittsfestigkeit oder Ramiezwirn ist 2mal, Seide 4mal gleichmäßiger in bezug auf Festigkeit als Zelluloidzwirn.

Die Veränderung der Zugfestigkeit durch Imbibition der Fäden mit Wasser oder wäßriger Lösung ist ebenfalls von Belang, da viele Operateure die Fäden aus Lösungen entnehmen, und da versenkte, nicht mit wasserunlöslichen Stoffen imprägnierte Fäden sich in der Wunde mit Flüssigkeit imbibieren. Seide verliert, naß gemacht, $^1/_{10}$ ihrer Festigkeit, der nicht imbibierbare Zelluloidzwirn bleibt gleich, Ramiezwirn gewinnt mehr als $^1/_3$ seiner Zugfestigkeit.

[1] Der von mir zu chirurgischen Zwecken in Nr. 50 der Münchener med. Wochenschrift 1907 empfohlene Zwirn wird von Stiefenhofer, München, Karlsplatz 6, als Sublimatramiezwirn hergestellt. Der jetzt etwas verbesserte Faden ergibt eine höhere Zugfestigkeit, als damals kurz angegeben.

Auskochen von 15 Minuten Dauer in Wasser oder wäßriger Sublimatlösung, Sterilisieren in trockener Hitze von 150° 2 Stunden lang tut der Festigkeit weder der Seide, noch der Ramie, noch des Zelluloidzwirns merkbaren Eintrag, ebenso nicht die Entfettung des Seiden- und Ramiefadens mit Äther und Alkohol.

Was die Dehnbarkeit anlangt, so ist Seide viel dehnbarer als die beiden anderen Fäden. Ramiezwirn, Zelluloidzwirn, Seide verhalten sich wie 1:2:5. Mit der nämlichen Kraft wird Ramiezwirn und Zelluloidzwirn fester geknotet als Seide.

Diese physikalischen Ergebnisse veranlassen vielleicht den einen oder anderen Operateur, sich des Ramiezwirns zu bedienen, dessen Brauchbarkeit unsere klinische Erfahrung an 180 Operationen erwiesen hat. Wir machen mit Sublimatramiezwirn, wie Kocher mit Seide, alle Unterbindungen und Nähte bei aseptischen Operationen unter Verwendung der feinen Nummern, was bei der großen Zugfestigkeit des Ramie gut möglich ist. Nur bei Wunden, deren Nähte sehr schwer zu entfernen sind, wie bei den scheidenverengenden Operationen weiblicher Genitalprolapse, nehmen wir Catgut. Unter den 185 Operationen sind viele, bei denen mehr oder weniger Material versenkt liegen blieb (10 Kropfoperationen, 52 Bruchoperationen, 55 Laparotomien). Unsere Erfahrungen sind mindestens ebenso günstig wie bei dem früher verwendeten Fadenmaterial. Zudem ist Ramiezwirn viel billiger als Seide.

---

22) **O. Orth.** Sarkom und Trauma.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Zwei Fälle von Sarkomentwicklung nach Trauma, bei dem ersten Pat. 1 Jahr nach diesem im Hoden (Angiosarkom), bei dem zweiten nach gewaltsamer Zahnextraktion als Riesenzellensarkom im Unterkiefer. **Kramer** (Glogau).

23) **H. Jakobsthal.** Zur Histologie der spontanen Heilung des Hautkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt ein ringförmiges Cutiscancroid, bei dem der mikroskopische Befund eine spontane zentrale Ausheilung ergab, während in der Peripherie voll entwickelte Krebsalveolen zu finden waren. Die Präparate zeigten einen Untergang der Epithelzellen durch Atrophie bei gleichzeitiger starker Bindegewebsentwicklung, ähnlich wie man es bei einem Scirrhus sieht. Wahrscheinlich bestand eine geringe Wachstumsenergie der Geschwulstzellen, so daß das Bindegewebe Zeit hatte, diese Elemente einzukapseln. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

24) **C. Ritter.** Zur Behandlung inoperabler Tumoren mit künstlicher Hyperämie. (Aus der kgl. chir. Klinik zu Greifswald.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Während R. bei seinen früheren Versuchen an bereits sehr heruntergekommenen kachektischen Personen keine großen therapeutischen Erfolge mit der künstlichen Hyperämie erzielen konnte, immerhin in einer Reihe von Fällen eine Verkleinerung der Geschwülste und eine Verdrängung der Krebszellen durch Granulationsgewebe beobachten konnte, ist er jetzt imstande gewesen, bei einem 20jährigen Manne mit einem inoperablen Sarkom des Halses und der Schultergegend völlige Heilung herbeizuführen. Pat. wurde längere Zeit täglich einmal mit Sauggläsern behandelt, unter deren Wirkung sich die sehr große weithin verwachsene Geschwulst, deren Operation hatte abgebrochen werden müssen — nach dem mikroskopischen Befunde ein kleinzelliges Sarkom —, sich allmählich und schließlich vollständig zurückbildete; ob dieses überraschende Resultat bis jetzt fortbesteht, war leider nicht zu erfahren. Bemerkenswert ist, daß der Rückgang der Geschwulst, ohne daß es zu Nekrotisierung, Erweichung und Durchbruch kam, erfolgte.

Kramer (Glogau).

25) **R. Hoffmann.** Über Pankreatin bei Karzinom. (Aus der kgl. Univ.-Ohrenklinik zu München. Prof. Dr. Bezold.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

In einem Falle von p. op. rezidividiertem ulzerösem Karzinom des äußeren Ohres sah H. nach Aufstreuen von Pankreatin »Rückbildung« der Geschwulst; »die Oberfläche derselben reinigte sich, blutete und schmerzte nicht mehr, es bildete sich ein 2 cm tiefer Trichter in der Richtung des äußeren Gehörganges, in welchem Knorpelstücke der Muschel zutage traten. In dem Maße, als die Oberfläche von den Rändern her epidermisiert wurde, verlor das Pankreatin an Angriffsfläche, so daß sich an der Peripherie wie im Trichter bucklige Exkreszenzen zeigten, die das Fortschreiten der Geschwulst unterhalb der Epidermis in der Peripherie dokumentierten.«

Die histologische Untersuchung eines Geschwulststückes ergab hochgradige ödematöse Durchtränkung und mäßige zellige Infiltration des Bindegewebes, Quellung des Kapillarenendothels, Lockerung der — tiefgehende Degenerationserscheinungen zeigenden — Epithelzellen, also Veränderungen denen ähnlich, wie sie beim Esysipel, bei Kauterisation, zum Teil auch bei Röntgenbestrahlung auftreten.

Kramer (Glogau).

26) **Offergeld.** Prophylaxe und Therapie der Kopfschmerzen nach lumbaler Anästhesie.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1907. Nr. 10.)

Von 40 Pat. klagten nach geburtshilflicher Narkose mittels Medullaranästhesie 18 Stovain, 22 Novokain) 22 über Kopfschmerzen, die einige Stunden nach der Injektion auftraten und 24—30 Stunden, bisweilen sogar bis 3 Tage anhielten. Die Ansicht, daß der Kopfschmerz in der Drucksteigerung in der Endolymphe des Gehirns seine Ursache habe, fand O. in Tierversuchen bestätigt, indem Kaninchen, die unter Kochsalzinjektionen in den Duralsack litten, auf eine zweite Lumbalpunktion hin wieder ganz munter wurden. O. schließt sich deshalb den Empfehlungen Chaput's (dieses Zentralblatt 1906 Nr. 26 p. 739) hinsichtlich der druckentlastenden Lumbalpunktion vollständig an. Prophylaktisch empfiehlt er, eine möglichst geringe Flüssigkeitsmenge zu injizieren und vor der Injektion 1,5 bis 2,0 ccm Liquor cerebrospinalis abfließen zu lassen.

O. hat 17mal die sekundäre Lumbalpunktion wegen derartiger Kopfschmerzen vorgenommen, wenn die innere Therapie, die am besten in der Kombination mehrerer Antineuralgica besteht, versagte, frühestens am zweiten Tage nach der Rückenmarksanästhesie. Stets trat der Erfolg innerhalb 30—40 Minuten ein.

E. Moser (Zittau).

27) **H. Wolff.** Zur Frage der Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um eine Abducenslähmung nach einfacher Lumbalpunktion ohne Applikation einer toxischen Substanz. Die Punktion war kompliziert durch eine ziemlich reichliche, offenbar aus einem verletzten intraduralen Gefäße stammende Blutung; daß die Punktionsnadel sich im Subduralraum befand, steht außer Zweifel. Es kann nur wenig Liquor abgeflossen sein. Die Abducenslähmung hatte genau denselben Verlauf, wie er in den bisher mitgeteilten Fällen geschildert ist: Auftreten eine Reihe von Tagen nach der Punktion resp. Injektion, spontane Rückbildung ohne jeden Rest nach Wochen. Verf. erklärt sich die Entstehung der Abducenslähmung durch ein infolge der Gefäßverletzung zustande gekommenes intradurales Hämatom, das in irgendeiner Weise die Quelle für eine toxische Wirkung auf den Abducenskern resp. auf den Nerven in seinem intraduralen Verlauf oder an seiner Durchtrittsstelle geworden ist. Durch diese Beobachtung ist die Unabhängigkeit der Lähmung von der Anästhesierung Sicherheit dargetan.

Langemak (Erf

28) **Hesse.** Über Komplikationen nach Lumbalanästhesie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 37.)

Die Lumbalanästhesie wird von Heile nur dort angewandt, wo gegen die Allgemeinnarkose eine bestimmte Kontraindikation besteht und Lokalanästhesie nicht genügt, da die Komplikationen (Nebenwirkungen, Nachwirkungen) nicht zu übersehen sind. H. benutzte anfangs Stovain, dann Tropakokain genau nach den Vorschriften Bier's. Er berichtet über zwei Versager, je einen bei Stovain und Tropakokain, über zwei Fälle bedenklicherer Einwirkung von Stovain auf das Herz, je einmal Erbrechen bei Stovain und Tropakokain.

Von Nachwirkungen trat 5mal Erbrechen (2mal nach Stovain, 3mal nach Tropakokain) auf, und zwar auf eine Dauer von 6—15 Tagen. Diese Erscheinungen von Kopfschmerzen und Erbrechen werden als Symptome einer aseptischen Meningitis aufgefaßt. Durch Herabsetzen des meningealen Druckes infolge Ablassens des Liquor besserten sich die Erscheinungen. Im Liquor fanden sich reichlich Lymphocyten. Zwei Fälle dagegen führten zu langdauernden Schädigungen. In einem (Tropakokain) trat nach 12 Tagen am Unterschenkel Ödem, Rötung, lokale Temperatursteigerung (nervöse Störung im Sinne einer Vasokonstriktorenlähmung) ein und besteht etwa 4 Monate nach der Operation noch unverändert fort; im anderen (Tropakokain) traten gleich Schmerzen im Kopf und im Arm ein, weiterhin in beiden Beinen. Es war zur Erzielung einer möglichst hohen Anästhesie vorher Kopfstauung und Beckenhochlagerung gemacht. Das Krankheitsbild zeigte sich im späteren Verlauf in einer Kombination von Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Reflexsteigerungen. Interessant sind die Folgerungen, die H. anschließt.

Im ganzen wird dem Tropakokain wegen seiner geringeren Einwirkung auf das Atmungszentrum der Vorzug gegeben. Wichtig ist, sich vor der Operation auch über den sog. nervösen Zustand des Pat. zu vergewissern.

Borchard (Posen).

29) **Herrenknecht** (Freiburg i. B.). 3000 Äthylchloridnarkosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

H. kann von den Äthylchloridnarkosen nur Günstiges berichten. Er verwendet das Mittel sehr sparsam und vorsichtig, bei der Narkose darauf bedacht, daß die exspirierte Luft nicht wieder eingeatmet wird, also nicht eine Wirkung der Kohlensäure zu der des Äthylchlorids hinzutritt (s. Näheres im Orig.) und kommt gewöhnlich mit 2—3 g (nie mehr als 5 g) aus, so daß es für die Einzelnarkose nur etwa 5 Pfg. kostet. Für länger als 5 Minuten dauernde Narkosen benutzt H. das Mittel nur zur Einleitung und verwendet dann weiter Äther oder Chloroform (bezw. Morphium-Skopolamin). Nur in wenigen Fällen ließ sich eine Narkose nicht erzielen. H. unterscheidet 4 Stadien derselben, das pränarkotische, analgetische (Abnahme der Puls- und Atmungsfrequenz, Vertiefung der Atmung, Muskelspannung usw.), das Exzitationsstadium, das Stadium des tiefen Schlafes und das postnarkotische, analgetische. Die Träume in der Narkose hatten öfters erotischen Inhalt. Eine schwere Störung, Stillstand der Atmung oder der Herztätigkeit kam nie zur Beobachtung, unangenehme Nachwirkungen (Erbrechen, Übelkeit, Kopfweh) waren selten. Auch die Narkosen bei Pat. mit schweren Lungen- und Herzveränderungen verliefen ungestört. **Kramer** (Glogau).

30) **Schamberg.** The present status of phototherapy.

(Journal of the american med. association Vol. XLIX. Nr. 7.)

Nach allgemeinen Bemerkungen über die Therapie des Lupus vulgaris, des Lupus erythematosus — hier hat ihm bei der vaskulären Form die Lichttherapie viel bessere Resultate ergeben als die Behandlung mit X-Strahlen; umgekehrt ist's bei der hypertrophischen Form — geht Verf. ausführlich auf die Anwendungsweise der Uviollampe ein und demonstriert Apparate und Pat. in zahlreichen Abbildungen.

Die Erfolge an 4 Pat. mit teilweise totaler Alopecia, teilweise Alopecia areata, waren vorzüglich. Ein 67jähriger Mann mit altem, seit Jahren gegen alle möglichen therapeutischen Versuche renitentem erythematösem Ekzem wurde durch die Uviollampe gebessert, durch X-Strahlen danach so gut wie geheilt.

Auffallend schnell besserte sich ein seit Jahren bestehendes papulöses Ekzem eines 9 Jahre alten Mädchens.

Einige Pat. mit Acne vulgaris wurden viel schneller geheilt, als es bei Anwendung der X-Strahlen der Fall zu sein pflegt; doch scheint die Röntgenbehandlung länger vor Rezidiven zu schützen als die mit Uviollicht.

Auch Beingeschwüre werden durch das Uviollicht günstig beeinflußt.

Uviollicht hat relativ große chemische Wirkung, dringt aber in die Gewebe nur wenig ein. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **Jaksch.** Über ein neues radiotherapeutisches Verfahren.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 24.)

Durch eine Silberplatte von 0,02 mm Dicke gelang es J., die die Haut schädigenden Strahlen abzuhalten, ohne daß die Strahlen stärkerer Durchdringungsfähigkeit, welche eine Wirkung auf die inneren Organe ausüben, damit ausgeschaltet werden. Bei einem Falle von Leukämie, der mit der Silberplatte 25 Tage hintereinander je 25 Minuten erfolgreich (Abnahme der Leukocyten und der Milzschwellung) bestrahlt wurde, trat nur vorübergehend ein leichtes Röntgenekzem auf. Der übrige Körper des Kranken und der Arzt müssen unter sorgfältigstem Bleischutz gehalten werden. J. gibt der Vermutung Raum, daß sich durch Anwendung verschiedener Metalle als Strahlenfilter die Einwirkung der X-Strahlen auf die einzelnen Körperorgane variieren und somit eine spezifische Röntgentherapie ausarbeiten lassen werde. **Gutzeit** (Neidenburg).

32) **Brewer.** The etiology of certain cases of left-sided intraabdominal suppuration — acute diverticulitis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1907. Oktober.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die bis jetzt nur wenig beachtete Divertikelbildung des Sigmoids mit Perforation und nachfolgender Abszedierung resp. Peritonitis. Er hatte Gelegenheit, eine Anzahl intraperitonealer Abszesse zu operieren, die alle im linken unteren Quadranten des Leibes saßen. Die zuerst gehegte Ansicht, daß es sich um linksseitige Appendicitis handle, gab B. wieder auf, da sich in keinem Falle ein Wurmfortsatz fand. B. suchte dann weiter, und fand auch in einigen Fällen Kotpartikel in der Abszeßhöhle und weiterhin kleine perforierte Divertikel des Sigmoids. B. glaubt die Ursache dieser ätiologisch dunklen Abszesse und Peritonitiden gefunden zu haben. **Levy** (Wiesbaden).

33) **Günther.** Ein kleiner Beitrag zu den Fällen, bei denen bei Herniotomien der Processus vermiformis als alleiniger Inhalt des Bruchsackes gefunden wurde. (Aus dem Nachtigalkrankenhaus in Anecho.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Fall von akuter Appendicitis eines wahrscheinlich schon lange in den Leistenbruchsack verlagerten, mit diesem fest verwachsenen Processus vermiformis.

Kramer (Glogau).

34) **Borszéky.** Zur Behandlung des peptischen Magen- und Duodenalgeschwüres.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 30.)

Verf. bespricht in dieser gründlichen und interessanten klinisch-experimentellen Arbeit die in der Klinik von Hofrat v. Réczey beobachteten Fälle von peptischem Magen- und Duodenalgeschwür. Es wurde die Gastroenterostomie in 25 Fällen mit 20% Mortalität, die Pylorusresektion 4mal, die Gastroenteroplastik in 1 Fall ohne Todesfall ausgeführt. Es wurde wegen narbiger Pylorusstenose 16mal, kallösem

Geschwür 5mal, wegen Sanduhrmagen 1mal, wegen Duodenalgeschwür 2mal, wegen blutenden Geschwürs 1mal eingegriffen, mit einer Gesamtmortalität von 16,6%. Verf. unterzog sich der mühsamen Arbeit, das weitere Los der Kranken zu erforschen. 22 Fälle sind ihm bekannt, von denen 90% gänzlich geheilt sind. Verf. befürwortet die Gastroenterostomie; die Resektion des Geschwüres will er nur bei zweifelhafter Diagnose ausführen.

Der experimentelle Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob der Mageninhalt ausschließlich durch die Gastroenteroanastomose weiter befördert wird, oder auch der Pylorus dazu benützt wird. Die an 35 Hunden ausgeführten Experimente, bei welchen die Gastroenterostomie bei normalem, bei verengtem Pylorus iso- und antiperistaltisch vollzogen wurde, zeigten, daß der Mageninhalt nicht nur durch die Gastroenteroanastomose, sondern auch bei stenosiertem Pylorus, teils durch den Pylorus in den Darm gelangt, unabhängig von der Lagerung der zur Anastomose benützten Darmschlinge, unabhängig von der Größe der Öffnung. In weiteren zwölf Experimenten beantwortet Verf. die Frage verneinend, daß die Gastroenterostomie auf das blutende Geschwür eine blutstillende Wirkung hätte; auch bei verengtem Pylorus ist diese Wirkung fraglich. Die dritte Frage, die Verf. beantwortet, ist die Entstehungsweise des peptischen Jejunalgeschwüres nach Gastroenteroanastomose. Die zwölf Experimente führten zu dem Resultate, daß die in den Magen durch längere Zeit eingeführte Salzsäure wohl zur Bildung peptischer Geschwüre im Jejunum führen kann; doch geschieht dies nicht in jedem Falle. Daher müssen wir außer der Hyperchlorhydrie im Entstehen des peptischen Jejunalgeschwüres noch anderen, bis jetzt uns unbekannten Momenten eine gewisse Rolle zusprechen. **P. Steiner** (Klausenburg).

35) **Bondareff.** Zur Kasuistik des primären Dünndarmsarkoms.

(Chirurgia 1907. Nr. 127. [Russisch.])

Das primäre Sarkom des Dünndarmes gehört zu den seltenen Erkrankungen. B. teilt zwei Fälle mit. Ein 36jähriger Mann erkrankte 6 Monate nach Fall auf den Unterleib mit heftigen Schmerzen im rechten Epigastrium. Bald trat Sodbrennen auf, dann Aufstoßen und schließlich Erbrechen und Verstopfung. Der kräftige Mann magerte ab. Die Untersuchung ergab einen meteoristisch aufgetriebenen Leib, doch ließ sich rechts vom Nabel eine bewegliche, harte, höckerige Geschwulst von Doppelfaustgröße tasten. Laparotomie. 60 cm von der Bauhinschen Klappe ist der Dünndarm zirkulär von einer harten, höckerigen Geschwulst eingenommen. Die regionären Drüsen sind hart und vergrößert. Resektion von 85 cm Dünndarm und Entfernung der Drüsen. Zirkuläre Darmnaht.

Die innere Oberfläche der Geschwulst ist brüchig, geschwürig zerfallen; die mikroskopische Untersuchung ergibt ein Riesenzellensarkom. Heilung per primam. Seit 3 Jahren kein Rezidiv.

Im anderen Falle handelte es sich um einen 25jährigen Mann, der mit den Erscheinungen des akuten Darmverschlusses aufgenommen wurde; seit 2 Monaten bot er das typische Bild des chronischen Ileus, in der letzten Zeit mit Durchfällen. Die bei der Aufnahme des Pat. auf Invagination gestellte Diagnose bestätigte sich bei der Laparotomie. Die Invagination betraf das Jejunum, war etwa 20 cm lang und zog von rechts oben nach links unten. Bei der vorsichtigen Entwicklung erwies sich, daß etwa 70 cm Darm beteiligt waren. Serosa und Mesenterium des Invaginatum zeigten reichliche Blutaustritte. Die Tastung des invaginiert gewesenen Stückes ergab an zwei Stellen — 60 cm voneinander entfernt — harte Knoten, auf welchen Befund hin fast 1 m Darm reseziert wurde. Seit-zu-Seit-Anastomose; glatter Verlauf. »In dem eröffneten resezierten Darmteile fanden sich an je zwei Stellen harte Knoten von der Größe einer Pflaume, die in Gruppen zu 5, bzw. 6 zusammenstanden. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Rundzellensarkome, die im wesentlichen die Schicht der Submucosa einnehmen. Die Schleimhaut ist stellenweise geschwürig zerfallen; auch die Muscularis ist zerstört, die Serosa stark verdickt, und mit runden Sarkomzellen mächtig infiltriert.«

Leider ist über den Dauererfolg in diesem Falle nichts mitgeteilt. B. neigt aber zu pessimistischer Auffassung, da nach der Statistik die Rundzellensarkome 95%, die Riesenzellensarkome 50% Rezidive geben. Ferner vertritt Autor den Standpunkt, daß die Entfernung der regionären Drüsen, die auch er immer erstrebt, so wichtig ist, daß jeder Fall, bei dem die Drüsen in weiterem Umfange verändert erscheinen, als Probelaparotomie aufzufassen, und der Leib sofort zu schließen ist. **Oettingen** (Berlin).

36) **Pensky.** Innere Einklemmungen nach Gastroenterostomie.
Inaug.-Diss., Königsberg, 1907.

Wegen Stenose durch Geschwür am Pylorus war eine hintere Gastroenteroanastomose mit Knopf angelegt worden. 9 Jahre später Wiederaufnahme wegen Ileuserscheinungen; bei der Operation des schon sehr kachektischen Mannes zeigt sich, daß zwischen dem zuführenden Teile der zur Anastomose genommenen Jejunumschlinge und dem Mesocolon transversum ein großer Teil des Dünndarmes hindurchgewandert ist und so der Ileus herbeigeführt wird. Reposition des Darmes, Trennung der Anastomose, Naht der Magenwunde, Befestigung der Darmfistel in der Bauchwand als Ernährungsfistel. Tod bald nachher. Bei der Sektion findet man im Magen den Murphyknopf, der in den 9 Jahren keine Beschwerden gemacht hat. Zur Vermeidung ähnlicher Vorkommnisse wird in der Königsberger chirurg. Klinik stets das Mesokolon mit der Anastomosenstelle durch einige Nähte befestigt und sein Schlitz geschlossen; auch wird die zuführende Jejunumschlinge möglichst kurz genommen. Diese Technik wird wohl jetzt die allgemein übliche sein. **Glimm** (Magdeburg).

37) **Kersten.** Ein Fall von angeborenem Verschluß im unteren Teile des Ileum.
(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Beschreibung eines Falles von Atresie des untersten Ileum, 2 cm von der Ileocoecalklappe entfernt. Dem durch mehrtägiges Erbrechen stark geschädigten Kinde konnte nur noch die Anlegung eines Kunstafters zugemutet werden, es starb aber doch nach einigen Tagen. Die mikroskopische Untersuchung des 1 cm langen und 2 mm dicken Stranges ergab das völlige Fehlen einer Darmlichtung, wodurch die von Kreuter und Forsener vertretene Anschauung über die Entstehung derartiger Atresien eine neue Stütze erhält. **Langemak** (Erfurt).

38) **Kleinhans.** Zur Lehre von den präperitonealen Tumoren.
(Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen, 11. Sitzung vom 8. Mai 1907. — Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 25.)

Verf. exstirpierte einer 67jährigen Frau eine zwischen Nabel und Symphyse präperitoneal gelegene, flaschenkürbisähnliche Geschwulst, die im oberen Teile cystisch, im unteren derb mit der Blase verwachsen war. Nach der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich um eine Geschwulstbildung mit adenomartiger Proliferation, die vom Dottergang ausgegangen war. In der Literatur existiert kein gleichartiger Fall. **Gutzeit** (Neidenburg).

39) **Lieblein.** Über Milzexstirpation.
Sitzungsbericht der wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen.
(Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.)

Nach einer Milzexstirpation wegen Schußverletzung traten schwere, 7 Tage andauernde Magenblutungen auf, trotzdem der Magen unverletzt war; der Kranke genas. Wie Verf. des genaueren anatomisch erklärt, sind Thrombosen oder Emboli, die sich von der Unterbindungsstelle der großen Milzgefäße in die Magengefäße fortsetzen bzw. verschleppt werden, die Ursache derartiger Magenblutungen. Sie bilden eine große Gefahr der Milzexstirpation und mahnen dazu, die Unterbindung des Stieles stets knapp am Hilus vorzunehmen und das Organ bei Verletzungen nur, wenn diese es unbedingt erfordern, zu entfernen.

Gutzeit (Neidenburg).

40) Russell. Treatment of large infected liver hydatids.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. Oktober 20.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von großem infiziertem Leberechinokokkus, welche auffallend verschieden verliefen.

Der erste Pat. war wegen desselben Leidens bereits vor 8 Jahren operiert worden. Jetzt plötzlicher Beginn der Erkrankung unter dem Bilde einer akuten Leberinfektion. Ausräumung einer großen, vereiterten Cyste des rechten Leberlappens, Gegenöffnung in der Lende, Ausspülung, Drainage. Trotz häufiger Verbandwechsel und Spülungen wurde die Absonderung immer übelriechender und profuser; 16 Tage nach der Operation profuse Blutung in die Abszeßhöhle und plötzlicher Tod. Nach dem Autopsiebefund war ein starker Ast der Vena hepatica arrodiert worden.

Bei dem zweiten Kranken waren die klinischen Erscheinungen ganz ähnlich. Nach Ausräumung der vereiterten, festwandigen Cyste, die mit den Gallengängen in Verbindung stand, und Ausspülung wurde sie mit physiologischer Kochsalzlösung angefüllt, ihre Öffnung sehr exakt mit Silberdrahtnähten geschlossen, die Cyste reponiert und die Bauchwand völlig vernäht. Abgesehen von einer leichten Infektion der Bauchwunde war der weitere Verlauf ganz glatt; die Cyste konnte nicht mehr nachgewiesen werden, und Pat. wurde vollkommen geheilt.

Bei dieser, den bisher geltenden (in Fall 1 befolgten) Grundsätzen direkt zuwiderlaufenden Behandlungsmethode ging Verf. zunächst von dem Gedanken aus, daß die hier in Betracht kommende Coliinfektion gewöhnlich sehr wenig virulent ist. Durch die Anfüllung der Adventitia der Cyste mit Kochsalzlösung soll eine Art von Druckgleichgewicht gegenüber der in die Cyste einströmenden infizierten Galle hergestellt werden; gleichzeitig wird die Galle stark verdünnt und das Wachstum der Keime in dem schlechten Kulturmedium hintangehalten.

R. schlägt vor, auch bei nicht infizierten, lebenden Cysten nach Ausräumung des Sacks diesen mit Salzlösung zu füllen und wieder zu vernähen.

Wichtig ist, eine genügend dicke Stelle der Cystenwand zur Inzision zu wählen, um eine sichere Naht der Öffnung herstellen zu können. **Mohr** (Bielefeld).

41) F. Hohmeier. Isolierte subkutane Querzerreißung des Pankreas, durch Operation geheilt. (Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona. Prof. Fritz König.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Der mitgeteilte Fall ist der fünfte der durch Operation geheilten Fälle von subkutaner Pankreaszerreißung, die bei der 35jährigen Pat. durch Stoß einer Wagendeichsel gegen die Magengegend herbeigeführt war. Es bestand als auffallendes Symptom nur starke Spannung der Bauchdecken, und wurde in Rücksicht auf die daraufhin gestellte Diagnose einer inneren Bauchverletzung sofort zur Operation geschritten. Die Bauchhöhle mit ihren zunächst sichtbaren Organen war frei von Bluterguß, das Foramen Winslowi verschlossen, dadurch der Austritt von Blut aus der Bursa omentalis in die Bauchhöhle unmöglich. Das in der Mitte quer völlig zerrissene Pankreas wurde vernäht und die Nahtstelle abtamponiert, nachdem die Drüse vom *Lig.* gastrocolicum aus freigelegt worden war. Der Verschluß der zurückgebliebenen, stark sezernierenden Fistel erfolgte erst nach langer Zeit, nach Anwendung einer antidiabetischen Diät. **Kramer** (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,

in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 4. Sonnabend, den 25. Januar 1908.

Inhalt.

I.

Zur Händedesinfektion.

Von

Dr. R. Lenzmann,

Oberarzt am Diakonenkrankenhause in Duisburg.

Daß die Hand durch oberflächliche mechanische und chemische Desinfektion nicht vollständig keimfrei gemacht werden kann, ist eine feststehende Tatsache. Diese Unmöglichkeit beruht nach der übereinstimmenden Auffassung der Chirurgen und Bakteriologen hauptsächlich auf dem Umstande, daß in der Tiefe der Haut — in den Schweiß- und Talgdrüsen — steckende Keime durch unsere Desinfektionsmethoden nicht zu erreichen seien, daß sie bei Manipulationen mit den Händen zur Oberfläche gelangen und ihre Virulenz entfalten. Eine Hand, die zu Anfang der Operation auch wirklich

steril war, bleibt es nicht im Laufe derselben. Aus dieser Erkenntnis heraus stammen die Vorschläge, die eine »mechanische Fesselung« der virulenten Keime bezwecken. Zu jenen Vorschlägen gehören die Benutzung von Handschuhen und die Umhüllung der Hand mit einem undurchdringlichen chemischen Materiale, das als zarter Mantel die Haut überziehen soll. Als solches Material ist in neuester Zeit das Chirosoter — eine Lösung von wachs- und balsamartigen Körpern in Tetrachlorkohlenstoff — von der Bier'schen Klinik empfohlen worden. Über das Chirosoter besitze ich eigene Erfahrungen nicht, von anderer Seite wird aber an dem Mittel getadelt, daß es durch den Gehalt an Tetrachlorkohlenstoff Ätzwirkungen ausüben könne (M. v. Brunn), und daß es andererseits die Hände schlüpfrig und deshalb chirurgisch unbrauchbar mache (Meißner).

Man hat, wie mir scheint, in weitesten Kreisen »beschlossen«, daß es eine chemische Tiefendesinfektion nicht geben könne und dürfe, und hat die Frage, ob eine solche Desinfektion möglich sei, überhaupt verlassen.

Dennoch hat Heusner seine Jod-Benzin-Paraffinöldesinfektion angegeben und vorzügliche Resultate bei seinen Operationen erzielt.

Ich habe den Gebrauch der Handschuhe bei meinen aseptischen Operationen wieder verlassen, weil er zu so manchen Unzuträglichkeiten führt, die hier nicht weiter erörtert werden mögen, und habe in den letzten Jahren eine Methode der Händedesinfektion benutzt, welche mir ausgezeichnete Resultate ergeben hat.

Diese Methode geht, wie die Heusner'sche, von der Annahme aus, daß eine chemische Tiefendesinfektion doch nicht zu den Unmöglichkeiten gehört. Das Mittel, das jene bewirken soll, muß drei Eigenschaften besitzen: Es muß selbstverständlich zunächst eine genügende Desinfektionskraft haben, es muß weiterhin in die Tiefe der Haut einzudringen imstande sein, es darf endlich die Haut nicht reizen oder sonstwie schädigen.

Als ein Mittel, welches diesen drei Anforderungen genügt, habe ich eine Seifenmasse benutzt, die folgende Zusammensetzung hat: Formalin 5,0, Benzin 15,0, Dermosapol 80,0.

Daß diese Seifenmasse Desinfektionskraft besitzt, habe ich durch zahlreiche Versuche erprobt. Vermischt man eine Spur derselben mit einem künstlichen Nährboden, so gehen auf diesem virulente Keime nicht an.

Bei feiner Ausbreitung gibt die Seife einen stechenden Geruch nach Formalin ab, eine Eigenschaft, die für die Desinfektionskraft durch das flüchtige Desinfiziens nur von großem Vorteil sein kann.

Die zweite Forderung, daß das Mittel in die Tiefe der Haut eindringen muß, wird erfüllt durch das Vehikel Dermosapol.

Es ist eine durch Verseifen einer Mischung von Lebertran (50%), Fett, Lanolin, Glyzerin, Perubalsam und ätherischen Ölen erhaltene balsamartige Masse, die beim Verreiben auf der Haut fein schäumt und sehr leicht in die Tiefe eindringt.

Ich habe zur Erprobung, ob wirklich nach gründlicher Verreibung ein Eindringen in die Tiefe stattfindet, die Seife mit Fuchsin gefärbt und habe in mikroskopischen Hautschnitten die Rotfärbung der Schweißdrüsen und der Belegzellen der Talgdrüsen nachweisen können.

Dementsprechend habe ich stets die mit der Seifenmasse behandelte Haut steril gefunden. Während kleine Stückchen der Haut, welche nach der gewöhnlichen Oberflächendesinfektionsmethode (Heißwasser-Alkohol-Sublimat) behandelt worden war, nach Abspülen mit sterilem Wasser auf Agar-Agar überimpft, immer einige Keime angehen ließen, blieb bei solchen Hautstückchen, welche außerdem noch mit meiner Seifenmasse vorbehandelt waren, der Nährboden steril.

Der etwaige Einwand, daß die in das Hautstückchen eingeriebene und bei der Umspülung desselben mit dem Nährboden etwa ausgelaugte Seifenmasse den letzteren ungeeignet für das Wachstum virulenter Keime gemacht habe, kann ich nicht gelten lassen; denn die in den kleinen Hautstückchen steckende Seife ist so gering, daß sie eine derartige Beeinflussung des Nährbodens nicht bewirken kann. Ich habe mich nach dieser Richtung hin auch durch Versuche vergewissert.

Endlich die dritte Forderung. Meine Seifenmasse übt irgendeinen schädlichen Einfluß auf die Haut nicht aus. Ich habe sie nun jahrelang täglich benutzt und niemals eine Reizwirkung erfahren. Ebensowenig haben die Assistenten über irgendwelche Störung zu klagen gehabt.

Da ich die Seife auch zur Sterilisierung des Operationsfeldes benutze, so habe ich auch bei meinen Pat. die Beobachtung der Unschädlichkeit der Seife machen können.

Meine Händedesinfektion gestaltet sich unter Benutzung des Formalin-Benzin-Dermosapols folgendermaßen: Mechanische Reinigung der Hände in fließendem heißem Wasser mit steriler Bürste und Marmorseife (etwa 5 Minuten), Abreiben der Hände mit trockener steriler Gaze, kräftiges Einreiben der genannten Seifenmasse (etwa 2 Minuten), Nachbürsten mit Seifenspiritus (2 Minuten), Abspülen in Sublimatlösung (1 : 1000).

Zur Vorbereitung des Operationsfeldes lasse ich nach den üblichen Soda-Seifenbädern das Operationsgebiet am Abend vor dem Operationstage mit der Seife vermittels eines sterilen Wattebausches gründlich (5 Minuten) einreiben, wie wenn man Quecksilbersalbe einreibt, lasse dann einen Umschlag mit Seifenlauge machen und 2 Stunden vor der Operation diesen letzteren mit einem Sublimatumschlag vertauschen.

Das Operationsfeld ist dann derartig vorbereitet, daß es nur noch des kurzdauernden Abreibens mit Seifenspiritus und des Nachspülens mit Sublimatlösung bedarf.

Meine Resultate sind so befriedigende, daß ich diese Methode nicht verlassen möchte.

II.

Zur Operation der Embolie der Lungenarterien.

Von

Fr. Trendelenburg in Leipzig.

Bei Fortsetzung meiner Tier- und Leichenversuche (vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1907 Nr. 44) habe ich gefunden, daß man Emboli aus der Arteria pulmonalis durch folgendes Verfahren in verhältnismäßig einfacher und sicherer Weise herausbefördern kann, ohne das Herz, wie ich es früher getan habe, hervorzuziehen und zu inzidieren.

Auf der linken Brustseite wird unterhalb der Clavicula ein querliegender 8—10 cm langer zungenförmiger Lappen der Brustwand gebildet, dessen Basis dem linken Sternalrande anliegt und der nach oben bis an den unteren Rand der 1. Rippe, nach unten bis an den oberen Rand der 3. Rippe reicht. Die 2. Rippe wird in einem Abstande von 6—7 cm von ihrer Verbindung mit dem Sternum mittels der Rippenschere durchschnitten, und ihr medialer Abschnitt wird mit dem Lappen gewaltsam in die Höhe gebogen und nach rechts über das Sternum zurückgeschlagen. Bei schmalen Interkostalräumen wird noch ein Stück der dritten Rippe reseziert. Von der eröffneten Pleurahöhle aus schneidet man den Herzbeutel in der Höhe der dritten Rippe vorsichtig zwischen zwei Pinzetten an, mit Vermeidung des Nervus phrenicus und vor diesem Nerven; den Schnitt verlängert man nach oben und hinten, bis die ganze obere Hälfte des Herzbeutels eröffnet ist. Die untere Hälfte des Herzbeutels bleibt geschlossen, das Herz bleibt in seiner Lage. Die Wundränder des parietalen Perikardialblattes werden mit Klauenschiebern oder mit ein paar Nähten nach den Rändern der Thoraxwunde hingezogen, so daß der Herzbeutel klafft. In dem Herzbeutel sieht und fühlt man die Pulmonalis und die mit ihr fest verbundene Aorta ascendens. Sodann führt man eine vorn hakenförmig gebogene, mit dickem olivenförmigem Knopf und Handgriff versehene Sonde von der Länge und Dicke eines mittelstarken Katheters mit nach oben gerichtetem Knopf lateralwärts neben der Pulmonalis in den Herzbeutel ein und führt sie mit schraubender Bewegung durch den Sinus pericardii transversus hinter Pulmonalis und Aorta herum, bis der Knopf neben dem Sternalrande wieder zum Vorschein kommt, was bei richtiger Hantierung sehr leicht gelingt. Der Sinus ist so weit, daß er auch einen Zeigefinger bequem durchläßt, der, wenn die Durchführung der Sonde nicht gleich gelingen sollte, der Sonde behilflich sein kann. Die hinter Aorta und Pulmonalis liegende Sonde wird nun zunächst etwas hervorgehebelt, um die Gefäße nach der Wunde zu heranzuziehen und ruhigzustellen; später soll die Pulmonalis durch stärkeres Hervor-

hebeln der Sonde und durch Andrücken der Arterie gegen die Sonde mit einem aufgelegten Finger komprimiert werden. Die Sonde liegt der Pulmonaliswand in der Gegend der Klappen an. Ehe man komprimieren läßt, wird die vordere Wand der Pulmonalis mittels zweier anatomischer Pinzetten von dem sie einhüllenden visceralen Blatte des Perikardiums und dem subserösen Fettgewebe befreit, damit man die Stelle, an der man inzidieren will — nicht zu nahe an den Klappen —, klar übersehen kann und nachher bei der Naht der Arterie nicht durch das deckende Gewebe behindert ist. Nun wird komprimiert, der Operateur sticht in die Arterie ein, dilatiert in der Längsrichtung des Gefäßes, schiebt schnell eine gebogene Polypenzange ein, fischt nach dem Embolus im Stamm und wenn nötig bis 6—8 cm tief in den Ästen der Arterie und zieht den gefaßten Embolus heraus. Die Arterienwunde wird ohne jeden Zeitverlust mit einer gebogenen Klemmzange so zugeklemmt, daß die Zange wandständig an der Arterie sitzt und die Ränder der Arterienwunde die Branchen der Zange einige Millimeter überragen. Der komprimierende Finger und die Sonde wird entfernt, das Blut strömt wieder in die Gefäße ein und durch die Pulmonalis an der zugeklemmten Arterienwunde vorbei in die Lungen. Man kann nun in aller Ruhe die Arterienwunde auf der Zange mit feinen Seidennähten schließen und die Klemmzange dann wieder abnehmen. Das Anlegen der Klemmzange nach Extraktion des Fremdkörpers wird durch Benutzung einer schwach federnden Pinzette erleichtert, welche mit nach außen stehenden Häkchen versehen ist, und welche geschlossen in die Arterienwunde eingeführt und dann geöffnet wird, so daß die Häkchen die beiden Ecken der Wunde fassen und die ausgespannten Wundränder nun mit Hilfe des Instrumentes in die Klemmzange hineingezogen werden können. Einige Situationsnähte am Perikardium und das Wiedereinfügen des Lappens in den Defekt der Brustwand beenden die Operation.

Bei einem 8 Wochen alten 82 kg schweren Kalbe habe ich in dieser Weise ein 15 cm langes und 1 cm dickes streifenförmiges, einem anderen Tier beim Schlachten möglichst aseptisch entnommenes Stück Lunge, das durch die Jugularis als Embolus in den Kreislauf gebracht war, aus dem linken Ast der Pulmonalis herausgezogen. Die Kompression der Aorta und Pulmonalis, welche 1 bis höchstens 2 Minuten dauerte, schien die Herzaktion kaum zu stören, der Blutverlust aus der Pulmonalis war ein minimaler. Das Versuchstier erholte sich bald und ist in der Heilung begriffen.

Wegen der etwas stärkeren Wand der Lungenarterie liegen die Verhältnisse für die Arteriennaht beim Kalbe etwas günstiger als beim Menschen. Andererseits ist die Freilegung des Gefäßes wegen des starken Hervorstehens des Brustbeines und des kielförmigen Baues des Brustkorbes, wegen der Lage des Herzens mehr in der Sagittalebene und wegen des kurzen Abbiegens der Pulmonalis nach der Wirbelsäule und nach dem Schwanzende zu wesentlich schwieriger als beim Menschen. Auch ist die Kommunikation der beiden Pleura-

höhlen miteinander beim Kalbe ungünstig. Sie macht die Anwendung des Überdruckverfahrens notwendig, welches beim Menschen zwar ebenfalls eine wertvolle Beihilfe aber entbehrlich sein wird. Ob es immer gelingt, die mitunter etwas brüchigen Thromben mit der Polypenzange herauszubefördern ohne sie zu zereißen, oder ob andere Instrumente zu Hilfe genommen werden müssen, wird nur durch praktische Erfahrungen am Menschen festgestellt werden können.

---

1) **J. Wolff.** Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. 747 S. 52 Figuren.

Jena, **Gustav Fischer,** 1907.

Das mit bewundernswertem Fleiß abgefaßte Buch beginnt mit kurzer Übersicht desjenigen, was wir über die Ansichten der Ägypter, Inder, Griechen, Römer (Galenus' Theorie der atra bilis), Araber und über die Theorien des Mittelalters wissen, um dann ausführlicher auf die Lymphtheorie (Descartes), die humoralpathologischen und solidarpathologischen Anschauungen überzugehen. Die Schulen der einzelnen Länder werden gesondert betrachtet. Die Darstellung der Blastemtheorie bildet den dritten Abschnitt, in dem das Mikroskop zur Geltung kommt; die Zellularpathologie und ihre Bedeutung für die Krebslehre leitet zu der ätiologischen Forschung der Neuzeit über, die Verf. in Embryonaltheorien (Boll, Cohnheim, Ribbert), in Zelltheorien (Savory, Bard, Beard, v. Hansemann, Lubarsch) und endlich parasitäre Theorien — wie die Überschriften der verschiedenen Abschnitte zeigen — einteilt.

Die Darstellung ist eine lediglich referierende, kompilierende, dabei ganz objektive, aber frisch und anregend lesbar, so daß die Lektüre des oft stark theoretischen Stoffes stets anziehend bleibt. Das Buch ist, kurz gesagt, ein Standardwork der Krebsliteratur von unschätzbarem Werte für denjenigen, der sich über dieselbe orientieren will, und in der Krebsfrage mitarbeitet. Die Gründlichkeit und Genauigkeit — soweit Ref. das beurteilen kann — ist staunenswert. Und es ist nur zu hoffen, daß der Verf., der nur die Arbeiten bis Anfang 1905 berücksichtigen konnte, dem Werke eine Fortsetzung auch der neuesten Literatur folgen lassen wird. Unser Dank wird nicht ausbleiben. **Goebel** (Breslau).

---

2) **K. Laker.** Über das Wesen und die Heilbarkeit des Krebses. 73 S.

Wien, **Franz Deuticke,** 1906.

Die Theorie, welche hier aufgestellt und durch mehr philosophisch-mathematische Überlegungen, als exakte Untersuchungen zu stützen gesucht wird, ist ein Gemisch der alten Tiersch'schen und der Israel'schen Ansichten, allerdings vertieft durch spekulative Erörterungen. Verf. selbst faßt sie kurz in folgenden Worten zusammen:

Den Abkömmlingen des äußeren, mittleren und inneren Keimblattes wohnt, phylogenetisch angezüchtet, eine gewisse Wachstumskraft, die »keimvererbte Wachstumskraft« inne. Diese, von Individuum zu Individuum vererbte Eigenschaft verhindert die Epithelzellen, nach allen Richtungen des Raumes, wie es so natürlich wäre, zu wachsen und sich zu vermehren, und dieser Eigenschaft zufolge wird die Gewebsgleichung (keimvererbte Wachstumskraft des Epithels = der des Bindegewebes) bis zur Erschöpfung der Lebenskraft der Zellen aufrecht erhalten, so daß das individuelle Leben des Menschen mit annähernd gleichzeitigem Absterben sämtlicher Gewebe in Form des normalen Senilismus erlischt. Diese Art des Todes, welche bei wilden Völkern und in der Freiheit lebenden Tieren die Regel bildet, ist für den Kulturmenschen zur Ausnahme geworden, und als Folge der Kulturdegeneration, hervorgerufen durch die unnatürliche Lebens- und Ernährungsweise, entwickelt sich bei vielen Menschen der »ungleichmäßige, einkeimblättrige Senilismus«, zum Teil als vererbte, durch die Vorahnen allmählich erworbene und zum Teil durch die Fortdauer der schädlichen Einflüsse im individuellen Leben befestigte und noch gesteigerte Eigenschaft, derzufolge sich die Lebenskraft des Bindegewebes früher erschöpft, als die der Epithelzellen. Die keimvererbte Wachstumskraft schwankt zu verschiedenen Zeiten innerhalb gewisser Grenzen in der Weise, daß, wenn die Wachstumskraft der Epithelien zunimmt, diejenige des Bindegewebes ebenfalls in demselben Maße erhöht wird. Diese Schwankungen sind eine phylogenetisch angezüchtete Zweckmäßigkeitseinrichtung der Natur im Sinne der beständigen Aufrechterhaltung der Gewebsgleichung, da die Epidermis zum Schutze gegen äußere Einflüsse eine jeweilig höhere Widerstandskraft anzuzüchten genötigt ist. Infolge dieser Fähigkeit in bezug auf Wachstums- und Vermehrungskraft zu variieren und diese erworbene Zellvariation auf die nachfolgenden Zellgenerationen zu übertragen, also durch »zellvererbte Wachstumskraft« ändert sich an den verschiedenen Bezirken der Körperoberfläche die Wachstumskraft der Zellen in gewissen physiologischen, durch die keimvererbte Wachstumskraft bestimmten Grenzen, ohne daß die Gewebsgleichung dadurch wesentlich alteriert würde. Wenn sich aber an einer Körperstelle durch »zellvererbte Wachstumskraft« eine abnorme Wachstums- und Vermehrungskraft von Epithelzellen entwickelt und gleichzeitig ein gewisser Grad des einkeimblättrigen Senilismus eingestellt hat, ist das Bindegewebe nicht mehr imstande, durch erhöhte »zellvererbte Wachstumskraft« dieser krankhaften Abnormität das Gegengewicht zu halten, es kommt an dieser Stelle zum atypischen Wachstum und durch Steigerung der krankhaften Veränderung im weiteren Verlaufe zu allen Erscheinungen des Krebses. **Goebel** (Breslau).

---

3) **E. v. Dungern** und **R. Werner.** Das Wesen der bösartigen Geschwülste. Eine biologische Studie. 159 S.

Leipzig, Akademische Verlags-Gesellschaft m. b. H., 1907.

Nach der Verff. Ansicht, ist der Beweis nicht erbracht, daß bösartige Geschwülste jetzt häufiger vorkommen als früher. Im deutschen Reiche sterben jährlich 40000 Menschen daran. In Berlin ist das Vorkommen von Krebs bei Hunden 7mal häufiger als der Durchschnitt der Erkrankungen beim Menschen in Deutschland beträgt.

Über die Ätiologie ist auch heute das entscheidende Wort noch nicht gesprochen.

In außerordentlich anschaulicher Weise ist alles das hier zusammengetragen und kritisch bearbeitet worden, was gerade in den letzten Jahren über die Genese der bösartigen Geschwülste bekannt geworden ist; doch ist es an dieser Stelle unmöglich, hierauf näher einzugehen.

Die eigenen Versuche und Beobachtungen der Verff. haben sie zu einer bestimmten Theorie geleitet: Das vermehrte Wachstum wird durch äußere und innere Reize unterhalten; unter innerer Reizung wird die gegenseitige Reizung der Zellen verstanden. Durch den Reiz, der die Zelle trifft, werden normalerweise vorhandene Wachstumshemmungen zerstört. Weniger wahrscheinlich ist es, daß die assimilatorischen Teile der Zelle durch den Reiz erregt werden.

Von den Gründen, die von den Verff. zur Stütze ihrer Theorie angeführt werden, seien hier kurz einige erwähnt. Wachstum kann nicht durch Reize entgegengesetzter Art erzeugt werden, doch können beide Reizarten Hemmungen zerstören. Man kann sich nicht vorstellen, daß ein einmaliger Reiz länger dauernde Gewebswucherung erzeugt; andererseits kann er aber Hemmung vernichten und damit einen dauernden Zustand der Wucherung herbeiführen.

Zellen im Zustande der Reizung sind im allgemeinen minderwertig, nicht höherwertig; Degenerationen werden oft bei ihnen beobachtet.

Die zerstörten Hemmungen werden bei normalen Zellen wiederhergestellt, nicht aber bei Geschwulstzellen. Das dauernd beschleunigte Wachstum charakterisiert die Zelle der bösartigen Geschwulst; bei den anderen Zellen kommt es, wenn vielleicht auch zeitweise die Hemmungen verloren gingen, schließlich doch zu ihrer Restitution und damit zum Abschluß des Wachstumsprozesses.

Jede Zelle hat normalerweise ein hohes Maß von Anpassungsfähigkeit an Reize, ein zweiter Reiz muß erheblich stärker sein als der erste es war, wenn er denselben Effekt haben soll wie dieser. Deshalb pflegen auch dicht nebeneinanderliegende Zellen desselben Organismus nicht gegenseitig zur Wucherung anzuregen.

Die bösartigen Geschwülste wachsen von innen heraus, nicht durch Apposition. Sie entstehen dort, wo das Gewebe irgendwie verändert, gealtert oder noch wenig differenziert ist.

Noch niemals ist ein bestimmter Parasit als Erreger von bösartigen Geschwülsten mit Sicherheit nachgewiesen worden.

Das Buch, das weit mehr des Interessanten enthält, als hier angedeutet werden konnte, sei allen, die sich mit diesen Fragen beschäftigen, zum Studium empfohlen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

4) **F. Sanfelice. Über die Wirkung der löslichen Produkte der Blastomyceten in bezug auf die Ätologie der malignen Geschwülste.**

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 166.)

Im Verfolg seiner früheren Arbeiten über Blastomyceten hat Verf. umfangreiche Versuche an Hunden und Katzen angestellt mit intraperitonealer, intravenöser, subkutaner und intratrachealer Einführung von Hefeprodukten; und zwar nahm er Kartoffelkulturen, die mehrere Monate lang in verschlossenen Röhrchen aufbewahrt waren. Die Hefen lassen ihre löslichen Produkte in den Nährboden eindringen, ohne daß sie selbst dazu die Fähigkeit haben, so daß man also leicht, wenn der Hefebelag fortgenommen wird, mit den zerkleinerten Kulturen zusammen die löslichen Produkte dem Tierkörper einverleiben kann. Die Hefen waren aus einer Eierstocksgeschwulst des Hundes und aus dem Eiter isoliert, der sich um ein Geschwulststück herum gebildet hatte, das von dem Vorhautsarkom eines Hundes stammte und einem Kaninchen in das Unterhautzellgewebe transplantiert war, wobei allerdings nichts davon verlautet, daß in der primären Geschwulst Hefezellen gefunden wurden.

Fast alle Versuche fielen positiv aus. Verf. bildet eine Reihe der experimentellen Geschwülste zum Teil in natürlicher Größe ab. Primäre Geschwülste fanden sich im Bauchfell, Netz, den Lungen (bei intratrachealer Impfung), dann Metastasen in Leber, Lungen, Lymphdrüsen usw. Es zeigte sich teils ein endotheliomatöser Bau, aber mit deutlichen Cystenbildungen, sowohl in den primären, als in den als Metastasen angesprochenen Geschwülsten, teils eine an echte Karzinome, Adenokarzinom und Epithelialkrebs erinnernde Struktur. Vor allem gelang Verf. auch die Hervorrufung eines typischen Vorhautsarkoms beim Hunde durch subkutane Injektion der Hefeprodukte dortselbst.

Daß seine Geschwülste keine Granulationsgeschwülste darstellen, dafür spricht dem Verf. zunächst die Homogenität der an Kern, wie an Zellkörper einander völlig ähnlichen Zellelemente, das Fehlen weißer Blutkörperchen und von Fibrin, die Übereinstimmung der Metastasen mit der Hauptgeschwulst, die Cystenformation usw. Jedenfalls kommt er zu dem Ausspruch: »Es gibt nur zwei Auswege, entweder weist man diese pathologischen Prozesse der experimentellen Onkologie zu, oder man schiebt ein neues Kapitel pathologischer Anatomie ein, wo sie ein Plätzchen finden. Die anatomischen Patho-

logen haben das letzte Wort zu sagen«. Dem möchte sich auch Ref. anschließen, Nachuntersuchungen sind auf jeden Fall nötig.

Als Schlußsätze führt Verf. die folgenden an:

1) Die Zellen des Organismus reagieren gegen die Wirkung der löslichen Produkte der Blastomyceten, indem sie sich unter Wandlung von Form und Funktion (Anaplasie) vermehren und lokale Bildung eines neoplastischen Gewebes veranlassen. Ausgelöste Bestandteile des letzteren können auf dem Wege der Lymph- und Blutgänge sich in beliebiger Entfernung auf den Organen niederlassen und hier neues Gewebe aufbauen, identisch von Struktur mit dem Gebilde, von dem sie ausgingen.

2) Dieses Faktum bildet den Grundstein der Differentiation der malignen Tumoren von den Geschwülsten chronischer Entzündung. Somit müssen durch Sproßhefen hervorgerufene Veränderungen der Klasse der echten Neoplasien zugeteilt werden. **Goebel** (Breslau).

---

5) **E. Schümann.** Über die Entstehung bösartiger Neubildungen auf der röntgenbestrahlten Haut.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Verf. stellt aus der Literatur eine Reihe von Fällen zusammen, bei denen nach Röntgenbestrahlung entweder der gesunden oder der mit Dermatosen behafteten Haut ein Karzinom entstanden ist. Weiterhin behandelt er das Röntgenkarzinom als Gewerbekrankheit. Es entwickelt sich bei Röntgentechnikern auf der Basis einer Bestrahlungsdermatitis und ist in eine Linie mit dem Schornsteinfeger- und Paraffinarbeiterkrebs zu stellen. S. veröffentlicht drei neue einschlägige Fälle, deren Krankengeschichten sehr interessant sind. Er stellt fest, daß auf Grund des vorhandenen Materials als Vorbedingung für die Entstehung eines Röntgenkarzinoms eine sehr erhebliche und lang fortgesetzte Bestrahlung erforderlich ist. Die Grundlage bildet eine chronische Röntgendermatitis mit Neigung zu Hyperkeratosen, Pigmentierungen, Schrunden und Warzenbildung. Das jugendliche Alter, das gegen Hautkrebs sonst immun zu sein pflegt, ist am Röntgenkarzinom stark beteiligt. Als Ursache sieht Verf. nicht die durch Gefäßobliteration hervorgerufene schlechtere Ernährung der Zellen, sondern den intensiven Epithelreiz an. Die Malignität des Röntgenkrebses ist verschieden; sehr oft ist starkes Wachstum zu beobachten. Die Therapie ist eine chirurgische.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

6) **K. Vignolo-Lutati.** Über die Atrophia maculosa cutis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 7.)

Der Verf. gibt eine Zusammenstellung der als makulöse Atrophie publizierten Fälle, beschreibt zwei eigene Beobachtungen auch histologisch und kommt nach einer genauen Analyse des bekannten Materials zu dem gewiß berechtigten Schluß, daß die sog. Atrophia

maculosa cutis kein selbständiger Krankheitstypus ist, sondern sehr verschiedene Arten aufweist. **Jadassohn** (Bern).

7) **M. Grasmann.** Versuche über Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der von Heusner empfohlenen Jodbenzinmethode. (Aus der chirurgischen Abteilung des städt. Krankenh. München r. d. Is., Hofrat Dr. Brunner.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42 u. 43.)

Die Untersuchungen ergaben folgendes: Die Händedesinfektionsmethode mit der Alkohol-Äther-$^1/_2$%igen-Salpetersäuremischung nach Schumberg ist zwar eine sehr einfache, schnelle und schonende, aber hinsichtlich des Desinfektionseffektes weit hinter den anderen Methoden zurückbleibend. Die modifizierte Fürbringer'sche ist umständlich, greift die Hände sehr an, ergibt aber gute Resultate, wie sie auch der Händewaschung mit Sublaminalkohol nach Engels nachzurühmen sind. Noch bessere erreicht man mit dem Jodbenzin nach Heusner; die Hände vertrugen dieses besser, als die Bürstung oder Abreibung mit Sublaminalkohol, der stark reizend wirkt. Letztere Methode mit Jodbenzin ist einfach, einheitlich und nimmt nicht viel Zeit in Anspruch: nur die Feuergefährlichkeit des Benzins ist bedenklich. G. empfiehlt deshalb die Anwendung des nicht brennbaren und nicht explodierenden mit 0,1%igem Jod vermischten Benzinoforms, das für die Haut reizlos ist und eine violette Flüssigkeit darstellt; sein Preis (Marke chemische Fabrik Griesheim-Electron) ist der gleiche wie der des Benzins der Pharmakopoe. **Kramer** (Glogau).

8) **R. Emmerich** (München). Die Pyocyanase als Prophylaktikum und Heilmittel bei bestimmten Infektionskrankheiten. I. Die Behandlung der Diphtherie mit Pyocyanase.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 45 u. 46.)

Die Pyocyanase ist ein in Pyocyaneuskulturen gebildetes bakteriolytisches Enzym, welches in Lösung nicht nur die Zellen des Bazillus pyocyaneus, sondern auch Diphtherie-, Cholera-, Typhus-, Pest- und Milzbrandbazillen, sowie die Strepto-, Staphylo-, Gono- und Meningokokken in kurzer Zeit abtötet und auflöst und dadurch in der kausalen Therapie der genannten Infektionskrankheiten vielleicht eine hervorragende Rolle spielen könnte. E. hat zunächst in Experimenten die Wirkung der Pyocyanase auf Diphtheriebazillen studiert und sodann auch am Menschen den raschen Erfolg und die Zuverlässigkeit der Behandlung der Diphtherie mit mehrmals am Tage und in der Nacht erfolgendem Aufstäuben von 3—4 ccm erwärmter Pyocyanase auf die Rachenorgane festgestellt. Der Erfolg wird bedingt durch die bakterizide und entwicklungshemmende Wirkung auf die Diphtheriebazillen und Strepto- und Staphylokokken, durch die Bindung des Diphtheriegiftes, durch die Auflösung der Membranen und durch eine spezifische,

die Restitution der Schleimhaut unterstützende, vielleicht chemotaktische Wirkung. Die Ergebnisse der von E. schon im Jahre 1900 begonnenen Behandlung sind auch durch Pfaundler und Zucker zum großen Teil bestätigt worden. Eine Reihe von lesenswerten Krankengeschichten, besonders schwerer septischer Diphtheriefälle, in denen die Gefahr rasch beseitigt wurde, illustrieren die erreichten Resultate.

Kramer (Glogau).

9) **L. Wrede.** Die Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2 u. 3.)

Verf. beginnt seine umfangreiche Arbeit mit einem theoretischen, kritischen Teil. In demselben geht er scharf mit Bier's Anschauungen über Wert und Wirkungsart seiner Stauungsbehandlung ins Gericht. Er wendet sich vom Standpunkte des Naturwissenschaftlers dagegen, daß Bier Ausdrücke gebraucht, welche auf die Annahme einer bewußten Zweckmäßigkeit der Natur hinzudeuten scheinen. Ref. möchte annehmen, daß ein naturwissenschaftlicher Forscher wie Bier ernstlich von einer derartigen Anschauungsweise frei ist, und daß es sich bei solchen Äußerungen nur um ein Urteil über die Folgen entzündlicher Prozesse für das betroffene Subjekt, nicht um die Wiederaufnahme eines veralteten Prinzips spekulativer Betrachtungsweise gehandelt hat. W. erhebt Widerspruch dagegen, daß venöse Stauung und Stromverlangsamung ohne weiteres als die natürlichen Kampfmittel des Körpers bei akuten eitrigen Infektionskrankheiten angesehen werden dürfen, und daß es begründet sei, in der künstlichen Vermehrung der Stromverlangsamung einen Vorteil zu erblicken. Aus den klinischen Tatsachen, die er seiner eigenen Beobachtung, wie den in der Literatur publizierten Erörterungen und Fällen entnimmt, scheint ihm hervorzugehen, daß auch eine Virulenzabschwächung ebensowenig wie eine Baktericidie weder mit irgendwelcher Sicherheit, noch in gesteigertem Maße durch die Staubehandlung zustande kommt. Die Arbeiten, die dies zu beweisen vorgeben, beruhen seiner Ansicht nach auf fehlerhafter Anlage oder falschen Schlüssen. Für wichtig hält er es, daß seiner Ansicht nach der Erweis dafür erbracht ist, daß das Bier'sche Stauungsverfahren die Resorption der Entzündungsstoffe fördert, und daß die resorbierten Entzündungsstoffe Schädigungen in parenchymatösen Organen, wie Herz, Leber, Nieren, hervorrufen können, abgesehen davon, daß infolge davon gelegentlich auch Metastasen auftreten. Die kleinen Einschnitte, welche Bier früher befürwortet hat, verdammt Verf. Er konstatiert, daß Bier bezüglich dieses Punktes in seiner neuesten Veröffentlichung praktisch die weitesten Zugeständnisse gemacht hat. Wenn W. dagegen meint, daß damit viel von dem Nimbus der neuen Lehre fortfällt, so werden ihm wohl viele nicht beistimmen, die es als ein großes Verdienst Bier's ansehen, daß man heute allgemein gelernt hat, auch bei entzündlichen Prozessen schonsamer vorzugehen. Ebensowenig wird man wohl W.'s

Äußerung beipflichten, daß Bier's Erklärung über die Wirkungsweise seiner Methode darauf hinauskomme: »Stauungshyperämie wirkt durch Hyperämie!« Derartige verletzende Bemerkungen sind jener Urteilsäußerung nahe verwandt, welche Bier im Gegensatz zur Ansicht seiner Fachkollegen alles Verdienst an der Rückenmarksanästhesie absprechen. Sie gehören nicht mehr in das Gebiet der Kritik. Ref. glaubt allgemeiner Zustimmung sicher zu sein, wenn er verlangt, daß man Bier, welchem unser Fach mehr Anregung und Fortschritte verdankt, als irgendeinem, mit der Wertschätzung und Anerkennung begegnet, welche ein hervorragender Forscher verdient. An dieser Forderung kann auch die Einsicht nichts ändern, daß Bier's Lehren wie diejenigen anderer Meister unserer Wissenschaft des Ausbaues und der Korrektur bedürfen.

W. ist, wie nach seinen theoretischen Erörterungen zu erwarten ist, von der Bier'schen Stauung nicht befriedigt. Wohl erkennt er einzelne gute Erfolge an, aber er schränkte ihren Wert dadurch ein, daß er sie entweder als leichte Infektionsfälle ansieht oder der Meinung Ausdruck gibt, daß sie wahrscheinlich auch gerade so rasch und so gut nach der alten Behandlungsmethode geheilt worden wären. In einzelnen Fällen seines Materials glaubt er direkt mit der Staumethode schwere Mißerfolge erzielt zu haben, sei es, daß es zur Amputation von Extremitäten kam oder die Pat. gar septisch zugrunde gingen. Er verwirft die »blendende Hypothese von der Nützlichkeit der Entzündung«. Man habe die letztere gar nicht nötig, wenn man sie nach dem alten Verfahren ausschalte. »Das Schlagwort« von den kleinen Inzisionen sei trügerisch in allen schweren Fällen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) **Pusey.** The use of carbon dioxid snow in the treatment of nevi and other lesions of the skin.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 16.)

Verf. bediente sich bei einer Reihe von Fällen mit Erfolg der flüssigen Kohlensäure zur Beseitigung von Hautkrankheiten.

Auffallend ist der durch Photogramme illustrierte Erfolg, den er durch Beseitigung eines großen Naevus pigmentosus pilosus mit Kohlensäure erzielte. Das Mal betraf die linke Stirnseite und fast die ganze linke Wange einer jungen Dame und wurde bis auf einfache, zart pigmentierte Flecke ganz ohne Narbenbildung entfernt. Ebenso gelang die Entfernung eines Naevus, der das ganze untere Augenlid ergriffen hatte.

Verschiedene Pat. mit Naevus vasculosus wurden schnell völlig geheilt. Bemerkenswerte Erfolge hatte Verf. bei der Behandlung des Lupus erythematosus, nicht aber beim Lupus vulgaris; dafür wirkt das Verfahren nicht tief genug.

Im allgemeinen genügt es, die zu behandelnde Hautpartie 10 bis 30 Sekunden im gefrorenen Zustande zu erhalten. Es kommt dann

zur Blasenbildung; die Blase trocknet ein, und die entstandene Kruste verschwindet in 10 Tagen, ohne Narbenbildung zu hinterlassen. Setzt man das Verfahren 50 Sekunden fort, dann kommt es zu Gangrän. Genügt die einmalige kürzere Sitzung nicht, dann kann man sie ein- oder mehrmal wiederholen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

11) **Forsyth.** The relation between the thyroid and parathyroid glands.

(Brit. med. journ. 1907. November 23.)

Sandström lehrte 1882, daß die Parathyreoiddrüsen nur Reste embryologischen Gewebes und ohne wesentliche Bedeutung seien; Gley stellte sie 1892 auf Grund von Tierexperimenten als lebensnotwendige Organe hin. Zwischen diesen beiden Theorien hat auch die neueste Forschung noch keine Entscheidung getroffen.

F. hat sich nun an der Hand von Untersuchungen an über 50 menschlichen Leichen und über 70 verschiedenen Tieren eine eigene, seiner Meinung nach den Streit entscheidende Ansicht gebildet. Da es unmöglich ist, infolge der großen Ungesetzmäßigkeit der Parathyreoiddrüsen an Zahl und Lage, mit Sicherheit alle Drüsen operativ ohne Schilddrüse und selbst mit ihr zu entfernen, so sind alle Schlußfolgerungen aus solchen operativen Ergebnissen sehr angreifbar. Auf der anderen Seite fehlt zur Bekräftigung und Annahme der Sandström'schen embryologischen Theorie die Erfüllung zweier Forderungen: es konnte nicht nachgewiesen werden, daß die Parathyroiddrüsen dem embryologischen Schilddrüsengewebe gleichartig seien, ebensowenig konnten Anzeichen dafür gefunden werden, daß das Parathyreoidgewebe im Schilddrüsengewebe sich umwandelt, oder daß Übergangsformen bestehen.

F.'s eigene Ergebnisse sind: die Parathyreoiddrüsen sind kein embryologisches Gewebe, sondern besitzen aktive Sekretion. Der abgesonderte Saft ist vom Schilddrüsenkolloid nicht zu unterscheiden: funktionell sind Parathyreoid- und Thyreoidgewebe sich gleich; ihre histologischen Unterschiede sind abhängig von der Stärke der Sekretion und der Lymphdrainage beider Drüsen. **Weber** (Dresden).

---

12) **MacCallum, Thomson** and **Murphy.** Tetany after parathyroidectomy in herbivora.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Bei der weiten Verteilung des Parathyreoidgewebes bei Herbivoren ist es ungewöhnlich schwierig, wirklich alles zu entfernen.

Gelingt dies aber, dann kann man auch mit Sicherheit den Ausbruch heftiger Tetanie erwarten. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

13) **Estes** and **Cecil.** The relation of iodine to the parathyroid.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Die Verff. haben die Parathyreoidea bei 2 Hunden, 6 Kühen, 3 Pferden, 2 Schafen und 4 Menschen nach dem Baumann'schen

Verfahren auf Jodgehalt untersucht und sind zu dem Ergebnis gelangt, daß Jod in diesem Organ so gut wie niemals vorhanden ist. War es wirklich einmal nachzuweisen, dann war die Menge so minimal, daß Jod für die Funktion des Organs unmöglich irgendwelche Bedeutung haben kann. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

14) **R. Haecker.** Experimentelle Studien zur Pathologie und Chirurgie des Herzens.

(v. **Langenbeck's** Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Die Versuche des Verf.s sind meist an Hunden ausgeführt worden. Zur Freilegung des Herzens hat er sich des Interkostalschnittes bedient, der ihn genügend Zugang verschaffte. Zur Vermeidung des Pneumothorax wurde das Sauerbruch'sche Unterdruckverfahren angewendet, das eine Veränderung des Blutdruckes nach Eröffnung der Brusthöhle nie zustande kommen ließ, während an den beigegebenen Kurven ersichtlich ist, daß beim Sinken des Minusdruckes in der Kammer eine Steigerung des Blutdruckes eintrat. Die Versuche an Stich- und Schußverletzungen des Herzens ergaben, daß die Blutung aus demselben systolisch erfolgt, und daß sie in dem Maße nachläßt, wie die Lunge zusammensinkt, was durch Wiederherstellung des Atmosphärendruckes einfach zu erzielen war. Den Unterschied in der Stärke der Blutung bei geblähter und kollabierter Lunge muß man wohl so erklären, daß die zusammengesunkene Lunge infolge der Gefäßerweiterung mehr Blut aufnimmt und dasselbe langsamer dem linken Ventrikel zuführt. Der Pneumothorax, welcher so als günstig angesehen werden müßte, wirkt aber bei längerem Fortbestehen schädlich und führt zum Herzstillstand. Er muß deshalb beseitigt werden. Immerhin ist es aber von Vorteil, daß man in der pneumatischen Kammer Variationen der Lungenblähung anbringen kann. Bemerkenswert ist, daß die Nahtanlegung bei kollabierter Lunge leichter war, da das Herz in diesem Falle schlaffer und weicher wurde. Zweckmäßig ist es, das Herz bei 3—4 mm Hg, resp. etwas mehr Unterdruck bei größeren Tieren freizuliegen. Erst nach Anlegung der Naht wurde derselbe auf 8 mm erhöht, wodurch die oft darniederliegende Herztätigkeit sich rasch erholte. Für die Naht empfiehlt H. Catgutknopfnähte. Sie sollen nur Epi- und Myokard fassen. In der Ausschaltung des Pneumothorax bei Herzoperationen sieht er neben den sonstigen Vorteilen eine wesentliche Verminderung der Infektionsgefahr für die Pleura, die bei Tieren sehr leicht den Tod verschuldet. Das temporäre Abklemmen der Vena cava superior und inferior zu vorübergehender Blutstillung wurde bei Abbindung beider Gefäße zu gleicher Zeit bis zu 10 Minuten, bei Abklemmung nur einer Vene bis zu vielen Stunden vertragen. Nachdem sich Verf. an einigen Versuchen überzeugt hatte, daß man mittels der Abklemmungsmethode fast blutleer am Herzen operieren kann, ohne dasselbe zu schädigen, glaubt er, daß durch dies Resultat auch größere Operationen am Herzen, z. B. bei Fremdkörpern in demselben, eine günstige Perspek-

tive eröffnet wird. Die eigenen Fremdkörperversuche, die H. durch Einbringen von stechenden, spitzen Körpern und von Kugeln in die Herzhöhlen vorgenommen hat, ergaben, daß das Schicksal derselben von ihrer Form und Größe abhängt. Nadelförmige Gebilde dringen in die Wandung ein; an den Teilen, die in die Hohlräume hineinragen, kommt es zu Thrombenbildung. Nicht nadelförmige Körper werden vom Blutstrom fortgerissen in die Lungenarterie, in die Bauchaorta usw., je nachdem sie in die rechte oder linke Herzhälfte eingeführt werden. Jedenfalls können Fremdkörper auch ohne Störung für den Organismus einheilen.

Weiterhin ist es dem Verf. im Verlaufe seiner äußerst interessanten Experimente gelungen, unter Anwendung der Blutleere Stücke aus der Herzwand auszuschneiden, und zwar in großer Ausdehnung. Er fand dabei eine Stelle, vielleicht an der linken Atrioventrikulargrenze, deren Verletzung sofortigen Herzstillstand verursacht. Auch Klappenfehler und andere anatomische Schädigungen hat er bei einer größeren Zahl von Tieren zustande gebracht. Verf. glaubt wohl mit Recht, daß die Resultate seiner umfangreichen Arbeit die menschliche Herzchirurgie um einen weiteren Schritt vorwärts bringen werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **C. E. McGirk.** Enuresis in the female due to phimose.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. November.)

Bei kindlichen und erwachsenen Angehörigen des weiblichen Geschlechts will Verf. als Ursache langdauernder und hartnäckiger Enuresis eine Phimose durch Verwachsungen zwischen Präputium und Clitoris gefunden haben. Dieser pathologische Zustand bedinge durch behinderte Erektionsmöglichkeit der Clitoris oder durch Irritation infolge von Smegma einen ständigen Reiz, der auf dem Wege des N. pudendus und der sympathischen Nerven zum Miktionszentrum des Rückenmarkes geleitet werde und hier die unfreiwillige Harnentleerung auslöse. In anderen Fällen käme es durch den genannten Reiz zu Hysterie, Nymphomanie, Masturbation, Chorea, Pruritus vulvae, Vaginitis.

In neun Fällen von sog. weiblicher Phimosis hat nun Verf. die Zirkumzision bzw. Lösung des Präputiums der Clitoris vorgenommen und dadurch die langdauernde lästige Enuresis beseitigt. Beachtenswert erscheint der Umstand, daß das Leiden in zwei Fällen Mutter und Kind betraf, und daß drei von vier Müttern Kinder mit ähnlichen Anomalien geboren hatten.

Strauss (Nürnberg).

---

16) **Dsirne.** Kryoskopie und funktionelle Nierendiagnostik.

(Chirurgia 1907. Nr. 122. [Russisch.])

Nach kurzer historischer Einleitung bringen die Ausführungen eine sachliche Kritik der auf dem Gebiete der funktionellen Nierendiagnostik auseinandergehenden Meinungen. D. schließt sich ganz Kümmell an, in dessen Institut die vorliegenden Untersuchungen

stattgefunden haben. Das Schwergewicht der Ausführungen verlegt D. auf die Fragen der Technik bei der Kryoskopie, indem er mit Recht betont, daß nur eine einwandsfreie Technik, die erst nach vielen Dutzenden von Bestimmungen erreicht werden kann, maßgebend ist. Ferner bringt D. eine Reihe von wichtigen Kleinigkeiten aus der Technik, die für das Resultat der Untersuchung entscheidend sein können.

Im übrigen steht er ganz auf dem Standpunkte der Autoren, die der Kryoskopie nur dann eine entscheidende Bedeutung beimessen, wenn alle anderen Untersuchungsmethoden im Stiche gelassen haben.

Die Arbeit ist ein warmer Appell an die russischen Kollegen, die Vorteile der Methode sich zu Eigen zu machen.

Oettingen (Berlin).

---

17) **G. Ekehorn.** Beiträge zur Kenntnis der Wachstumstopographie der Tuberkelbakterien in der Niere bei tuberkulöser Nephritis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

E. konstatiert, daß man oft in frischen Fällen von Nierentuberkulose mit unbedeutender Eiterung große Mengen von Tuberkelbazillen findet, daß dagegen in alten Fällen mit starker Eiterung nur wenig Bazillen zu sehen seien. Ferner ist ihm aufgefallen, daß die Tuberkelbazillen oft in großen Kolonien angehäuft sind in Anordnungsformen, die darauf schließen lassen, daß sie sich in einem freieren Zustande gebildet haben müssen analog den Verhältnissen, unter denen das Bakterium auf der Oberfläche eines halbfesten artefiziellen Nährmittels wächst. Die Untersuchungen des Verf. an exstirpierten Nieren, die stets sofort nach der Operation vorgenommen wurden, ergaben interessante Aufschlüsse über diese eigenartigen Erscheinungen. Sie zeigten, daß die vielen Bakterien von Vegetationen in den ulzerierten Papillenspitzen herrührten, so daß es einleuchtet, daß bei beginnenden Fällen auch schon ein ergiebiger Bakterienbefund möglich ist. Ebenso ist es klar, daß der Bakteriengehalt während verschiedener Perioden der Krankheit verschieden sein kann, je nachdem neue Partien der Papillenspitzen ergriffen werden und der Nekrose anheimfallen. Auf Grund der Beschaffenheit des Urins lassen sich auch gewisse Wahrscheinlichkeitsschlüsse auf den Zustand der Niere ziehen. Findet man z. B. im Urin Bakterien in großen Haufen oder Kolonien, so kann man schon auf Grund hiervon sagen, daß sie von einer der Nieren herkommen, da es bisher nicht beobachtet wurde, daß sie von der Oberfläche der Blase oder der Harnleiter stammen können. Die Partie der Niere, von welcher sie kommen, ist mit Wahrscheinlichkeit als im Zustand der Nekrotisierung befindlich anzunehmen. Reichlicher Eitergehalt mit geringer Bakterienzahl spricht für eine ältere Kaverne mit sklerotischen Wänden; unbedeutende Eitermengen lassen selbst bei starkem Bakteriengehalte darauf schließen, daß keine größere Nierenpartie in Zerfall begriffen ist. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

18) **W. Röpke.** Die Folgen der Nephrotomie für die menschliche Niere.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 3.)

Die Frage, ob Inzisionen in das Nierengewebe ausgedehntere Schädigungen des Parenchyms über das Inzisionsgebiet hinaus veranlassen oder nicht, ist bisher bloß durch das Tierexperiment geprüft worden. Verf. hat zu näherer Klarlegung Fälle aus der Literatur neben einem eigenen zusammengestellt, an denen eine Möglichkeit vorlag, Studien über die genannte Frage anzustellen. Er glaubt auf Grund des vorliegenden Materials mit Langemak den Sektionsschnitt der Niere nicht als harmlosen Eingriff ansehen zu dürfen. Der Sektionsschnitt sowohl wie alle anderen beliebigen Schnitte haben Infarktbildung im Gefolge. Das vorliegende Material genügt nach Verf.s Ansicht aber nicht, den Sektionsschnitt im allgemeinen als so folgenschwer hinzustellen wie es Langemak und Hermann getan haben. Die Schnittrichtung beeinflußt die Größe der Infarktbildung. Inwieweit man aber nach Zondeck's Untersuchungen mit dessen dorsal gelegenem Sektionsschnitt bei pathologischen Nieren eine ausgedehntere Gewebsschädigung vermeiden kann, dazu sind noch weitere Untersuchungen erforderlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **Krymoff.** Zur Technik der Nephrotomie.

(Chirurgia 1907. Nr. 131. [Russisch.])

Eine umfangreiche Experimentalstudie, die sich mit den Verschlußmethoden der durchschnittenen Niere beschäftigt. Es sollte die Frage beantwortet werden, ob Catgut oder Seide das geeignetere Nahtmaterial wäre, ferner die Frage, ob durch das Parenchym oder nur durch die Kapsel genäht werden solle, und schließlich tritt K. der Frage näher, ob die Vereinigung der Nierenhälften ohne Naht durch Anlegung einer besonders konstruierten Nierenklammer zu erreichen ist, die, 12—24 Stunden liegen bleibend und dann vorsichtig entfernt, jede Naht ersetzen soll.

K. operierte an Hunden zunächst einseitig nach einer Methode, nach Wochen wurde an der anderen Seite eine andere Methode versucht. Schließlich wurden die Hunde getötet und makroskopische sowie mikroskopische Untersuchungen an den Nieren vorgenommen. (Übrigens bemerkt Verf. kurz, daß er bei der zweiten Operation regelmäßig an der anderen Niere eine kompensatorische Hypertrophie fand, die in einigen Fällen in der Folge zurückging.) Die Resultate lassen sich im wesentlichen folgendermaßen zusammenfassen: In allen Fällen, wo — mit Seide oder mit Catgut — durch das Parenchym genäht worden war, zeigt die Niere an den Nahtstellen die typischen narbigen Einziehungen bis tief in das Parenchym hinein. Mikroskopisch war zwischen dem mit Catgut und dem mit Seide genähten Gewebe ein wesentlicher Unterschied bemerkbar; die Umgebung des in Resorption begriffenen aufgequollenen Catguts ist dicht angefüllt mit »lymphoiden

Elementen«, die bis in den Faden hineindringen, diesen auflösend. Nach erfolgter Auflösung bildet sich an Stelle der Naht eine zarte fibröse Narbe. K. beschreibt diesen Vorgang als »typisches Bild aktiver Gewebstätigkeit«, die einen funktionell möglichst geringen Defekt hinterläßt.

Anders wo das Parenchym mit Seide genäht wurde. Hier bietet sich mikroskopisch das »Bild passiver Gewebstätigkeit«, indem das Gewebe durch Abkapselung des Fadens diesen gewissermaßen zu isolieren versucht. Allerdings ist auch hier der Faden mit Granulationsgewebe umgeben, doch ziehen von dort in weiterer Ausdehnung bindegewebige Züge in die Tiefe des Organes; dieses wird durch den Fremdkörper in jeder Beziehung viel intensiver gereizt und zur Reaktion gezwungen. Das Schlußresultat ist eine viel ausgedehntere Narbe, in deren Mitte der Faden liegen bleibt.

Zu dieser Versuchsreihe bemerkt K. noch, daß er in drei Fällen Infarkte feststellen konnte, die auf das Nähen mit scharfer Nadel zurückzuführen seien; diese stechen wichtige Gefäße an, und deshalb sei, wo das Parenchym genäht werden soll, nur die stumpfe und gerade Nadel anzuwenden.

In der dritten Versuchsreihe nähte K. nur die fibröse Kapsel mit fortlaufender Naht. Das erste in die Augen springende Symptom war eine nach der Operation bis zu 3 Tagen andauernde Hämaturie; tödlich war indessen keine.

An den nach Wochen exstirpierten Nieren fiel vor allem eine leichte Vergrößerung auf und zugleich das Fehlen der bei der Parenchymnaht typischen Buckelung. Die Vergrößerung erklärt K. mit der Blutansammlung zwischen den Schnittflächen, die durch die Kapselnaht allein zu wenig gegeneinander komprimiert werden. Die Untersuchung der Nieren bot ein in zweifelhafter Hinsicht interessantes Bild: die Narbe bildete einen Keil, der, an der Kapsel am breitesten, in der Rindenzone schmäler werdend, in der Markregion ganz zart und schließlich bei den Kelchen kaum bemerkbar war. Ferner war in die Augen springend, daß die Narbenbildung an beiden Schnitthälften ungleich entwickelt war, und zwar in dem Sinne, daß jedesmal die vordere Nierenhälfte eine bedeutend stärkere Bindegewebsentwicklung zeigte. Auf den mikroskopischen Schnitten gab das ein ganz eigentümliches Bild, auf dem vordere und hintere Nierenhälfte sofort unterschieden werden konnten.

Schließlich verdient der Versuch, die Niere ohne Naht mittels einer eigens dazu gebauten Klammer (Instrumentenmacher Schwabe in Moskau) zu schließen, wegen der Neuheit Interesse. Die Klammer ist nierenförmig gebaut, wird doppelseitig unter leichter Kompression angelegt und bleibt bis 24 Stunden liegen. Nach Abnahme der Klammer trat nie eine Blutung auf, die leichten Druckmarken auf der Niere verschwanden in allen Fällen in kürzester Zeit.

Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung zeigte nun, daß die Nieren sich von denen der vorigen Gruppe nur in einem

Punkte unterschieden: die Narbe war nicht keilförmig, sondern gleichmäßig, zart, das Parenchym war nur wenig verändert, und die vordere Seite der Niere zeigte nicht die erhöhte Vernarbung wie bei der vorigen Untersuchungsreihe.

Die Schlüsse, die K. aus seinen sehr sorgfältigen Untersuchungen zieht, lauten: Nach der Nephrotomie soll die Vernähung der Kapsel als das Normalverfahren gelten. Wünschenswert sei die Nachprüfung seines Nierenkompressionsapparates, der nach seiner Erfahrung an 17 operierten Hunden ausgezeichnete Resultate gibt.

12 gute Abbildungen, darunter die Klammern, sind der Arbeit beigefügt. **Oettingen** (Berlin).

---

20) **Riedel.** Über die verschobene, an falschem Orte durch Verwachsungen festgelegte rechte Niere.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 41 u. 42.)

Möglich ist, daß bei plötzlicher gewaltsamer Drehung um die quere Nierenachse und verharrend in dieser Stellung stürmische Erscheinungen auftreten. Bewiesen ist es jedoch bis jetzt nicht. Drehungen der Niere um eine horizontale Achse verursachen für gewöhnlich durchaus keine stürmischen Erscheinungen. In vielen Fällen von sog. Einklemmungserscheinungen handelt es sich nicht um eine Wanderniere, sondern um eine durch Ansammlung von Flüssigkeit im Nierenbecken vergrößerte Niere. In einer anderen Reihe von Fällen sind die sog. Einklemmungserscheinungen bedingt durch verschobene, an falschem Orte durch Verwachsungen fest gewordene Nieren. Diese Anfälle verlaufen ohne Fieber, ohne Veränderungen des Urins. Das Leiden tritt nur bei rechtsseitiger Wanderniere auf. Bei Eröffnung der Bauchhöhle liegt die Niere hinter dem Duodenum seitlich am Wirbelkörper fest. Das Mesokolon der Flexura hepat. coli ist mit der unteren Leberfläche verwachsen; zuweilen die Flexur selbst. Auch kann die Pars pylorica ventriculi mit der Leber verkleben. Die hinter diesen Verwachsungen gelegene, fest fixierte, aber normale Niere imponiert als Gallenblasengeschwulst und kann gelegentlich exzessive Schmerzanfälle und Erbrechen verursachen. Bis zu diesem höchsten Stadium von Verwachsungen gibt es zahlreiche Übergänge, die R. wiederholt gesehen hat, da er von 130 Fällen von Wanderniere 50 gleichzeitig von vorn operiert hat. Für das Zustandekommen der Wanderniere hält R. nicht den Druck durch die Rockbänder, sondern den indirekten Druck durch die Leber für das Maßgebende, indem der untere Leberrand um die Querachse nach hinten gedreht wird, so daß er unter Umständen das frühere Lager der Niere vollständig einnehmen kann. Wird die Niere gleich mehr medianwärts verschoben, so gerät sie unter das Mesokolon der Flexura hepatica, drückt dies gegen die Unterfläche des rechten Leberlappens, so daß beide miteinander verwachsen. Der Hilus rückt hinter den rechten Rand des Duodenum, den es nach vorn treibt und abplattet. Auch hier kommt

es zu Verwachsungen zugleich mit der Gallenblase. Dilatatio ventriculi wird erst hochgradig, wenn die Pars pylorica jenseits des Pylorus mit der Leber verwächst. Alle diese Verwachsungen können auch durch andere Umstände entstanden sein (Mesenterialperitonitis). Die Beschwerden der Kranken werden bei Zunahme der Verwachsungen im allgemeinen größer. Die Diagnose ist oft recht schwer, besonders wenn keine fühlbare Geschwulst vorhanden ist, oder gleichzeitig Ikterus auftritt. Eine Anzahl der mitgeteilten Fälle ist unter anderer Diagnose operiert worden. Wenn die Erscheinungen von seiten des Magens allzu stürmisch sind, wird Lösung der Verwachsungen von vorn her nötig sein. In den meisten Fällen genügt die Freilegung der Niere von hinten und Befestigung an normaler Stelle. Zwei Pat. hat R. an heftigem Erbrechen bei nicht gelösten Verwachsungen verloren. Leider verbietet es der Rahmen eines Referates, noch weiter auf die äußerst interessante und lesenswerte Arbeit einzugehen. Auch die zahlreichen Krankengeschichten, die das Gesagte so reich illustrieren, können keine besondere Erwähnung finden. Der Aufsatz schafft Klarheit in einem Krankheitsbilde, in dem sich Hypothesen auf Hypothesen aufbauten und wird uns um eine segensreiche Operation bereichern.

Borchard (Posen).

---

21) **Tichoff.** Über Harnleitereinpflanzung in den Mastdarm.

(Chirurgia Bd. XXII. Nr. 127. [Russisch.])

Eine der Indikationen ist gegeben, wenn bei Inkontinenz — besonders bei großen Blasen-Scheidenfisteln — alle anderen Maßnahmen versagt haben.

T. operiert nach folgender Methode: er eröffnet den Bauch in der Mittellinie und verschafft sich möglichst freien Zugang zu jener Stelle, wo der deutlich durch das Bauchfell schimmernde Harnleiter aus dem großen Becken in das kleine übergeht. Das Bauchfell wird 2 cm weit geschlitzt. Vorsichtiges Vorziehen des Harnleiters und, bevor die Durchschneidung erfolgt, Annähung desselben mit 2 bis 4 Nähten an den Mastdarm an der Stelle, wo die Einpflanzung geschehen soll. Nun erfolgt die Durchschneidung des Harnleiters und, Versorgung des peripheren Stumpfes. Eine 1 cm lange Öffnung, die in die Seitenwand des Mastdarmes gesetzt wird, nimmt nun das zentrale Ende des Harnleiters auf, und die Wunde im Mastdarm wird geschlossen, indem wie bei der Witzel'schen Gastrostomie, Etagennähte gesetzt werden. Schließlich wird das Bauchfell vor der Implantationsstelle derart geschlossen, daß diese retroperitoneal bleibt.

T. hat 14 Fälle operiert, von denen 5 tödlich endeten; in 3 Fällen beschuldigt T. seine Technik, da 2mal die Fixationsnähte sich gelöst hatten, im 3. Falle von den Nähten her eine Peritonitis sich entwickelte. 2mal war Pyelonephritis die Todesursache, doch bestand in einem Falle schon vorher eine Nierenerkrankung, und Pat. wurde nur auf seine dringende Bitte hin operiert.

An den Präparaten konnte T. nachweisen, daß die Verwachsung

des Harnleiters mit der Mastdarmwand eine sehr feste ist, ohne daß die Durchgängigkeit des Harnleiters in irgendeiner Weise gelitten hätte.

Der Zustand der neun anderen Pat. ist andauernd ein guter.

Oettingen (Berlin).

---

22) **K. Stern** (Düsseldorf). Die Behandlung der Epididymitis und der Bubonen mit Hyperämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

S. hat mit der Stauung mittels Schlauch bei der gonorrhoischen Epididymitis sehr günstige Resultate gehabt; der mit Watte umwickelte Gummischlauch wird oberhalb des entzündeten Hodens mäßig fest angelegt, wonach die spontane Schmerzhaftigkeit sofort aufhören muß. Der richtig liegende Schlauch wird erst nach ca. 20 Stunden abgenommen, nach kurzer Zeit aber erneut angelegt, so daß also eine Art Dauerstauung zur Anwendung kommt. Nach Beseitigung der Schmerzen wird nur noch kurze Zeit gestaut und dazwischen die Heißluftdusche oder ein heißer Umschlag appliziert, um die Bildung von Infiltraten zu verhindern oder solche zur Aufsaugung zu bringen. Eine Hodenatrophie als Folge dieser Behandlung hat S. nie beobachtet; er hofft, daß durch diese auch die Folgen der Epididymitis in bezug auf die Potentia generandi günstige sein werden.

Bei Bubonen hat sich die Behandlung mit künstlicher Hyperämie (durch Sauggläser) gleichfalls bewährt. **Kramer** (Glogau).

---

23) **C. Philip** (Hamburg). Die Anwendung von reinem Ichthyol bei Epididymitis gonorrhoica.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Das reine Ichthyol wird nach Ablauf der akuten Entzündungserscheinungen auf die erkrankte Skrotalhälfte bis über die Leistenpforte dick aufgepinselt und darüber ein zusammenhängendes Stück Watte gelegt, die, mit dem Ichthyol verklebend, einen festen Kompresivverband bildet. Der durch ein Suspensorium noch geschützte Verband bleibt 4—5 Tage liegen und wird nach Abwaschen erneuert. P. rühmt die rasche Rückbildung des Infiltrats und der Schmerzen unter dieser Behandlung. **Kramer** (Glogau).

---

24) **Lortat-Jacob** et **Laubry.** Athérome expérimental et ovariotomie.

(Tribune méd. 1907. August 24.)

Die Verff. stellten durch Tierversuche fest, daß Kastration deutlich die Entstehung einer experimentell durch Adrenalineinspritzungen erzeugten Arteriosklerose begünstigt, sowohl bei männlichen wie bei weiblichen Tieren. Bei den ovariotomierten Kaninchen trat an Stelle des Atheroms manchmal eine enorme heftige Infiltration ein, vermutlich infolge von Ernährungsstörungen des Gewebes durch Adrenalinwirkung. **Mohr** (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der deutschen chirurg. Klinik in Prag. Vorstand Prof. Dr. A. Wölfler.

Ein neuer Darmknopf.

Von

Prof. Dr. Viktor Lieblein,
I. Assistent der Klinik.

Als ich vor 2 Jahren nach einem Material Umschau hielt, das zur Herstellung resorbierbarer Darmknöpfe geeignet wäre, wurde durch den Pädiater unserer Universität, Herrn Prof. Dr. Epstein, meine Aufmerksamkeit auf die Formolverbindung des Kaseins, Galalith genannt, gelenkt. Durch Vermittlung ihres Chemikers, Herrn Dr. Ritter v. Hasslinger, stellte mir die Radlitzer Dampfmolkerei das für meine Versuche nötige Rohmaterial in liebenswürdigster Weise zur Verfügung. Als ich dieses Material in Stangen geliefert bekam, sprach ich Herrn Dr. v. Hasslinger gegenüber bereits damals die Ansicht aus, daß der Galalith auch für andere Zwecke der Chirurgie, vor allem der plastischen Chirurgie dienstbar gemacht werden könnte. Ich habe jedoch diese Möglichkeiten vorläufig nicht weiter verfolgt, sondern mich lediglich mit der Herstellung von Darmprothesen aus diesem Material beschäftigt. Nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es dem hiesigen Mechaniker, Herrn Josef Kettner, nach meinen Angaben einen brauchbaren Darmknopf aus Galalith herzustellen, welcher im wesentlichen dem Murphy'schen Darmknopf nachgebildet ist. Nach ausgedehnten Tierversuchen habe ich seit März 1907 diesen Darmknopf auch bei Magen-Darmoperationen beim Menschen vielfach angewendet, und hat mir derselbe besonders bei der Gastroenterostomie vorzügliche Dienste geleistet.

Da ich beabsichtige, heuer am Chirurgenkongreß sowohl den Knopf zu demonstrieren, als auch über meine Erfahrungen mit demselben zu berichten, so will ich an dieser Stelle diesen Ausführungen nicht weiter vorgreifen.

7. Januar 1908.

---

25) Helmholz. **Experimental epithelial proliferations of skin and mucous membranes.**

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

H. hat die Versuche Fischer's, durch Farbstoffinjektionen Karzinome zu erzeugen, fortgesetzt. Während es aber Fischer nur an der Oberhaut gelang, Geschwülste hervorzurufen, die das Aussehen von Karzinomen hatten, hat H. solche Bildungen auch an Schleimhäuten erzeugt.

In der Blase von zwei Kaninchen entstanden nach Injektion von Öl mit Sudan III bzw. mit Dimethylamidoazobenzol große Papillome mit gleichzeitiger starker Wucherung des Bindegewebes.

Injektionen an Speiseröhre und Magen von Kaninchen waren nicht von Erfolg, es kam nur zu Bindegewebswucherung.

Die Mundschleimhaut reagierte genau so wie die Oberhaut im positiven Sinne.

Die Versuche am Mastdarme wurden in der Weise vorgenommen, daß entweder direkt unter die Schleimhaut injiziert oder aber im Bereiche der äußeren Haut eingestochen, die Nadel bis unter die Schleimhaut vorgeschoben und hier die Injektionsmasse deponiert wurde. Es wurde jedesmal eine ganze Reihe von Einspritzungen zu gleicher Zeit ausgeführt.

Bei zwei Kaninchen zeigte sich kein Effekt, anders beim dritten, dem Scharlach R 8mal injiziert worden war.

Hier ergab die Sektion das Vorhandensein von drei grauweißen Knötchen unter der Schleimhaut. Zwei dieser Knötchen zeigten bei mikroskopischer Betrachtung das Bild eines bis in die Submucosa hineingewachsenen Adenoms, das dritte aber hatte mehr bösartigen Habitus. Das Wachstum hatte ganz irregulär stattgefunden, in der Tiefe der Geschwulst ging das Zylinderepithel in Plattenepithel von 5 bis 10 Zellenlagen Dicke und dies dann wieder in Zylinderepithel über. Die Muscularis mucosae war durchbrochen und von den gewucherten epithelialen Massen auseinander gedrängt. Nach der Tiefe zu bestanden solide Ausläufer ins Gewebe hinein.

Ob Verf. Sudan III oder Scharlach R nahm, war im Erfolg ganz gleich. Er hält es wohl für möglich, bei genügender Geduld auch an Ösophagus und Magen zu positiven Ergebnissen zu gelangen.

Fünf große, sehr gute Mikrophotogramme. **W. v. Brunn** (Rostock).

26) K. Buday. Statistik der in dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität in Kolozsvár in den Jahren 1870—1905 zur Obduktion gelangten Krebsfälle, nebst kurzer Übersicht der innerhalb desselben Zeitraumes vorgekommenen bösartigen Geschwülste.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 1.)

Die Statistik bezieht sich auf 366 Krebsfälle unter 5530 zur Obduktion gekommenen Leichen. Es werden nach jeder Richtung vergleichende Tabellen aufgestellt und mit den bekannteren Krebsstatistiken: Frief, Rieck, Richelmann, Danielsen, Borst, Lubarsch usw. verglichen. Es können hier nur einige Daten hervorgehoben werden, wie die größere Häufigkeit des Krebses der Mundhöhle, des Rachens und der Lungen und die größere Seltenheit des Leber- und Darmkrebses in Klausenburg als in München (Rieck), während Magenkrebse an beiden Orten gleich häufig sind. Ebenso, wie Weitzdorff für Deutschland, findet Verf. in neuerer Zeit eine Abnahme des Karzinoms der weiblichen Geschlechtsorgane. Das Durchschnittsalter, in dem der Krebs auftrat, war für jedes Organ etwas geringer als in ausländischen Statistiken.

In 66% waren die Lymphdrüsen erkrankt; und zwar verbreitete sich mit besonderer Vorliebe der Plattenepithelkrebs auf dem Wege der Lymphbahnen. Innere Metastasen zeigten 38%; und zwar waren Lebermetastasen am häufigsten (77 von 141 Fällen), dann kamen die Lungen (65), dann die Knochen (25), und zwar zeigten sich hier Metastasen bei jedem einzelnen der 6 Prostatakarzinome; Pleura (22); Eierstöcke (12). Bei dem metastatischen Krebs des Gehirns fällt es auf, daß er nach Lungenkrebsen relativ häufig vorkam. Der sekundäre (Implantations-) Krebs des Bauchfells fand sich 72mal.

In bezug auf die Ätiologie handelte es sich 3mal um degenerierte Dermoidcysten, 1mal um krebsig gewordene gutartige Blasengeschwülste, 3mal um branchiogene Krebse; 9mal fanden sich bei Gallenblasenkrebs Steine, 3 Magenkarzinome zeigten eine Geschwürsgenese, 2 Leberkrebse eine cirrhotische, 1 Lungenkrebs war auf eine alte Lungennarbe, 1 Nasenhöhlen- und Kehlkopf- und 2 krurale Krebse auf syphilitische Geschwüre, endlich je 1 Lungen- und Blinddarmkrebs auf Tuberkulose zurückzuführen.

Auf 100 Krebsfälle kamen 18 Sarkome. Die Sarkomfälle mehrten sich in letzter Zeit. In den Lungen verursacht das Lymphosarkom kaum Metastasen, wohl aber Hoden-, Knochen-, Melano- und Spindelzellensarkome. Die Leber nahm an den Metastasen der Lympho-, Melano- und Hodensarkome, nicht an denen der Knochensarkome teil. In den Knochen wieder fanden sich die Metastasen der Hodensarkome nicht, die der Lympho- und Melanosarkome dagegen häufig.

In den kurzen Schlußbemerkungen kommt Verf. doch zu dem Verdachte — aber zu mehr auch nicht —, daß die Krebse in neuerer Zeit eine Zunahme zeigen.

Goebel (Breslau).

27) **A. Meller.** Zur Statistik der Hautkarzinome des Kopfes und Halses.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 64.)

Eine Statistik von 327 Fällen aus der Hochenegg'schen Klinik in Wien. Es ergibt sich, daß jede Stelle des Kopfes von Karzinom befallen werden kann, besonders häufig Lippen, Nase, Augengegend und Wange. Das Verhältnis der Geschlechter ist bei Abrechnung der fast ausschließlich bei Männern vorkommenden Unterlippenkarzinome gleich. Das häufigste Vorkommen ist im 56. bis 70. Jahre. Eine besondere Disposition zu dieser Erkrankung räumt Verf. Verletzungen ein, welche sich Pat. wegen ihrer Geringfügigkeit nicht behandeln lassen. So hebt Verf. besonders Krebsbildung aus einer gutartigen Geschwulst (Warze, Naevus pigmentosus) nach Verletzung derselben oder aus einer früher vollkommen normalen Hautstellung nach Verletzung (z. B. Käferbiß, Verbrühung, Quetschwunde, die nie heilte usw.) hervor. Wenn er dabei sagt: »Ein Teil dieser Fälle ist dauernd geheilt, ein Beweis, daß nicht die körperliche Veranlagung des Betreffenden (Neigung des Gewebes zur krebsigen Entartung) die Ursache gewesen sein konnte; vielmehr ist der Schluß berechtigt, daß mit der Verletzung zugleich ein wirksames Agens eingeimpft wurde, das die Ursache dieser krebsigen Entartung war«, — so ist diese Berechtigung doch wohl nicht ohne weiteres zuzugeben.

Die Erkrankung verläuft am kürzesten beim Unterlippenkarzinom. Mitbeteiligung der Lymphdrüsen findet man in 18—43%, bei den Unterlippenkarzinomen in fast 90%. Am häufigsten sind die Submaxillardrüsen befallen. Entfernung von über hühnereigroßen Drüsengeschwülsten ist stets erfolglos. Die Entwicklung entfernter Metastasen zur Zeit des operativen Eingriffes ist äußerst selten.

Der Erfolg der Operation ist in erster Linie von der ersten vorgenommenen Operation abhängig. Rezidive geben ein schlechtes Resultat. Pat., die wir nicht radikal zu operieren vermögen, kürzen wir durch die Operation das Leben, da die Nichtoperierten eine durchschnittliche Lebensdauer von 10, 35, die unvollkommen Operierten (wieder rezidiv gewordenen Fälle) eine solche von 7,5 Jahren aufwiesen. Rezidiv tritt in 24% aller Fälle auf, bei Rezidivoperationen aber in 50%. Das Rezidiv entsteht fast stets lokal, nur ausnahmsweise in den Drüsen allein. Die Mortalität betrug bei den zum ersten Male Operierten 1,9%; bei den Rezidivoperationen 7—8%. Radikalheilung wurde in 50,7%, bei Rezidivoperationen aber nur in 21% erreicht.

Goebel (Breslau).

28) **Helmholz.** An experimental multiple chondroma.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Bei Gelegenheit einer Reihe von Injektionsversuchen mit Farbstofföl an den Ohren von Kaninchen beobachtete Verf. des öftern das Auftreten von zahlreichen kleinen isolierten Knorpelinseln innerhalb des Bindegewebes. Es schließt die Möglichkeit, daß durch die Injektionsnadel der Knorpel verletzt und Teilchen von ihm oder vom Perichondrium verschleppt worden wären, aus und nimmt an, daß das im Reizungszustande befindliche Perichondrium sehr stark wuchere, und zwar in Form großer Mengen fibrillären Gewebes, und daß dies Gewebe hier und da wieder Knorpelinseln entstehen lasse. Zwei Mikrophotogramme.

W. v. Brunn (Rostock).

29) **Lesszynski.** Report of a case of intracranial tumor resulting from traumatism.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 16.)

Ein junger Mann von 23 Jahren erhielt einen Faustschlag in die rechte Schläfe. Zunächst spürte er hiervon keine nennenswerten Folgen. Nach 6 Monaten aber begannen heftige Schmerzen in der rechten Kopf- und Gesichtsseite, Kopfweh und Erbrechen, Pat. wurde allmählich somnolent, schwachsichtig und endlich ganz blind. 2 Jahre nach der Verletzung starb er.

Bei der Obduktion fand sich an der Innenseite des Schädels am Orte der Verletzung ein Splitter der Tabula interna, der in die Hirnsubstanz hineinragte und unmittelbar ihm aufsitzend ein Endotheliom von 8 : 10 cm Durchmesser.

W. v. Brunn (Rostock).

30) **Fairbank.** Sarcomata of the jaws.

(Brit. med. journ. 1907. November 23.)

Statistische Arbeit über 140 Fälle von Kiefersarkomen, deren Struktur ausnahmslos mikroskopisch festgestellt wurde. Die Ergebnisse bestätigen schon Bekanntes: vorwiegendes Befallenwerden des weiblichen Geschlechtes, Bevorzugung jugendlichen Alters, bis zu 20 Jahren, Beschuldigung chronischer Reize als Ursache, starkes Überwiegen der fast ganz gutartigen Riesenzellensarkome (57mal unter 140 Fällen), Seltenheit der Drüseninfektion, schlechte Aussichten auf Dauerheilung, wenn man von den Riesenzellensarkomen absieht. Selbst von diesen letzteren rezidivierten noch 12! Von den übrigen überlebten 9 das 2., 3 das 3. Jahr nach der Operation. **Weber** (Dresden).

31) **S. C. Beck.** Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermien.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 11.)

Zu den atrophischen Prozessen der Haut, welche in ihrer Ätiologie und Pathogenese noch kaum bekannt, aber auch in ihrem klinischen Bilde noch sehr strittig sind, erscheint jetzt eine ziemlich reichliche Literatur. In B.'s Falle bestanden rötliche Flecke im Gesicht, an den Ohren, am Halse, die allmählich bläulichweiß wurden. Es handelte sich also um eine Atrophia maculosa cutis, und zwar um eine mit anfänglichen entzündlichen Erscheinungen und frühem und definitivem Verlust der elastischen Fasern. **Jadassohn** (Bern).

32) **A. Pasini.** Über einen Fall von angio-kavernösem Myom der Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 12.)

Die Hautmyome in ihren verschiedenen Formen sind noch immer wenig genau studiert. In dem von P. beobachteten Falle waren bei einem kleinen Kinde kurz nach der Geburt bis erbsengroße Knötchen aufgetreten, die in der Tiefe der Cutis lagen, kaum über die Umgebung hervorragten und etwas ekchymotisch aussahen. Am Ende des ersten Lebensjahres bildete sich um ein Knötchen eine Indurationszone, und das ganze Bein wurde elastisch ödematös. Histologisch ergab sich ein Myom mit Bluträumen und dilatierten Gefäßen im Zentrum. P. schlägt als Einteilung vor: 1) reines muskuläres Myom (infolge von Hyperplasie der glatten Muskelfasern der Cutis oder aus aberrierenden Keimen entstanden); 2) vaskuläres Myom (Angiomyom, durch Proliferation der Muscularis der Gefäße, und Myoma angio-cavernosum). **Jadassohn** (Bern).

33) **F. Krzysztalowicz.** Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. LXV. Hft. 1.)

Als Adenomata sebacea bezeichnet man jetzt meist kleine, auf kongenitaler Grundlage beruhende, speziell im Gesicht symmetrisch lokalisierte Knötchen, welche aus großen, aber in ihrem Typus normalen Talgdrüsen bestehen. Der Verf. fand vor allem Naevuszellhaufen und rechnet mit einer großen Zahl von Autoren die Krankheit zu den Naevis (mit verschiedener histologischer Struktur).

Jadassohn (Bern).

34) **K. Vignolo-Lutati.** Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 1 u. 2.)

Auf Grund eines recht typischen Falles des Xeroderma pigmentosum bespricht Verf. verschiedene Punkte der Ätiologie; er hebt besonders die Bedeutung der Blutsverwandtschaft der Eltern von Xerodermkindern hervor, die unzweifelhaft auf das Zustandekommen der schrecklichen Krankheit einen Einfluß hat.

Jadassohn (Bern).

35) **F. Lewandowsky.** Über einen Fall von ulzeröser Hautaffektion beim Erwachsenen, verursacht durch den Bacillus pyocyaneus. (Aus der dermatol. Univ.-Klinik in Bern. Prof. Dr. Jadassohn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Außer Exanthemen bei Pyocyaneussepsis werden auch auf exogener Pyocyaneusinfektion beruhende Erkrankungen der Haut bei marastischen Individuen beobachtet. In L.'s Falle handelte es sich um eine 61jährige Frau, die neben vielfachen tuberkulösen Haut- und Knochenherden eine große Menge von linsen- bis fünfmarkstückgroßen Geschwüren aufwies. Dieselben waren flach, kreisrund, hatten scharfgeschnittene Ränder, einen schmalen roten Hof und schmierigen, grünen Belag, der nur den Bacillus pyocyanus in Reinkultur enthielt. Impfungen mit diesem erzeugten gleichartige Geschwüre, die dem Ekthyma gangraenosum entsprachen. Das Serum der Pat. agglutinierte den aus ihren Geschwüren gezüchteten Bacillus pyocyaneus bis 1 : 600.

Kramer (Glogau).

36) **A. Johnston.** A case of pneumococcal infection.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

J. infizierte sich bei der Rippenresektion eines Kindes wegen metapneumonischen Empyems am Finger und machte eine Zellgewebsentzündung an Finger und Hand durch, die mit Schüttelfrost und Erbrechen einsetzte, mehrere Tage eine hohe Continua aufwies und am 5. Tage sich unter Schweißausbruch kritisch löste mit unmittelbarem Aufhören aller schweren Krankheitserscheinungen. Verschiedene Einschnitte förderten keinen Eiter zutage und vermochten das Weiterschreiten des Vorganges auf Hand, Lymphgefäße und -drüsen nicht zu hindern. Im Serum der Wunde fanden sich Pneumokokken in Reinkultur. Der Verlauf ähnelte in überraschender Weise dem typischen Ablauf einer kruppösen Pneumonie und gibt vielleicht Hinweise auf eine abweichende Behandlung solcher Allgemeininfektionen unter Aufgabe der chirurgischen Maßnahmen.

Weber (Dresden).

37) **D. L. L. McArthur and D. J. C. Hollister.** Bacterial vaccine therapy in surgery.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. Oktober.)

Ein ausgedehnter vorläufiger Bericht über den Wert und die Ergebnisse der Anwendung verschiedener Vaccinen bei den entsprechenden Infektionskrankheiten. Die einzeln verwendeten Schutzkörper wurden nach dem Prinzip und auf Grund der Wright'schen Opsonintheorien hergestellt und gebraucht, nachdem die im einzelnen Falle spezifischen Erreger durch eingehende Laboratoriumsversuche festgestellt waren. Zur klinischen Behandlung kam vor allem Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Drüsen, sowie der Urogenitalorgane, Staphylokokkusinfektion in Form von Akne und Furunkulose, endlich noch Coliinfektionen der Urogenitalorgane. Bei kritischer Würdigung all der Schwierigkeiten, die sich bei der Beobachtung der genannten Erkrankungen für den Wert eines Heilmittels ergeben, kommen Verff. zu dem Schluß, daß die Vaccinetherapie nach Wright bei allen diesen Erkrankungen von entschiedenem Wert sei, indem sie besonders bei Tuberkulose nicht allein ein allgemeines Tonikum, sondern geradezu ein spezifisches Heilmittel für die erkrankten Gewebe darstelle.

Vorläufige Versuche (25 Fälle) mit der sehr schwer herstellbaren Gonorrhöevaccine berechtigen die Verff. zu den besten Erwartungen. Bemerkenswert erscheint auch der Umstand, daß nach Bier'scher Hyperämie der opsonische Index der erkrankten Körperteile mehr oder minder beträchtlich stieg.

Eine Reihe bakteriologischer und experimenteller Angaben über die Wright-schen Opsonine, sowie zahlreiche Tafeln und Tabellen vervollständigen die sehr beachtenswerte Arbeit, die wegen der vielen Einzelheiten leider nicht so ausführlich referiert werden kann, wie es das Interesse des Praktikers erheischen würde.

Strauss (Nürnberg).

38) **Gubb.** Subcutaneous injections of air as a means of relieving certain painful manifestations.

(Brit. med. journ. 1907. November 9.)

Die Arbeit ist eine dringende Empfehlung, bei aller Art von Neuralgie die von Cordier zuerst versuchten subkutanen Einblasungen von Luft anzuwenden. Ob man statt Luft Sauerstoff, Stickstoff, Kohlensäure, Wasserstoff verwendet, ist für den Erfolg einerlei. Die Anwendung ist in tausenden von Fällen nie schädlich gewesen und besteht in Eintreibung von Luft mittels Doppelgebläses durch Wattefilter und Platin-Iridiumnadel unter die Haut. Die Einblasung geschieht langsam, zart und unter geringem Druck; sie soll völlig schmerzlos sein. Nach der Einblasung muß die Luft durch Massage verteilt und an den schmerzhaften Punkten wieder angesammelt werden. Je nach der Dicke der Weichteile schwankt die Menge der einzublasenden Luft zwischen 10 und 500 ccm und mehr. Bei der Ischias muß an verschiedenen Stellen eingeblasen werden: Lendengegend, Außenfläche des Oberschenkels, Fibulaköpfchen, Fußrücken. Zuweilen muß die Einblasung einige Male, bis 3mal, wiederholt werden. In seinen 11 Ischiasfällen hatte G. nur einen Mißerfolg. Abgesehen von der Neuralgie des Trigeminus hat er das Verfahren bei allen Arten von Neuralgien mit Erfolg angewandt und rät zur Nachprüfung.

Weber (Dresden).

39) **A. Kocher.** The surgical treatment of exophthalmic goiter.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 15. Oktober.)

An der Kocher'schen Klinik in Bern sind bisher 3460 Kropfoperationen ausgeführt worden, davon 315 an 254 Pat. mit Morbus Basedow. Der Morbus Basedow ist nach Theodor Kocher's Ansicht die Folge einer Hyperaktivität der Schilddrüse.

Die Exzisionen am N. sympathicus sind dort nur 3mal ausgeführt worden, und zwar mit so schlechtem Erfolge, daß sie niemals mehr vorgenommen werden.

Unter den letzten 91 Operationen an 63 Basedowkranken ist kein Todesfall mehr vorgekommen; im ganzen ist die Mortalität gering, betrug nur 3,5%.

Bevor man operiert, muß man sich genau über den Zustand des Herzens unterrichten und die meistens vorhandene Dilatation soweit wie möglich beseitigen. Ferner muß man den Grad der Intoxikation beachten. Als Maß dafür gilt die Schlaflosigkeit, der Grad der allgemeinen Nervosität, der Abspannung, die Diarrhöe, das Erbrechen und die Tachykardie; besonders ist die Pulsation des Kropfes zu beachten; je stärker dies Symptom hervortritt, um so schwerer ist die Intoxikation. Je nach dem Grade derselben ist die Schwere des Eingriffes zu bemessen. Endlich scheint dem Blutpräparat eine wesentliche Bedeutung zuzukommen. Je bedrohlicher der Zustand ist, um so größer pflegt die Zahl der Lymphocyten, um so geringer die der polynukleären Leukocyten zu sein.

Bei den operativen Maßnahmen ist die Anwendung der Lokalanästhesie prinzipiell vorzuziehen. Man sei vorsichtig mit seinem Vorgehen, operiere lieber mehrmals, als daß man dem Kranken auf einmal zuviel zumute. Man mache vielleicht nur die Ligatur einer oder höchstens zweier Schilddrüsenarterien und nehme nie mehr als die Hälfte der Drüse weg.

Dann wird man nicht, wie mancher Operateur es erlebt hat, Verschlechterung, sondern oft ganz auffallende Besserung aller Symptome erleben.

Sollte der Exophthalmus noch störend sein, so kann man vielleicht mit dem faradischen Strom einer Kontraktion der dilatierten Orbitalgefäße Vorschub leisten.

Man kann operativ den Morbus Basedow ganz und dauernd heilen.

W. v. Brunn (Rostock).

40) **A. E. Halstead.** Cancer of the thyreoid gland, with report of three cases.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. November.)

Ausführlicher Bericht über 3 Fälle von Schilddrüsenkrebs, von denen 2 durch operative Entfernung der Schilddrüse geheilt wurden. In 2 Fällen handelt es sich

um männliche Pat., 67 bzw. 42 Jahre alt, der 3. Fall betraf eine 39jährige Frau. Bei dem 67jährigen Manne handelte es sich um eine inoperable Geschwulst, die durch Arrosion der Art. carotis communis zum Tode führte.

Mit einer kurzen Übersicht über die klinischen Erscheinungen der in Frage stehenden Erkrankung schließt die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

41) **P. Milton.** A case of chylothorax.

(Brit. med. journ. 1907. November 2.)

Einem 25jährigen Mädchen mit Katarrh der rechten Lungenspitze und Tuberkelbazillen im Auswurfe werden aus der linken Pleurahöhle in einer Sitzung von 6 Stunden $8^1/_2$ Liter Chylusflüssigkeit entnommen mit gutem Dauererfolg. Die riesige Ausdehnung der linken Thoraxhälfte hatte durch Kompression auch der rechten Lunge den Spitzenkatarrh zur Heilung gebracht. Der Fall ist einzig, soweit die Menge der abgelassenen Chylusflüssigkeit in Frage kommt.

Weber (Dresden).

42) **Freyer.** A further series of cases of total enucleation of the enlarged prostate, and a review of 432 operations.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Seinen 325 Fällen von Prostatektomie fügt F. hier 107 weitere hinzu. Seine Erfahrungen beruhen jetzt auf der Gesamtzahl von 432 Fällen. Von diesen endeten tödlich 29 (7%); von den 107 letzten 7 ($6^1/_2$%). Meist handelt es sich um Urämie oder Herztod, wobei sich stets ausgedehnte Erkrankungen der Nieren oder anderer lebenswichtiger Organe fanden. Alle Überlebenden wurden geheilt, d. h. sie hatten volle Kontinenz und konnten ohne Katheterhilfe so gut wie in ihrem früheren Leben urinieren. Die Heilung ist vollkommen und dauernd!

Weber (Dresden).

43) **Beckett.** Phleboliths and the Röntgen rays.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 19.)

B. lenkt die Aufmerksamkeit noch einmal dringend auf die Mißdeutung von Phlebolithen als Steinschatten des Harnleiters im Röntgenbild und erwähnt zwei ähnliche Fälle aus seiner Tätigkeit, in deren einem eine verkalkte tuberkulöse Drüse, in deren anderem verkalkte tuberkulöse Infiltrate als schattengebende Ursache durch die Operation aufgedeckt wurden. **Weber** (Dresden).

44) **S. Bishop.** Mobile kidney, with a desription of a new operation for its treatment.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Wahrscheinlich sind die nervösen Beschwerden bei der Wanderniere in vielen Fällen eine Folge des beständigen Zuges, den die Verlagerung auf Nerven des Sympathicussystems ausübt. B. empfiehlt daher Verbesserung der Operationsmethoden und schlägt selbst eine solche vor, die er zehnmal mit Erfolg anwandte. Er legt mit Querschnitt unter dem rechten Rippenbogen die Niere transperitoneal frei, streift die Kapsel teilweise vom unteren Pol ab, schiebt die Niere in ihre richtige Lage, so daß die Gefäße quer und der Harnleiter dicht an der Wirbelsäule verläuft, und legt ein System von Seidennähten zur Stütze des unteren Nierenpols in der Weise an, daß er mit graden Nadeln unmittelbar unter dem Nierenbecken einsticht und Bauchfell, die abgelöste Kapsel, die Lendenmuskeln genau von vorn nach hinten durchsticht. Das andere Ende des Fadens wird in derselben Weise mit einer zweiten graden Nadel $1-1^1/_2$ cm tiefer nach hinten ausgestochen. Beide Enden des Fadens werden hinten fest angezogen, geknüpft und unter die Haut versenkt, nachdem 3—4 solcher Fäden gelegt sind. Die Fäden werden so gelegt und angezogen, daß das Auge genau die verbesserte Lage der Niere nachprüfen kann. Seine Ergebnisse waren: 10 Operationen ohne Todesfall, 2 Rückfälle (die beiden ersten Fälle), 1 Fadeneiterung, die zur Entfernung der Fäden zwang, 7 Heilungen von Dauer: anatomisch und symptomatisch.

Weber (Dresden).

45) **Billington.** Movable kidney from a surgical standpoint.

(Brit. med. journ. 1907. November 30.)

B. berichtet über seine Erfahrungen an 70 Fällen von Nephropexie. Die typische Wanderniere hat eine verdickte Kapsel, das perirenale Fett ist spärlich und teilweise ersetzt durch Verwachsungen von zuweilen großer Festigkeit, die aber der Niere einen weiten Spielraum lassen; der Stiel ist verlängert, das Becken gewöhnlich nicht erweitert; zuweilen bestehen zwischen Kolon und Nieren feste Verwachsungen, die sich auch intraperitoneal fortsetzen können.

Keine Methode der Nierenanheftung an der Rückenmuskulatur kann genügende Erfolge geben. Die von B. 70mal ausgeführte Operation lehnt sich an die von Goelet angegebene an und hat stets Dauererfolge gegeben. Sie besteht im wesentlichen in Abpräparierung eines dreieckigen Lappens aus der oberen Kapselhälfte, Umschlingung der unteren Nierenhälfte durch zwei Silkwormkapselnähte, Befestigung der Niere mit Hilfe dieser Nähte und des Kapsellappens an der XII. Rippe durch Knüpfung der Fäden außen auf der Haut über Gazerollen. Eine Verletzung der Pleura ist B. nie vorgekommen. Die Niere hat sich in jedem Fall am Festlegungsorte dauernd gehalten. Die allgemeinen Störungen des Nervensystems und die örtlich bedingten Beschwerden verschwanden ganz. Das Nähere der etwas verwickelten Nahtmethode muß an der Hand der Abbildungen im Original eingesehen werden. **Weber** (Dresden).

46) **Johnstone.** Recurrence of retroperitoneal lipoma; operation; recovery.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

Eine 40jährige Frau, der J. 2 Jahre vorher ein 21 Pfund schweres, retroperitoneales Lipom aus der rechten Nierengegend entfernt hatte, bekam ein Rezidiv. Bei der zweiten Operation wurden $12^1/_2$ Pfund meist gestielter, wiederum von der rechten Nierengegend ausgehender, gänseei- bis fußballgroßer Lipome ausgeschält nebst dem ganzen perirenalen Fett. Glatte Heilung. Von bösartiger Geschwulst konnte nichts nachgewiesen werden. Von 26 Operationen wegen retroperitonealer Fettmassen, die Adami zusammenstellen konnte, genasen nur 12, und von diesen rezidivierte nur einer, so daß J.'s Fall zu den großen Seltenheiten zählt.

Weber (Dresden).

47) **H. Bennecke.** Ein Todesfall infolge reflektorischer Anurie nach Harnröhrensondierung bei einem Manne mit hochgradiger Schrumpfniere. (Aus der med. Klinik in Jena. Prof. Stintzing.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Ein Mann mit chronischer Schrumpfniere bekam eine Cystitis, neben der ein als chronische Urämie zu bezeichnender, sehr bedrohlicher Zustand bestand, erholte sich aber wieder; wegen der Möglichkeit einer Striktur Sondierung der Harnröhre, die nur durch vorhandenen Sphinkterkrampf etwas erschwert war. Kurze Zeit darauf Schüttelfrost, heftige Schmerzen, Pulsbeschleunigung, Cyanose, Temperatursteigerung, vollständige Anurie; innerhalb 3 Stunden tödlicher Ausgang. Die Sektion ergab keine Verletzung der Harnröhre und Unversehrtheit der Harnleiter.

Kramer (Glogau).

48) **Munro and Goddard.** Pyelonephrosis of a supernumerary kinedy.

(Amer. journ. of the medical sciences 1907. September.)

Verff. berichten über einen Fall, der wegen seiner Seltenheit interessant ist. Ein 22jähriger Student der Medizin beobachtete seit seiner Kindheit in der linken unteren Bauchgegend eine hühnereigroße Geschwulst. Viele Jahre hindurch litt er zeitweise an Leibschmerzen, Erbrechen, Fieber und Verstopfung, besonders nach Diätfehlern. Vor 4 Monaten erkrankte er unter ähnlichen Erscheinungen mit Schmerzen in der Blasengegend. Es wurde eine große Geschwulst konstatiert,

die vom Becken aufzusteigen schien und bis zum Nabel reichte. Sie ähnelte einer gefüllten Blase; nach Katheterisation sank sie nach dem Kreuzbein zu. Bei der Operation fand sich eine ca. kindskopfgroße Cyste, die eröffnet, tamponiert und deren Ränder an die Haut angenäht wurden. Der Inhalt der Cyste bestand in geruchloser, eitriger Flüssigkeit. Pat. wurde mit einer sezernierenden Fistel entlassen. Da die Fistel sich nicht schloß, entschlossen sich M. und G., in deren Klinik Pat. sich mittlerweile begeben hatte, zur Operation. Die Cyste sezernierte mäßig viel vaselinähnlicher Flüssigkeit. Inzision seitlich der alten Narbe. Ausspülung einer retroperitoneal gelegenen Cyste, deren Wand 2—3 mm dick war. Ein ca. 4 cm langer, 5 mm dicker Strang führte nach dem Blasengrund und mündete neben dem linken Harnleiter. Linke Niere in normaler Lage. Auf Grund mikroskopisch gefundenen, gut erhaltenen Nierengewebes in der Cystenwand und des operativen Befundes stellten die Verff. die Diagnose auf Pyelonephrose einer überzähligen Niere. — Heilung.

Levy (Wiesbaden).

49) **Rihmer.** Durch pyeloureterale Klappe erzeugte intermittierende Hydronephrose.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 46.)

Der seltene — in der Literatur der 19. — Fall bezieht sich auf einen 33jährigen Mann, der seit 3 Jahren an linksseitigen Nierenkoliken mit Meteorismus in der linken Bauchhälfte und manchmal mit Anurie verbunden litt. In letzter Zeit traten die Koliken wöchentlich auf. Wanderniere, Stein, Striktur konnten ausgeschlossen werden, da die Röntgenographie und Harnleiterkatheterisation negative Resultate ergab. Bei der Operation fand sich am Ausgange des Nierenbeckens eine Klappe, die durch Ureteropyelotomie freigelegt und durchtrennt wurde. Die beiden Blätter der Klappe wurden zusammengenäht, die Wunde am Nierenbecken vernäht, das Becken durch Nephrotomie drainiert. Glatte Heilung, keine Koliken, 14 Pfund Gewichtszunahme. Die Chromocystoskopie zeigte, daß auf der operierten Seite der Harn in regelmäßigen Intervallen entleert wird.

P. Steiner (Klausenburg).

50) **Morawitz** und **Adrian.** Zur Kenntnis der sog. Eiweißsteine der Niere und über die Ausscheidung membranöser Massen aus dem uropoetischen System.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Eine 44jährige Dame litt seit 3 Jahren an kolikartigen Schmerzanfällen der rechten Nierengegend und sonderte trüben, mit reichlichen Fetzen versehenen Urin ab. Diese Fetzen waren bis $1^1/_2$ cm lang, 2—3 mm dick, von weicher, elastischer Konsistenz und bestanden aus einer teils fädigen, teils körnigen Masse, in der sich ganz vereinzelte Leukocyten und sehr zahlreiche Bakterien fanden, meist Colibazillen und Staphylokokken, keine Tuberkelbazillen. Die Niere wurde exstirpiert; sie enthielt einen Rindenabszeß und im Nierenbecken 30—40 Konkremente von Saubohnengröße, weicher Konsistenz und konzentrischer Schichtung; sie bestehen aus Eiweiß und haben einen weißlichen Kern von Kalziumphosphat, keine Harnsäure, nur sehr spärliche Bakterien in den äußeren Schichten.

Die Eiweißsteine entstehen in der Hauptsache aus Epithelien des entzündeten Nierenbeckens. Sind diese Steine schon eine große Seltenheit, so ist die Entleerung membranöser Fetzen mit dem Urin bisher überhaupt noch nicht beobachtet worden; die bisher beschriebenen Fibrinurien, Mucinurien, die Ureteritis membranacea oder pseudomembranacea weichen auch klinisch erheblich davon ab. Die Membranen stammen im vorliegenden Falle von der Oberfläche der Steine; die in ihnen aufgefundenen Mikroorganismen sind zufällige Nebenbefunde und haben keine Bedeutung für die Entstehung der Steine; es handelt sich wohl nur um sekundäre Durchwachsung der Membranen mit Bakterien in der Blase.

Haeckel (Stettin).

51) **W. Bartlett. A simple method of removing stones from the lower ureter.**

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. V. Hft. 3.)

Verf. weist auf die ungeahnt große Häufigkeit der Harnleitersteine hin, deren Diagnose erst durch die Röntgenstrahlen ermöglicht wird. Zur Entfernung von Steinen aus dem unteren Ende des Harnleiters empfiehlt er dessen extraperitoneale Freilegung, die nach einem parallel dem äußeren Rectusrand geführten Schnitt stets leicht gelingen soll. In der Tiefe soll sich dann — lediglich durch das Gefühl geleitet — der Stein fassen und durch eine kleine Öffnung in der Harnleiterwand ausquetschen lassen. Stärkere Blutung tritt bei der kleinen Operation nicht ein, die Naht der Harnleiterwand ist unnötig. Ein Drainrohr wird gegen die Harnleiterwunde hin geleitet, die übrige Wunde vernäht.

In vier bisher auf diese Weise operierten Fällen erfolgte komplikationslose Heilung. **Strauss** (Nürnberg).

Ich habe den Auftrag erhalten, auf dem II. internationalen Chirurgenkongreß zu Brüssel das Referat über die Gallensteinchirurgie zu erstatten. Um zu einem möglichst sicheren Urteile über die Erfolge der Gallensteinoperationen zu gelangen, bitte ich alle Chirurgen, die über ein größeres Material verfügen, mir recht bald ihre Resultate mitzuteilen. Die Fälle, bei denen keine Steine gefunden wurden (Adhäsionen, Karzinom), sollen nicht berücksichtigt werden. Die Herren Einsender werden ersucht, sich folgenden Schemas zu bedienen:

I. Von .... reinen Steinfällen † ....
Darunter .... Männer mit .... †
» .... Frauen » .... †

II. Von .... gutartigen und reparablen Fällen † ....
Darunter .... Männer mit .... †
» .... Frauen » .... †

III. Von .... bösartigen und irreparablen Fällen † ....
Darunter .... Männer mit .... †
» .... Frauen » .... †

(Vgl. p. 495—98 und p. 607 meines neuesten Buches: Drei Jahre Gallensteinchirurgie. J. F. Lehmann, München, 1908.)

Unter die Rubrik II wären die komplizierenden Operationen wegen Appendicitis, Pankreatitis, Leberechinokokkus, Ulcus pylori usw., unter die Rubrik III solche wegen Karzinom, Cholangitis septica, Leberabszesse usw. unterzubringen.

Zugleich wäre es mir sehr lieb, wenn die Herren Einsender ihre Stellung zu den Operationsmethoden (ob Cystendyse, Cystostomie oder Ektomie; ob Choledochotomie mit Naht oder Hepaticusdrainage), ihre Ansichten über die Frühoperation im Sinne Riedel's mitteilten und über etwaige echte Rezidive berichteten.

Ich bitte um recht baldige Erfüllung meiner Bitte, da ich bis März 1908 das Referat abgeliefert haben muß.

Im voraus sage ich den Herrn Einsendern meinen besten Dank und zeichne mit kollegialer Hochachtung

ganz ergebener

***Hans Kehr,** Halberstadt.*

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 5. Sonnabend, den 1. Februar 1908.

Inhalt.

Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik in Breslau.
Direktor: Prof. Dr. Küttner.

Über den Einfluß der Wärme- und Kältebehandlung bei Infektionen des Peritoneums.

Von

Privatdozent Dr. Wilhelm Danielsen.

In Nr. 1 dieses Jahrganges des Zentralblattes für Chirurgie empfiehlt Gelinsky die Heißlufthyperämie bei Bauchinfektionen wegen ihrer peristaltikerregenden, resorbierenden und vielleicht auch infektions-

verhütenden Wirkung. Weit entfernt, die günstige Einwirkung der Hyperämie in einzelnen Fällen abzuleugnen, möchte ich mich im folgenden doch gegen die unterschiedslose Anwendung dieser Behandlungsart wenden, da ich von ihrer Verallgemeinerung Gefahren befürchte.

Wir wissen, daß durch lokale Hitzeeinwirkung (heiße Umschläge, Thermophore, heiße Luft) sowohl in den obersten Schichten als auch in recht beträchtlicher Tiefe der Peritonealhöhle eine starke Hyperämie mit Erweiterung der Gefäße und eine wesentliche Vermehrung der Lymphzirkulation hervorgerufen wird. Infolge dieser Steigerung im Blut- und Lymphgefäßkreislauf findet — wie Klapp[1] und ich[2] nachgewiesen haben — eine Vermehrung der Resorption in diesen Systemen statt, eine gesteigerte Aufsaugung der kristalloiden und der kolloiden Substanzen, also auch der Bakterien[2]. Umgekehrt wird dementsprechend bei Kälteeinwirkung auf das Abdomen sowohl die Resorption wäßriger Lösungen als auch von Bakterien aus der Bauchhöhle verlangsamt.

Zwar ist es nicht möglich, allein aus diesen durch das Tierexperiment gewonnenen Resultaten weitgehende Schlüsse auf den Menschen zu ziehen. Immerhin aber lernen wir daraus, daß wir imstande sind, mit den genannten Heilmitteln die Resorption zu beeinflussen, d. h. sie zu verlangsamen, wo sie uns schädlich erscheint, sie zu beschleunigen, wo wir von einer vermehrten Resorption ohne Nachteil für den Pat. uns Vorteile versprechen. Der Schluß liegt nahe, daß es wohl günstig wirken wird, wenn eine durch geringes, wenig virulentes Infektionsmaterial erkrankte Bauchhöhle zur Steigerung der Resorption mit aktiver Hyperämie behandelt wird. Indessen, wer will beim Eintreten einer Peritonitis Stärke und Menge des Infektionsmateriales beurteilen! Solange uns keine Hilfsmittel zu Gebote stehen, um in einfacher Weise Grad und Menge des Infektes zu bestimmen, müssen uns immer noch die Krankheitserscheinungen Fingerzeige geben, bis vielleicht die wissenschaftliche Forschung uns exaktere Anhaltspunkte gibt. Für den erfahrenen Arzt sind außer dem Allgemeinzustand stets Zunge und Puls zuverlässige Gradmesser für die Schwere der Infektion. Bei gutem Allgemeinzustand und kräftigem, nicht sehr frequentem Puls und feuchter Zunge ist Stärke und Menge des Infektionsmateriales nicht sehr groß. In diesen Fällen wird eine Beschleunigung der Resorption durch aktive Hyperämie nur förderlich wirken. Ein frequenter (120 und mehr), leicht unterdrückbarer Puls und trockene, borkige Zunge bei schlechtem Allgemeinzustand sprechen für eine Infektion mit stark virulenten Bakterien. Das sind Fälle, bei denen wir mit allen Mitteln die Resorption möglichst verlangsamen müssen, damit möglichst wenig virulentes Infektionsmaterial

[1] Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XLVII. Mitteilungen a. d. Grenzgebieten Bd. X.

[2] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LIV.

in den Lymph- und Blutkreislauf gelangt. Hier wird also die Hyperämie schädlich wirken, der Eisbeutel aber für den Krankheitsverlauf von ausschlaggebendem günstigem Erfolge sein.

Diese Überlegungen führten mich dazu, ihre Richtigkeit an Krankenbette zu erproben. Schon seit längerer Zeit habe ich an großem Krankenmaterial die chirurgischen Maßnahmen nach diesen Grundsätzen unterstützt und nie eine schädliche Einwirkung gesehen, dagegen stets den Eindruck einer günstigen Beeinflussung gehabt. Wenig virulente Infektionen verliefen unter der Hyperämiebehandlung auffallend günstig, während die Verlangsamung der Resorption durch Eisbeutel bei schweren Infektionen über die Zweckmäßigkeit dieser Behandlungsart keinen Zweifel aufkommen ließ. Von lebhaftem Interesse war für mich die Bestätigung meines Vorgehens durch die neuesten Resultate der eingehenden experimentellen Untersuchungen Jean Schäffer's[3] (p. 71 und p. 110). Diese Übereinstimmung meiner Untersuchungen im Laboratorium und am Krankenbette mit Schäffer's Ergebnissen veranlaßt mich, die obigen Regeln für die Anwendung von Wärme- und Kälteapplikationen bei peritonealen Infektionen kurz mitzuteilen und vor einer Verallgemeinerung der Heißluftbehandlung im Sinne Gelinsky's zu warnen.

Breslau, im Januar 1908.

---

1) **Witthauer.** Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie. III. Auflage. Mit 76 Abbildungen. 194 Seiten.

Halle a. S., **Marhold**, 1907.

Die allgemeinverständliche kurze Darstellung enthält alles, was die Berufspflegerin und jede Hausfrau wissen sollte; auf die Grenzen ihrer Tätigkeit wird immer hingewiesen. Alle wichtigeren Neuerungen sind berücksichtigt.

Lessing (Hamburg).

2) **M. Trappe.** Über geschwulstartige Fehlbildungen von Niere, Milz, Haut und Darm.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 1.)

Als »Hämartome«, geschwulstartige Fehlbildungen, hat F. Albrecht solche geschwulstartige Bildungen bezeichnet, die makroskopisch als Geschwulst imponieren, mikroskopisch aber von ihrer Umgebung sich wesentlich nur durch eine veränderte Zusammensetzung, ein anderes Mengenverhältnis der im normalen Organ vorkommenden Gewebsbestandteile unterscheiden. Dabei bewahren sie im ganzen noch den Organtypus und können demgemäß auch die Funktion des normalen Organs in mehr oder weniger vollkommener Weise erfüllen. Diese

[3] Der Einfluß unserer therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung. Stuttgart 1907.

geschwulstartigen Bildungen, von denen Verf. verschiedene Beispiele mitteilt, sind namentlich wichtig für das Verständnis des Wesens und der Entstehung der Geschwülste. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

3) **Mériel.** Neurorrhexis et chromolyse dans la névralgie trifaciale.

(Province méd. 1907. Nr. 39.)

Verf. empfiehlt, bei Trigeminusneuralgie ein brüskes Herausreißen der Nervenfasern vorzunehmen, weil nur die Intensität eines solchen Traumas die Chromolyse der Ganglienzellen und damit die Verhinderung eines Rezidivs gewährleistet.

Das häufige Auftreten der Rezidive, selbst solcher nach Exstirpation des Ganglion Gasseri, erklärt Verf. damit, daß in diesen Fällen in der Technik ein Fehler und die Exstirpation nur partiell gemacht wurde.

Das brüske Herausreißen der Nervenfaser soll nach Verf.s Ansicht den Tod der Ganglienzellen herbeiführen. Er geht hierbei von den histologischen Untersuchungen von Gehuchten aus.

A. Hoffmann (Karlsruhe).

---

4) **Sebileau.** L'opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui.

(Annales de maladies de l'oreille etc. T. XXXI., Nr. 12.)

S. beschreibt in der vorliegenden, sehr ausführlichen und anregenden Arbeit die Wandlungen, die die von Lamorier 1743 angegebene Operationsmethode zur Beseitigung von Kieferhöhleneiterungen (Trepanation von der Fossa canina aus) im Laufe der Jahre durchgemacht hat. S. selbst ist noch Anhänger dieser Methode, die er nur dadurch modifiziert, daß er die Schleimhaut des Antrum sorgfältig ausschabt. Die Anlegung einer breiten Kommunikation zwischen Antrum und Nase, wie sie Luc und Caldwell vorschreiben, hält er für überflüssig, ebenso das lange Offenhalten der Wunde durch Tamponade oder durch Obturatoren.

Die Arbeit enthält, neben dieser Besprechung der Operationsmethoden, eine Menge interessanter Betrachtungen; die Lektüre des Originals ist sehr zu empfehlen. **Hinsberg** (Breslau).

---

5) **Fronstein.** Zur Differentialdiagnose der normalen und pathologischen Rachenmandel.

(Chirurgia 1907. Nr. 130. [Russisch.])

Verf. hat sich der Aufgabe unterzogen, durch statistische Untersuchungen an 224 Kindern festzustellen, wann eine Rachenmandel normal, wann pathologisch anzusehen ist, und kommt zu folgenden Resultaten: Die Rachenmandel, mit der fast jedes Kind geboren wird, ist an und für sich ein normales Gebilde, daß mit der Zeit atrophiert.

Wo sie zu spät oder gar nicht sich zurückbildet, oder gar hypertrophiert, ist sie pathologisch. Da nun die Differentialdiagnose und besonders die Indikation zur Entfernung der Mandel noch keineswegs feststeht, hat F. nach Unterscheidungsmerkmalen gesucht und folgende gefunden: Im Gegensatze zu den Laryngologen, die meist nur die Größe der Mandel in Betracht ziehen (ob die Mandel über $^1/_3$ der Choanen bedeckt), will er die Konsistenz heranziehen, da seiner Anschauung nach die harten, glatten Mandeln nur »hypertrophische« sind, die sich noch zurückbilden, während die weichen, buchtigen, und ganz besonders die auf einem zarten Stiel aufsitzenden Mandeln als »adenoide Vegetationen« zu bezeichnen und als Ursache der Mittelohreiterungen, Katarrhe usw. ungeachtet ihrer Größe entfernt werden müssen. Aber auch die harten glatten Mandeln sollen entfernt werden, wenn sie über $^1/_3$ der Choanen bedecken. Hier will Verf. dann die Mandel als mechanisch schädigendes Moment entfernt wissen, während die andere Form die infektiösen Prozesse begünstigt. Die harten kleinen Mandeln bleiben als normal stehen.

Auf diese Weise fand F. 29% Kinder mit pathologischer, zu entfernender Rachenmandel, eine Zahl, die im allgemeinen mit der anderer Untersucher übereinstimmt. **Oettingen** (Berlin).

---

6) **Fedoroff.** Die Pharyngotomia suprahyoidea bei Geschwülsten der Zungenbasis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

F. hat einen Fall von papillöser Geschwulst des Zungengrundes mittels der Pharyngotomia suprahyoidea erfolgreich operiert. Er schildert eingehend die Technik des Verfahrens, wie er es an der Leiche und am Lebenden ausgebildet hat. Die Vorzüge, die diese Methode vor der Pharyngotomia subhyoidea haben soll, sind große Zugänglichkeit zum Nasenrachenraum, zur hinteren Rachenwand, zum weichen Gaumen, Zungengrund und zur Epiglottis, ferner die Vermeidung von schwerwiegenden Schädigungen, z. B. der Nerven, die Umgehung der Tracheotomie, die geringe Blutung und die Heilung ohne Ernährung mit Magensonde. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

7) **S. C. Plummer.** Technique of removal of tubercular glands of the neck.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. November.)

Zur radikalen Entfernung tuberkulöser Halsdrüsen wird ein systematisches Vorgehen empfohlen. Ein ausgedehnter Schnitt über die ganze Länge des Kopfnickers und zwei weitere Schnitte, die, von dem ersten ausgehend, parallel zum Schlüsselbein bis zum Akromiom bzw. von der Höhe der Carotidenteilung bis zur Kiefermitte ziehen, sollen alle Drüsen zugänglich machen. Der Freilegung der großen Gefäße folgt dann die möglichst stumpfe Ausschälung der Drüsen von unten nach oben. **Strauss** (Nürnberg).

---

8) **Escat.** Legitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 10. p. 313.)

E. hält, entgegen der von Massei u. a. geäußerten Ansicht, daran fest, daß der Lupus der oberen Luftwege von der Tuberkulose im engeren Sinne streng zu trennen ist. Sie unterscheiden sich durch Schnelligkeit der Ausbreitung, Prognose und viele andere Punkte, die E. ausführlich in Form einer Tabelle zusammenstellt, so wesentlich voneinder, daß die Unterscheidung praktisch wichtig ist. In der Nase kommt nach E.'s Erfahrung nur die lupöse Erkrankungsform vor.

Hinsberg (Breslau).

---

9) **Pool.** Tetany parathyreopriva.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Tetanie kommt infolge der verschiedensten Krankheiten vor, z. B. bei Magendilatation, Frühgeburt, auch im Wochenbett; sicher wird sie nach neueren Forschungen hervorgerufen, wenn gelegentlich einer Kropfoperation sämtliche Nebenschilddrüsen entfernt sind. Gewöhnlich trifft man beim Menschen im ganzen 4 Glandulae parathyreoidea an, auf jeder Seite eine obere und eine untere; die erstere liegt dicht an der Schilddrüse im mittleren Drittel des hinteren Randes hinten und nach außen von der A. thyr. infer.; die untere, nicht mit der Schilddrüse verwachsene am oder unterhalb des unteren Pols derselben, meistens nach vorn von der unteren Schilddrüsenarterie. Jede Nebenschilddrüse hat eine fibröse Kapsel; ihre Größe schwankt zwischen 3—15 mm, der Körper ist etwas abgeflacht und oval, die Farbe braunrot oder rötlich gelb; der Blutzufluß kommt hauptsächlich von der unteren Schilddrüsenarterie. Histologisch besteht das Gewebe aus Zellhaufen, die durch ein bindegewebiges Gerüst getrennt sind, ein retikuläres Gewebe, das sehr gefäßreich ist und zu fettiger und kolloider Degeneration neigt.

Nach P. entwickeln sich die Glandulae parathyreoideae aus dem 3. und 4. Kiemenbogen als selbstständige Zellhaufen, die erst später in Berührung mit der Schilddrüse treten. Der Zweck dieser Drüsen scheint zu sein, zu verhüten, daß gewisse Toxine im Körper Tetanie hervorrufen.

Die klinischen Symptome dieser Tetanie bestehen in spastischen tonischen Muskelkontrakturen an den Extremitäten und im Facialis, die an den ersteren besonders die Flexoren betreffen, so daß es zu der sogenannten Accoucheurhand und zur Spitzfußstellung kommt. Die Anfälle treten in Zwischenräumen auf und dauern Minuten oder Stunden. Die galvanische Erregbarkeit der motorischen Nerven ist erhöht, besonders am N. ulnaris, das Trousseau'sche Phänomen in $^2/_3$ der Fälle auszulösen. Mit Hysterie ist Verwechslung nur im Anfang möglich.

Was die Therapie anbetrifft, so sind die Erfolge nach Anwendung von Nebenschilddrüsen und Schilddrüsenextrakten, sowie mit Beebe's

Nucleo-proteid-Substanz noch zweifelhaft, ebenso die subkutane oder andere Einpflanzungen von den Nebenschilddrüsen. Verf. hat durch Versuche an Tieren festgestellt, daß nach Einpflanzung der Glandula parathyreoidea von einem Tier in das Organ des Tieres einer anderen Gattung Absorption der Drüse eintritt. Dasselbe negative Resultat ergaben Überpflanzungen von Mensch zu Mensch. Die Hauptsache scheint bezüglich der Behandlung die Prophylaxe zu sein. Es ist bei Kropfoperationen zu vermeiden, daß sämtliche Nebenschilddrüsen entfernt werden. Dazu ist eine genaue Orientierung über die Lage dieser Drüsen notwendig, wie letztere in dem Vorhergesagten geschildert ist. Falsch ist z. B., nur den Isthmus bei Schilddrüsenoperationen zurückzulassen, da auf diese Art sämtliche Nebenschilddrüsen entfernt werden. Ebenso soll nach Möglichkeit auf der Seite, auf der man ein Stück der Schilddrüse mit den Nebenschilddrüsen zurückläßt, die A. thyr. inf. nicht unterbunden werden.

Unter Beigabe guter Abbildungen wird ein Fall näher geschildert, in dem nach Exstirpation erst des rechten, dann des linken Schilddrüsenlappens Tetanie mit den charakteristischen Symptomen ausbrach. Hier wurde durch Beebe's Nucleo-proteid und Einpflanzung von fünf soeben den Leichen entnommenen Nebenschilddrüsen unter die Haut Heilung erzielt. Verf. glaubt aber, daß diese nur deswegen eintrat, weil wenigstens eine Glaudula parathyreoidea bei der vorhergegangenen Kropfoperation zurückgelassen wurde. **Herhold** (Brandenburg).

---

10) **W. A. Freund.** Beiträge zur Behandlung der tuberkulösen Lungenspitzenphthise und des alveolären Emphysems durch operative Mobilisation des in der oberen Apertur stenosierten und des starrdilatierten Thorax.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. No. 48.)

Um der übertriebenen Ausdehnung seiner Thoraxoperation einen Riegel vorzuschieben, bespricht F. eingehend die Momente, auf welche sich eine exakte Diagnose der primären Brustkorbanomalien stützen muß. Indem er in bezug hierauf aus seinen Arbeiten aus den Jahren 1858/59 das Wichtigste wiederholt, weist er des weiteren auf die durch Röntgenoskopie zu gewinnenden Bilder hin. Als Indikation zur Operation bei der Stenose der oberen Apertur stellt er die sichere Konstatierung dieser Stenose, besonders erblich Belasteter, und als richtigen Zeitpunkt die Beobachtung wirklich auf die Spitze beschränkter tuberkulöser Affektion der Lungen bei Fehlen anderweitiger tuberkulöser Erkrankungen hin. Die chirurgische Mobilisation des starrdilatierten Brustkorbes bei alveolärem Emphysem will er womöglich vor Ausbildung der sekundären Degeneration ganz im Sinne der von Pässler und Seidel gestellten Indikation ausgeführt wissen.

Kramer (Glogau).

---

11) **K. Hast.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung der beginnenden tuberkulösen Lungenspitzenphthise.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Ausgehend von seinen eigenen Untersuchungen, durch die H. die Angaben W. A. Freund's, daß infolge einer primären Entwicklungshemmung der ersten Rippenknorpel oder Rippen selbst die obere Thoraxapertur verengt und dadurch ein schädlicher Druck auf das umschlossene Lungengewebe ausgeübt wird, bestätigen konnte, bespricht Verf. die mechanisch-funktionellen Mißverhältnisse im Bereiche der oberen Thoraxapertur, zwei Formen derselben unterscheidend. Die erste, sich zur Zeit der Reife geltend machende entspricht der Freund'schen Lehre, während die zweite, als Altersveränderungen aufzufassende Verknöcherungsprozesse in der Knorpelsubstanz der Rippe in sich schließt und durch diese Starrheit eine Durchlüftung der Lungenspitzen beeinträchtigt; sie erklärt nach H. die Lokalisation der Tuberkulose in der Lungenspitze bei älteren Individuen. Die von Freund vorgeschlagene Operation, in Durchschneidung des ersten Rippenknorpels bestehend, dürfte besonders bei dieser zweiten Form von Nutzen sein; event. muß auch die Durchtrennung der anderen Rippenknorpel zur Sicherung und Begünstigung der Exspiration in Betracht gezogen werden. Aber auch für die erste Form erscheint H. die chirurgische Bildung eines Gelenkes am ersten Rippenknorpel empfehlenswert, vorausgesetzt, daß es sich um einen beginnenden tuberkulösen Prozeß in der Lungenspitze eines nicht diabetischen Individuums handelt.

Kramer (Glogau).

---

12) **Green** and **Manry.** Experimental studies upon the thoracic oesophagus. A preliminary report.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Bevor Verff. an Tieren den Brustkorb behufs Resektion der Speiseröhre eröffnen, führen sie eine 12 Zoll lange Kanüle in den Kehlkopf und die Luftröhre, dessen laryngeales Ende durch einige umgelegte Heftpflasterstreifen fusiform verdickt ist (*a*), damit es, in der Rima glottidis liegend, einen sicheren Verschluß derselben herbeiführt. Bei *b* ist eine Öffnung für exspirierte Luft, über *b* kann die Manschette *c* geschoben werden, wenn die Lunge von *d* aus aufgeblasen werden soll. Bevor man die Pleura öffnet, überzeugt man sich, ob die Lunge genügend gebläht ist; man sieht dieses durch die zarten Pleurablätter hindurch. Die Speiseröhre wird dann unter steter Beobachtung und Regulierung der Lungenblähung reseziert und mit dem Magen wieder verbunden. Bevor die Brusthöhle geschlossen wird, ist die Lunge von *d* aus genügend aufzublasen. Bei diesen Operationen an Tieren war eine Rippenresektion nicht nötig; nach Spaltung des Zwischenrippenraumes ließen sich die Wundränder genügend weit auseinander ziehen. Alle diese an Tieren vorgenommenen Resektionen verliefen ohne Zwischenfall.

Herhold (Brandenburg).



13) **L. Bornhaupt.** Über die Bauchschüsse im russisch-japanischen Kriege 1904—1905.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 3.)

Verf. hat 182 penetrierende Bauchverletzungen beobachtet, die am 6.—10. Tage nach der Verletzung in seine Behandlung kamen, nachdem sie, meist mit einem Notverband versehen, in den durchgehenden Zügen vom Kriegsschauplatz aus nach Charbin ins Lazarett transportiert worden waren. In 162 Fällen hat es sich dabei um kleinkalibrige Mantelgeschosse als Ursache der Bauchverletzung gehandelt. 72,8% wurden konservativ und nur 27,2% operativ behandelt. Von den nicht Operierten starben nur 3, d. i. 2,6%. 55% der Bauchschüsse verliefen überhaupt symptomlos, so daß es Mühe kostete, nach 5—6 Tagen die Pat. im Bette zu halten. Vielfach waren die Bauchwunden gar nicht gereinigt worden, sondern nur mit einem Heftpflasterverband versehen. Trotzdem heilten die kleinen Öffnungen sehr gut, und Verf. hält es für überflüssig, an allen Verbandstationen den Verband zu wechseln. Infiltrate, die sich häufig in der Bauchhöhle fanden und hohes Fieber verursachten, heilten gewöhnlich unter Umschlägen. Öfters waren die Bauchverletzten durch mangelhafte Isolierung der Dysenterie- und Typhuskranken auf dem Transport oder in den Spitälern infiziert worden. Fälle mit Blasenfisteln und Kotfistelbildung, Nierenschüsse heilten vielfach unter zuwartender Therapie, ohne schwere Folgeerscheinungen zu hinterlassen. Nur dürfen solche Pat. sich nicht zu früh bewegen und nicht zu bald evakuiert werden; die üblen Folgen eines solchen zu früh erfolgten Transportes werden an mehreren einschlägigen Fällen geschildert.

Von 27 Laparotomierten sind 13 gestorben, darunter 9 solche, die schon vor dem Eingriff eine eitrige Peritonitis hatten, und 4, die an Sepsis zugrunde gingen. 8 von den 13 Gestorbenen wiesen eine Perforation des Magen-Darmkanals auf; 1mal bestand eine Verletzung der Harnblase, 4mal war keine Verletzung innerer Organe zu konstatieren.

B. ist der Ansicht, daß die nach Bauchschüssen entstandenen Hämatome bei Verwundeten, die nach der Verletzung noch gelaufen oder geritten sind, in den vorn gelegenen Lazaretten in den ersten Tagen nach dem Trauma operiert werden müssen. Ebenso verlangen Fälle mit großen Schußöffnungen und Austritt von Darminhalt einen zeitigen Eingriff; desgleichen Pat., bei denen ein verletzter Knochen, wie das Darmbein oder die Wirbelsäule, mit einem Kotabszeß kommuniziert. Solche Fälle dürfen auch nicht einem frühzeitigen Transport unterworfen werden, den Leute mit Hämatomen, auch vereiterten, eher vertragen. Im Rücken der Armee soll nur die Eröffnung der Eiterherde, keine ausgedehnte Laparotomie ausgeführt werden.

5mal hat Verf. eine gleichzeitige Verletzung der Pleura- und der Peritonealhöhle bei der Operation beobachtet. 4 von diesen Pat. sind gestorben. B. hält es für zweckmäßig, beide Hohlräume zu eröffnen

und gesondert zu behandeln, statt von der Brusthöhle aus die Zwerchfellwunde zu erweitern. 6 andere Pat. solcher kombinierter Verletzungen heilten unter Zuwarten aus. Was die Schrapnellkugelverletzungen anlangt, so konnte auch bei diesen konstatiert werden, daß sie nicht immer schwere innere Schädigungen veranlassen müssen. Dagegen tritt bei Schrapnellschüssen häufiger eine Vereiterung des Schußkanales ein als bei kleinkalibrigen Mantelgeschossen, weil die größeren Gewebszerreißungen eine Wundinfektion mehr begünstigen. Deshalb muß namentlich dann, wenn das Schrapnell stecken geblieben ist, bei den ersten bedrohlichen Erscheinungen frühzeitiger eingegriffen werden.

Verf. spricht sein Endurteil dahin aus, daß Bauchschüsse mit intraabdominellen Blutungen und Austritt von Darminhalt primär laparotomiert werden sollten. Diese Möglichkeit ist nur zu erzielen, wenn auf die Ausstattung der Feldlazarette der ersten Etappe große Sorgfalt verwendet wird. Die Anzahl der Lazarette in erster und zweiter Etappe muß eine große, ihre Aufnahmefähigkeit eine ausreichende sein, und die erfahrensten Chirurgen sollen dort stationiert sein. Konservativ zu behandelnde Fälle müssen rasch von dort evakuiert werden. Die Organisation und die Transportmittel müssen an diesen Stellen ganz besonders gut funktionieren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **Moynihan.** An address on the pathology of the living.
(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Die moderne Chirurgie hat eine »Pathologie am Lebenden« aufgebaut, die unser Wissen von den Krankheitserscheinungen außerordentlich gefördert hat. Gestützt auf die großen Erfahrungen, die der bekannte Chirurg an seinem reichen Stoff hat sammeln können, gibt er einen lehrreichen Überblick, wie sehr wir seit dieser »Pathologie am Lebenden« in manchen Punkten umzulernen genötigt waren und noch täglich sind. So ist z. B. das Ulcus duodeni sehr viel häufiger, als wir früher annahmen. Auf Grund seiner 160 Operationen wegen Duodenalgeschwür glaubt M. das Verhältnis vom Magen- zum Duodenalgeschwür auf mindesteas 2 : 1, vielleicht sogar auf 1 : 1 schätzen zu dürfen. Selbst die Autopsie in vivo macht uns die Unterscheidung zwischen Magen- und Duodenalgeschwür durchaus nicht immer zweifellos. Seine Erfahrungen haben ihm gelehrt, das Duodenalgeschwür mit annähernder Sicherheit allein aus der Anamnese zu erkennen, die er eingehend beschreibt. Er hat manche Fälle mit der Diagnose Hyperazidität, Dyspepsie, chronische Gastritis durch die Operation als Duodenalgeschwür aufgedeckt. Auch die nahen Beziehungen zwischen Krebs und Magengeschwür hat die moderne Chirurgie klargelegt, ferner die Pathologie der Gallensteine und der chronischen Pankreatitis von Grund aus verändert. Ähnliches gilt für Dickdarmerkrankungen und für die tuberkulöse Peritonitis.

Weber (Dresden).



15) **Cawardine.** A clinical lecture on acute generalining peritonitis and its treatment.
(Brit. med. journ. 1907. November 30.)

C. bespricht ausführlich die großen peritonealen Buchten, in denen sich Exsudate der Schwere und der Örtlichkeit nach sammeln werden: Becken, Lumbalbuchten, subphrenische Räume, und empfiehlt stets bei Perforationsperitonitiden nach Versorgung der Durchbruchsstelle diese Taschen auf das Vorhandensein von Exsudat zu untersuchen durch Hinuntertauchen von gestielten Tupfern. Er weist den Einwurf, man könnte so die noch nicht befallenen Buchten infizieren, zurück und verlangt ausgiebige Drainage aller eitrigen wie serösen Ansammlungen nach bestimmten Regeln, die er im folgenden angibt. Besonderen Wert für die Nachbehandlung legt er auf zwei Neuerungen in der Peritonitistherapie: das erste ist die halbsitzende Stellung des Kranken im Bett, die sog. Fowler'sche Lage, zum Abfluß der Sekrete in das gut drainierte Becken; das zweite die von Murphy 1904 angegebene Methode der fortwährenden Berieselung des Mastdarmes mit so abgemessenen Mengen von Kochsalzlösung, daß eine ständige Aufnahme von Flüssigkeit ins Blut — bis zu 10 Litern in 24 Stunden — stattfindet.

C. meint, es gelänge heute, weit über 50% der Fälle von verallgemeinerter Peritonitis mit den modernen Methoden zu retten.

Weber (Dresden).

---

16) **D. Hilton.** Appendicitis complicating the puerperium.
(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. Oktober.)

Appendicitis als Komplikation des Wochenbettes wurde bisher relativ selten beobachtet. Verf. konnte aus der Gesamtliteratur insgesamt nur 29 solcher Fälle zusammenstellen. Er führt dies darauf zurück, daß sicherlich zahlreiche Fälle unter dem Symptomenkomplex parametritischer Störungen verlaufen und als solche behandelt werden. Am häufigsten tritt die Erkrankung innerhalb der ersten 4 Tage des Wochenbettes ein (21 Fälle). Als auslösendes Moment für die Erkrankung des Wurmfortsatzes fand sich bei der Operation oder Sektion meist eine Infektion der benachbarten Geschlechtsorgane, in einzelnen Fällen dürfte sich jedoch die Infektion des primär erkrankten Wurmfortsatzes per contiguitatem auf den Genitalschlauch fortgepflanzt haben.

Besondere Symptome der Appendicitis nach der Entbindung fehlen, so daß die subjektiven Beschwerden und der objektive Befund sich durchaus nicht von den Erscheinungen der Appendicitis in anderen Lebensperioden unterscheiden.

Die Prognose der Erkrankung ist eine recht trübe, indem von den Fällen, die innerhalb der ersten 10 Tage nach der Entbindung beobachtet wurden, 45,5% starben. Die einzig aussichtsreiche Behandlung besteht in dem frühzeitigen chirurgischen Eingriff.

Strauss (Nürnberg).

---

17) **Murray.** The saccular theorie of hernia.

(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Unter »Sacktheorie« vesteht M. die Lehre, daß alle Eingeweidebrüche mit Ausnahme der traumatisch entstandenen angeboren sind, insofern der Bruchsack stets vorgebildet ist. Diese Lehre ist die einzige, die alle Erscheinungen an Brüchen ausreichend erklärt. Zur genügenden Verständigung über diese Frage muß vor allem mit der bisher üblichen Einteilung in angeborene und erworbene Brüche aufgeräumt werden: nicht nur jene Bruchsäcke, die den Hoden mitumfassen, sind angeboren, sondern alle anderen, nicht traumatischen ebenfalls. Für die Sacktheorie sprechen z. B. auch die guten Erfolge der einfachen hohen Abbindung des Bruchsackes bei Kindern, ferner die vorzüglichen Ergebnisse der im Grunde genommen auf ein gleiches hinzielenden Kocher'schen Operation. M. hat neuerdings die bei Kindern übliche, möglichst hohe Abbindung mit guten Dauererfolgen auch auf Erwachsene übertragen. — Bei 200 wahllos untersuchten Leichen von Menschen, die im Leben nie Brucherscheinungen dargeboten hatten, fanden sich 68 peritoneale Ausstülpungen an den Bruchpforten: 13 inguinale, 52 femorale, 3 umbilicale. Das Austreten eines Bauchhöhleninhaltes hängt beim Vorhandensein der Ausstülpung nur noch ab von der Größe der Ringöffnung und der Kraft der Muskelsperre. Diese »Sacktheorie« wendet M. auf die einzelnen Brucharten an.

Weber (Dresden).

18) **Hausmann.** Über das Tasten normaler Magenteile.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XIII. Hft. 4.)

Die ausführliche Studie muß im Originale nachgelesen werden. Mit Hilfe der vom Verf. geübten und besonders ausgebildeten Nierenpalpation gelingt es ihm, in 18% seiner Fälle den normalen Pylorus und in 25% der Fälle die große Kurvatur des Magens genau zu bestimmen.

Die Bedeutung dieser Tastungsresultate liegt in erster Linie auf praktisch-diagnostischem Gebiete. Der Wert dieser durch nachfolgende Operation vielfach kontrollierten Situsbestimmungen ist zweifellos ein hoher und die Anregung, auf dem Gebiete weiter zu forschen, eine dankenswerte.

Oettingen (Berlin).

19) **Frederick.** Early postoperative intestinal obstruction.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 15.)

Die Fälle von frühzeitig im Anschluß an Bauchoperationen auftretendem Darmverschluß unterscheiden sich erheblich von den später sich entwickelnden; je früher die Symptome sich zeigen, um so schwieriger pflegt die Diagnose und um so schwerer der Fall zu sein.

Es handelt sich in der Regel um drei Ursachen: um septische Peritonitis, um mechanischen Verschluß durch Verwachsungen oder abschnürende Bänder, endlich um Ausbildung eines Hindernisses durch Veränderung des Darmes selbst.

Man warte nicht zulange mit operativem Einschreiten, drainiere bei Peritonitis, durchtrenne vorhandene Verwachsungen, die man als Ursache erkennt, und lege, um sicher zu gehen, eine Enterostomie an der geblähtesten Darmpartie an, und zwar von einer besonderen Bauchwunde aus.

W. v. Brunn (Rostock).

20) **H. M. Hepperlen.** A simple method of intestinal anastomosis with a single ligature and two needles.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. Oktober.)

Verf. empfiehlt zur Naht der Darmanastomosen fortlaufende Naht mit doppelt armierter Nadel. Die Naht beginnt in der Lichtung; jede Nadel wird von der Schleimhaut zur Serosa geführt. Durch Kreuzung der Nadeln nach jedem Stich ergibt sich ein nach der Lichtung zu gewendeter Knoten, so daß sich der Darmverschluß ganz in analoger Weise wie bei dem Verschluß des Kunstafters nach Mikulicz vollzieht.

Strauss (Nürnberg).

21) **N. Trinkler.** Zur Technik der Enukleation des Mastdarmes bei karzinomatösen Erkrankungen desselben.

(Wiener med. Presse 1907. Nr. 48 u. 49.)

Verf. empfiehlt als Voroperation die Kolotomie, 1) um die Grenzen des Operationsfeldes erweitern zu können, ohne um event. Störung der Darmfunktion besorgt zu sein; 2) um durch Ableitung der infizierenden Kotmassen in mehr oder minder aseptischer Umgebung operieren zu können. In hoffnungslosen Fällen, in denen es in erster Linie darauf ankommt, möglichst viel zu entfernen, schlägt Verf. vor, das zurückbleibende Mastdarmende fest zu vernähen durch eine die ganze Dicke der Darmwand fassende Kürschnernaht und durch eine Lembert'sche Naht. Der auf diese Weise entstandene blinde Sack wird samt dem Mesorektum mittels zweier Nähte an das vordere Blatt des Peritoneums festgenäht.

Paul Wagner (Leipzig).

22) **H. Heineke.** Über Pankreasrupturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichten von 5 Fällen von Pankreaszerreißung, von denen 2 mit Verletzung anderer Organe kombiniert waren, während es sich bei den 3 anderen um isolierte Zerreißungen der Drüse handelte. Er stellt aus der Literatur im ganzen 19 Fälle zusammen. Unter 14 Operierten sind 9 geheilt worden. Die Prognose der Verletzung ist demnach eine günstige, namentlich bei zeitiger Operation. Die Gefahren der Verletzung bestehen in der Blutung und noch mehr in dem Austritte des Pankreassaftes und den folgenden Fettnekrosen. Eine sichere Diagnose ist meist unmöglich. Anfänglich können die klinischen Erscheinungen sehr milde sein, wahrscheinlich weil die Blutung anfänglich gering ist. Einen bestimmten Hinweis erhält man nur durch die isolierte Blutansammlung in der Bursa omentalis, die eintritt, wenn das Foramen Winslowii

verklebt und das Lig. hepatogastricum nicht zerrissen ist. Nicht genügend erwiesen ist es noch, ob das normale Pankreassekret Fettnekrosen bewirkt, oder ob es bei den Zerreißungen erst durch Darmsaft oder das gequetschte Pankreasgewebe aktiviert und zu Fettspaltung sowie Eiweißverdauung befähigt wird. Therapeutisch kommt nur der operative Eingriff in Frage mit Tamponade und event. Naht bei glatten scharfkantigen Rissen. Vielleicht kann durch die letztere die Kontinuität durchtrennter Ausführungsgänge gerettet und die Funktion des abgetrennten Schwanzes erhalten werden. Bei nicht operierten kleineren, aber auch bei ausgedehnteren Rissen kann es zu Cystenbildung kommen, wie ein einschlägiger genauer beschriebener Fall beweist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

23) **Kleinschmidt.** Beiträge zur pathologischen Anatomie und Klinik der Kystadenome des Pankreas.

(Medizinisch-naturwissenschaftliches Archiv Bd. I. Hft 1.)

Die Pankreaschirurgie birgt noch viele ungelöste Fragen, so daß jeder genau beobachtete und untersuchte Fall als wertvoll zu begrüßen ist. Verf. bringt uns die Krankengeschichte und mikroskopische Untersuchung eines im Charlottenburger-Westendkrankenhause operierten Pankreaskystadenoms, durch die das Verhältnis dieser echten Geschwülste zu den Retentionscysten eine eingehende Beleuchtung erfährt.

Bei einer 47jährigen Frau, bis 3 Jahre vorher Alkoholikerin, hatte sich unter mächtigen Magen-Darmbeschwerden und Abmagerung im Laufe von 8 Jahren eine Geschwulst im Oberbauch entwickelt, die als Milzgeschwulst erfolglos behandelt worden war. Sie nahm, vom Rippenbogen bis in Nabelhöhe reichend, die ganze linke Bauch- und Lendengegend ein, mannskopfgroß. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle durch Schnitt dem linken Rippenbogen entlang zeigte sich, daß die Geschwulst, vom Dickdarm bedeckt, retroperitoneal gelegen und zwischen die weit auseinander gedrängten Blätter des Mesocolon transversum gewachsen war. Nach Verlängerung des Schnittes bis an den Rand des M. sacrolumbalis wurde sie von hinten her in Angriff genommen und nach äußerst mühsamer Ablösung von Magen, Milz und Querkolon in toto exstirpiert. Vom Pankreas, dessen Schwanzteil fächerförmig ausgebreitet der Geschwulst anlag, konnte sie ohne Substanzverlust abgelöst werden. Leider überstand die Frau den schweren Eingriff nicht.

Der bis in seine Einzelheiten genau beschriebene mikroskopische Untersuchungsbefund der aus einer großen Haupt- und mehreren Nebencysten bestehenden Geschwulst läßt ihren proliferierenden Charakter, wahrscheinlich von den kleinen Ausführungsgängen des Pankreas ausgehend, deutlich erkennen.

An der Hand des eigenen und der 21 in der Literatur niedergelegten einschlägigen Fälle geht Verf. näher auf die pathologische Anatomie und Klink der Pankreaskystadenome ein. Im Gegensatz zu den Retentionscysten ist stets eine Zylinderepithelschicht, meist mit reichlichen schleimproduzierenden Zellen, vorhanden, die allerdings eine große Neigung zum Zerfall zeigt und am ausgeprägtesten in den sehr häufigen Nebencysten zu finden ist. In der Hälfte der Fälle wurden Reste von Pankreasgewebe angetroffen. Der Cysteninhalt ließ

niemals für Pankreas charakteristische Elemente erkennen, Trypsin wurde nie nachgewiesen. Die Entwicklung der oft eine beträchtliche Größe erreichenden Geschwülste dehnt sich, meist unter geringfügigen Beschwerden, über Jahre hinaus aus; niemals war ein Trauma vorausgegangen. Allgemeinstörungen und Ausfallserscheinungen fehlten meist, entsprechend dem normalen Verhalten des nicht beteiligten Pankreasteiles. Meist entwickeln sich die Geschwülste zwischen die Blätter des Mesocolon transversum und nehmen mit ihrer größten Masse die linke Oberbauchgegend ein. Bei der Differentialdiagnose gegen Retentionscysten sind das Fehlen eines Traumas sowie die geringen Beschwerden zu verwerten. Das fortschreitende Wachstum macht die operative Behandlung notwendig; und zwar spricht sich Verf. hierbei im Gegensatze zu den Retentionscysten für die totale Exstirpation aus, da bei dem proliferierenden Charakter dieser Neubildungen die einfache Entleerung nach Einnähung eine Dauerheilung nicht bringen kann, eine Ansicht, die durch die Statistik erhärtet wird. Der Angriffsweg richtet sich nach der Lage der Geschwulst; häufig dürfte der retroperitoneale Weg zu bevorzugen sein, der übrigens auch für die Einnähungsbehandlung einer etwa anzutreffenden Retentionscyste manche Vorzüge aufweisen könnte.

Eine ausführliche Tabelle der zugrunde liegenden Fälle beschließt die Arbeit. **Vorderbrügge** (Danzig).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Über Sterilisation der Metallinstrumente.

Von

Dr. Josef Lévai,
Spezialarzt für Chirurgie in Budapest.

Die Metallinstrumente rosten bei dem üblichen Auskochen in Sodalösung hier und da kaum merklich, manchmal aber ziemlich stark und wandern gar zu oft zum Instrumentenmacher. Im Jahre 1896 publizierte ich in der »Wiener klin. Rundschau« ein Verfahren, welches vollständig geeignet ist, das Rosten der Metallinstrumente bei der Sterilisation zu verhüten. Da ich mich gelegentlich überzeugte, daß mein Verfahren im Auslande nicht genügend bekannt wurde, halte ich für angezeigt, dasselbe hier in Kürze zu publizieren.

Das Eisen (Stahl) rostet nur in Anwesenheit von Kohlensäure, Feuchtigkeit und Sauerstoff. Wenn eine der drei Bedingungen fehlt, bleibt das Eisen vom Rost verschont. So rostet in beständig trockener Luft das Eisen nicht, es rostet nicht, wenn es tagelang im Wasser liegt, wenn wir in dieses Wasser beständig Sauerstoff leiten, vorausgesetzt, daß wir die Kohlensäure mit irgendeinem Alkali gebunden haben.

Der chemische Prozeß des Rostens ist folgender: $Fe_2 + O_2 + 2\,CO_2 = 2\,FeCO_3$ kohlensaures Eisenoxydul; daraus entsteht in Anwesenheit von Wasser (Feuchtigkeit) $2\,FeCO_3 + 3\,H_2O + O = Fe_2(OH)_6 + 2\,CO_2$, Eisenoxydhydrat. Die freigewordene Kohlensäure greift von Neuem das Eisen an, so daß wenig Kohlensäure große Mengen des Eisens zum Rosten bringen kann. Das Eisenoxydhydrat ist braun; dasselbe wird in Anwesenheit überschüssigen Eisens zu Eisenoxyduloxyd Fe_3O_4

reduziert, welches schwarz ist. Zum Verhüten des Rostens ist anderes nicht erforderlich, als daß wir die im Wasser vorhandene Kohlensäure binden. Im alltäglichen Leben wird dieses Verfahren im großen angewendet zur Konservierung von außer Betrieb gesetzten Dampfkesseln, welche mit Lauge angefüllt werden. Zur Bindung der Kohlensäure eignen sich Alkalien.

Nickel ist für jeden Fall widerstandsfähiger gegen Rosten als Stahl, rostet aber dennoch beim Auskochen. Nebenbei ist die Vernickelung der Instrumente bei starkem Gebrauche nur von geringem Bestand und jede neue Vernickelung hält schlechter als die vorhergehende. Die Vernickelung verhütet demnach das Rosten der Instrumente beim Auskochen in keiner Weise.

Aus dem Gesagten geht zur Genüge hervor, warum die Metallinstrumente weniger rosten, wenn dieselben mit schon im Sieden befindlichem Wasser in Berührung kommen, als wenn sie, ins kalte Wasser gebracht, mit dem Wasser zugleich erwärmt werden. Im ersten Falle hat das Kochen den größten Teil der Kohlensäure aus dem Wasser herausgetrieben, und die Instrumente waren auch kürzere Zeit den Bedingungen des Rostens unterworfen. Es ist begreiflich, warum die Instrumente in Anwesenheit der von Schimmelbusch anempfohlenen Soda (Natrium carbonicum, Na_2CO_3) rosten, wenn dieselbe auch chemisch rein ist, wenn sie in schwächerer oder stärkerer Konzentration angewendet wird. Das Na_2CO_3 verhält sich dem Rosten gegenüber ganz indifferent, bindet die Kohlensäure des Wassers nicht.

Seit mehr als 10 Jahren habe ich mich und haben sich viele Chirurgen, welche mein Verfahren in Anwendung brachten, tagtäglich überzeugt, daß das Rosten der Metallinstrumente bei dem üblichen Auskochen im Sterilisator durch einen Zusatz von einer Lauge, am besten Natronlauge (NaOH, Natrium hydrooxydatum alcoholo depuratum fusum in bacillis) sicher verhütet werden kann. Es genügt eine ganz schwache, beiläufig $^1/_4$%ige Lösung, um dem Rosten vorzubeugen. Wichtig ist nur, daß die Natrium hydroxyd-Stücke 1—2 Minuten früher als die Instrumente in das Wasser kommen, daß sie aufgelöst werden und die Kohlensäure des Wassers gebunden werde. Wenn die Natronlauge in das Wasser kommt, scheidet sie den im Wasser befindlichen doppeltkohlensauren Kalk und die anderen doppeltkohlensauren Salze aus und verursacht dadurch eine geringe milchige Trübung des Wassers, welche auf gar keine Weise störend wirkt; wenn aber jemand diese Trübung umgehen will, so braucht man nur die Lösung im vorhinein zuzubereiten und einige Zeit stehen zu lassen. Der Niederschlag setzt sich zu Boden, und die Laugenlösung kann kristallklar abgegossen werden.

In der Laugenlösung bleiben die Instrumente makellos, selbst wenn sie stundenlang darin liegen. Eine stärkere Lösung ist überflüssig, auch nicht empfehlenswert, weil die Instrumente davon glitschig werden.

Die Natriumhydroxydlösung hat noch andere Vorteile an sich. Die Instrumentensterilisatoren, wenn sie aus Alpacca oder Kupfer verfertigt sind, sind kostspielig, Eisenblech wird schnell von Rost zernagt. Wenn wir aber unsere Instrumente in Laugenlösung kochen, so konserviert dieselbe zugleich den Apparat. Der Kessel des Verbandstoffsterilisators wird durch die Lauge vom Rost auch verschont.

Die Messer, wenn dieselben durch Einwicklung mit steriler Gaze oder auf eine andere Weise während des Auskochens vor Anschlagen bewahrt werden, kommen nach dem Auskochen mit ganz unversehrter Schneide aus der $^1/_4$%igen Lauge heraus.

Instrumente aus Aluminium sind für das Auskochen sowohl in Lauge als in Sodalösung unbrauchbar.

II.

Aus dem Institut für Krebsforschung in Moskau.

Über die Behandlung von krebsigen Geschwüren überhaupt und über Epitheliome des Gesichts im speziellen.

Von

Dr. W. Sykoff.

Bereits vor 5—6 Jahren habe ich bei der Behandlung von eitrigen Entzündungen der großen Gelenke, bei Komplikationen nach Operationen am Uterus und den Adnexen mit Erfolg andauerndes und wiederholtes Absaugen der eitrigen Produkte angewandt, und zwar benutzte ich hierzu den Apparat von Potain.

In der letzten Zeit speziell mit der Krebsfrage beschäftigt, fing ich nun vor ca. 1 Jahr an, obiges Verfahren bei inoperablen Krebsen des Uterus anzuwenden; und zwar leitete mich hierbei der Gedanke, durch das Absaugen ein Gegengewicht zu schaffen gegen die absorbierende Fähigkeit des Organismus, welche das Aufnehmen und Weitertragen der Krebszellen durch die Lymphgefäße verursacht[1]. Außerdem wollte ich die Resorption der Zerfallprodukte des Tumors durch den Organismus aufhalten.

Die Resultate, die ich durch obige Behandlungsweise erhielt, waren durchaus befriedigende. Das Allgemeinbefinden besserte sich. Das Fieber ließ nach und der Krankheitsprozeß wurde merklich aufgehalten. Natürlich ist diese Methode nicht anwendbar bei Blutungen.

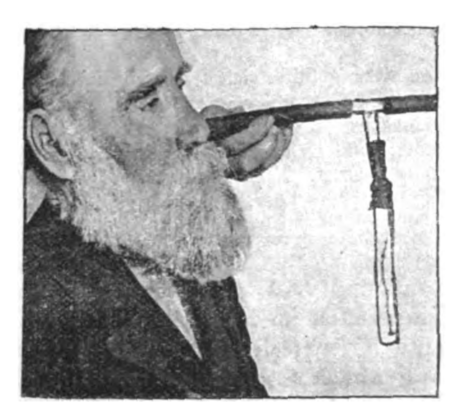


Fig. 1.

In letzterer Zeit wandte ich diese Methode des energischen Absaugens auch bei den operablen Fällen an, in denen die Kranken die Operation verweigerten, worüber ich detaillierter in nächster Zeit berichten werde. Ich erhielt ganz besonders günstige Resultate bei Epitheliomen des Gesichts, was die beigegebene Photographie demonstriert.

---

[1] Siehe die schönen Präparate von Prof. Ribbert (Beiträge zur Entstehung der Geschwülste 1907. p. 32).

Ich kann die Aufsaugmethode den Kollegen durchaus zu weiteren Versuchen empfehlen, da sie äußerst einfach und durchaus ungefährlich ist und weiter in den Fällen indiziert erscheint, in denen unsere chirurgischen Künste nicht imstande sind, die frühere Form irgendeines Körperteiles, z. B. bei Krebserkrankung der Nasenflügel, die, wie bekannt, oft angetroffen wird, wieder herzustellen. Dann läßt sich auch die Absaugmethode mit der Röntgenbestrahlung kombinieren, wodurch die Behandlung bedeutend verkürzt wird, und wird eine eventuelle Heilung hierdurch bestimmt sicherer gewährleistet.

Zu meinen Versuchen benutzte ich bis jetzt die Körting'sche Luftpumpe.







Fig. 2. Ulcus alae nasi. Fig. 3. Völlige Vernarbung.

An dem abgebildeten Pat. wurden die Absaugungen 10—15 Minuten lang entweder täglich oder seltener, den Bedürfnissen entsprechend, unternommen. Der Rand des freien Schlauchendes wurde mit folgender Salbe bestrichen: Rp. Cerae flavae 7,5, Seb. bovini, Resinae pini ãã 45,0, Terebenthin. communis 6,0. MDS, Salbe (Fig. 1), was ein besonders dichtes Anlegen des Schlauehes an die betreffende Stelle ermöglichte.

Während der ersten Sitzung füllte sich der Gummischlauch mit Blutgerinnseln, in welchen Epithelialgewebsfetzen eingelagert waren, und erhielt das Geschwür nach Abnahme des Schlauches ein besonderes Aussehen: seine Ränder waren nicht mehr nach außen gekehrt, sondern unterwühlt, wie man es entsprechend bei tuberkulösen Vereiterungen beobachtet. Nach 10 Sitzungen ging das Gesehwür allmählich zuerst in ein »Ulcus simplex« über, dann folgte volle Heilung.

---

24) **Schäfer, Svenson und v. d. Osten-Sacken.** Über die Wirkung der japanischen Kriegswaffen im mandschurischen Feldzuge. II. Teil: Bericht über geheilte Kriegsverletzungen bei russischen Feldtruppen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Es ist unmöglich, ein umfassendes Referat über die unzähligen Einzelheiten der vorliegenden Arbeit zu geben, die ein sehr großes statistisches Material zusammenstellt. Dasselbe entstammt Zählkarten, die auf dem mandschurischen Kriegsschauplatz 1905 durch Untersuchung in die Front zurückgekehrter Verwundeter gewonnen wurden, und zwar von vier ostsibirischen Schützendivisionen, einer europäischen Infanteriedivision, nebst fünf Artilleriebrigaden und zwei sibirischen Kosakenregimentern. Verf. hat es verstanden, seine Arbeit fast zu einer spannenden Lektüre zu machen, indem er historische Betrachtungen und zahlreiche interessante Erfahrungen vom Kriegsschauplatz mit einflicht. Stets unter dem Hinweis auf das von ihm zu behandelnde Thema entrollt er ein Bild der Schlachten mit ihren Tag- und Nachtkämpfen, mit den Schwierigkeiten des Terrains und der Wirkung der verschiedenen Geschoßarten. Die Eigenart der Kriegsverhältnisse in der

Mandschurei, das heldenhafte Benehmen der Soldaten, die Mängel des Evakuationsprinzips und der Etappenorganisation, die nach seiner Ansicht allzu liebevolle Behandlung in den Spitälern des Roten Kreuzes und auch in den Militärlazaretten finden eine offene Besprechung hinsichtlich ihrer Rückwirkung auf den Dienstverlust. Dies sei nur ein Hinweis, wie geschickt Verf. alle Faktoren benutzt hat, um einer anscheinend rein ziffermäßig zu beantwortenden Frage eine größere Anteilnahme zu verschaffen.

Lesenswert ist auch der Anhang, den v. O. der Arbeit beifügt. In demselben schildert er den Mangel an tauglichen Verbandpäckchen, die unzureichenden Qualitäten des Sanitätspersonals und erwähnt die schlechte Ausrüstung von Instrumentarium nebst Apotheke. Verbandschere, Rasiermesser, Haarschneidemaschine mußte er selbst anschaffen. Mit Grauen beschreibt er, wie der beste Wille, alles Wissen und Können an der Brutalität von Zeit und Raum scheiterten, und wie der Zufall oft alles vernichtete, was für die Verwundeten geschehen war.

Von Einzelheiten sei erwähnt, daß der Gipsverband wenig angewendet wurde. Man bediente sich statt desselben des improvisierten Verbandes mit den überall erhältlichen Stengeln der chinesischen Riesenhirse Gaoljan. Einem Soldaten, dem v. O. auf dem Verbandsplatze wegen Bauchschusses mit Darmvorfall den letzteren reponiert hatte, traf er, nachdem sich 3 Tage lang niemand um ihn gekümmert hatte, mit guten Wundverhältnissen an, so daß er später in den Hospitälern genesen ist. Der Fall beweist ihm, daß man die Bauchschüsse nicht so früh, wie es meist geschehen ist, hätte evakuieren sollen. In bezug auf die Lokalisierung der Verbandplätze faßt der Autor seine Erfahrungen dahin zusammen, daß in diesen Fragen das Militärkommando nicht strikte Vorschriften erteilen, sondern nur Vorschläge machen sollte und die Entscheidung den Divisionsärzten überlassen müßte; daß eine Teilung der Truppenverbandplätze rationell wäre, und daß die Frage, ob und wie viele Feldlazarette zu etablieren seien, erst während des Kampfes vom Korps- oder Divisionsarzt bestimmt werden dürfte, welcher auch Art und Ort der Verwertung dieser mobilen Feldhospitäler anzugeben hätte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

25) **Walsh.** First pictures of surgical operations extant.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 19.)

Wiedergabe und Besprechung einer Anzahl Abbildungen chirurgischer Operationen ungefähr aus dem Jahre 2500 v. Chr. Sie stammen aus einer kürzlich aufgedeckten Grabkammer eines hohen ägyptischen Beamten zu Memphis.

Teils handelt es sich um Operationen an Händen und Füßen, am Nacken, am Knie, zweimal um solche am Penis; das eine der letztgenannten Bilder scheint eine Zirkumzision beim Erwachsenen zu betreffen (die in diesen Zeiten erst vor der Verheiratung vorgenommen zu werden pflegte), das andere scheint, dem Aussehen des Penis nach zu urteilen, die Operation (Spaltung) einer Paraphimose darzustellen.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **Bailey.** An X-ray method for immediate localisation of foreign bodies.

(Brit. med. journ. 1907. November 2.)

B. gibt eine sinnreiche, sehr einfache Art an, die Lage des Fremdkörpers aus der Verschiebung seines Schatten bei senkrechter und bei schräger Durchleuchtung zu berechnen. Er braucht dazu außer dem Röntgenapparate noch eine verstellbare Blende, einen verschieblichen Röhrenhalter, Dermograph, Bleifolie und gummiertes Papier. Zunächst fixiert er die Lage des Fremdkörpers, z. B. einer Nadel in der Hand, bei senkrechter Durchleuchtung palmarwärts und dorsolwärts mit genau dem Fremdkörper kongruenter Bleistückchchen und findet so die senkrechte Ebene. Durch seitliche Verschiebung der Röhre vermag man nun in einfacher Weise die Entfernung der in drei Schatten zerlegten Durchleuchtungsbilder des Körpers und der Bleistückchen voneinander zu berechnen und findet so die Tiefe.

in der der Fremdkörper gelegen ist. Genaueres muß im Originale nachgesehen werden. **Weber** (Dresden).

27) **Robinson.** Treatment of tetanus by intraspinal injections of magnesium sulphate.

(Journal of the american med. association Vol. XLIX. Nr. 6.)

Es handelt sich bei diesem in Heilung ausgegangenen Fall um einen 11 Jahre alten Knaben. Eine Inkubationszeit war nicht festzustellen, die Mutter hatte nur gelegentlich eine etwas schmerzhafte geschwollene Stelle am behaarten Kopf bemerkt.

Erst 11 Tage nach Beginn der ersten Krankheitssymptome kam Pat. zur Aufnahme. Es bestand fast allgemeine Steifheit der Muskulatur am Halse, Kiefer, Rumpf, oberen und besonders unteren Extremitäten. Opisthotonus mit Erhebung der Lumbalgegend um 6—8 cm über die Bettebene. Alle paar Minuten ein Krampfanfall.

Am selben Tage lumbale Injektion von 3 ccm einer 25%igen Lösung von Magnesinmsulfat. Bereits 5 Minuten später ganz erheblicher Nachlaß der Steifigkeit und allmähliche Besserung im Laufe der folgenden $2^1/_2$ Stunden. Darauf Verschlechterung bis zum Zustand vor der Injektion. Erneute Injektion 18 Stunden nach der ersten, diesmal $3^1/_2$ ccm derselben Lösung und erhebliche Besserung bereits innerhalb $1^3/_4$ Stunden. Inzision der ödematös geschwollenen Stelle am Kopf, Tetanusbazillen werden nicht darin gefunden.

Drei nach Tage der zweiten wird wegen zunehmender Steifigkeit eine dritte Injektion von 4 ccm der 25%igen Lösung nötig. Danach Besserung und völlige Heilung. Entlassung am 59. Tage der Krankheit.

Als unangenehme Folgezustände nach der Injektion wurden mäßige Kopfschmerzen und Temperatursteigerung beobachtet.

Von Serumgaben oder interner Medikation ist nicht die Rede.

W. v. Brunn (Rostock).

28) **Patrick.** The treatment of trifacial neuralgia by means of deep injections of alcohol.

(Journ. of the amer. med. assoc, Vol. XLIX. Nr. 19.)

29) **D'Orsay-Hecht.** The methods and technic of the deep alcohol injections for trifacial neuralgia.

(Ibid.)

Die beiden amerikanischen Autoren haben die von Schlösser und Ostwalt angegebene Methode der tiefen Alkoholinjektionen bei der Behandlung der Trigeminusneuralgie in der Klinik von Levy und Baudouin in Paris studiert und halten sich an die von diesen Autoren publizierten Vorschriften.

P. hat 16 Pat. in Behandlung bzw. in Behandlung gehabt und gibt vor allem in seiner Abhandlung eine eingehende Krankengeschichte dieser Fälle.

Er bedient sich einer 10 cm langen, mit Skala versehenen, 1,5 mm dicken Punktionsnadel mit Mandrin. Dieser Mandrin wird nach Durchstechen der Haut vorgeschoben und das Ganze nun stumpf bis zu dem gewünschten Punkte durch die Weichteile vorwärts bewegt. Nun Herausziehen des Mandrins und Injektion von ungefähr 2 ccm eines 75—90%igen Alkohols mit Zusatz von etwas Kokain und Chloroform.

Auf dem von ihm näher beschriebenen Wege versucht P., an das Foramen rotundum bzw. ovale heranzukommen.

Unangenehme Folgen hat er von der Methode nicht auftreten sehen. Doch möchte er die intraorbitale Injektion des I. Astes, die er einmal ausführte, nicht gern wiederholen wegen der für das orbitale Gewebe und die zahlreichen anderen wichtigen Nervenäste damit verbundenen Gefahr.

Seine Erfolge sind sehr erfreulich. Allerdings mußten in den meisten Fällen eine ganze Anzahl von Injektionen ausgeführt werden. Auch sollte man, wenn

die erste Einspritzung schon von Erfolg begleitet war, noch mehrere in einigen Tagen Abstand folgen lassen, um das auch trotz alledem häufig nach Monaten oder Jahren folgende Rezidiv möglichst lange hinauszuschieben.

P. hat fünf Fälle mit Neuralgie des II., sieben des III., drei des II. und III., einen Fall des I. Astes behandelt. Darunter waren drei vollständige Mißerfolge. Die übrigen Fälle allerdings verliefen teilweise überraschend günstig.

P. hat die Erfahrung gemacht, daß die Erfolge bei Behandlung des Rezidivs nach früherer Alkoholinjektion weniger günstig zu sein pflegen als bei der ersten Injektion und führt das darauf zurück, daß das perineurale Gewebe durch Narbenbildung derartig undurchgängig für den später eingespritzten Alkohol geworden sei, daß er den Nerven weniger zu beeinflussen imstande sei wie das erstemal.

(Ähnliche Erfahrungen hat Ref. ebenfalls gemacht.)

D'O.-H. verfügt nur über acht Fälle von Trigeminusneuralgie und zwei von subakuter Ischias; er teilt die Krankengeschichten nicht mit und spricht sich nur im allgemeinen dahin aus, daß er mit dem Verfahren sehr zufrieden sei.

Dafür aber gibt er eine besonders eingehende Beschreibung der Methode an der Hand einiger anatomischer Zeichnungen.

Durch Knochenanomalien kann man bisweilen mit der Nadel an ganz falsche Stellen gelangen und sich in solchen Fällen nur durch Benutzung bajonettförmig gebogener Kanülen helfen.

Unangenehme Nacherscheinungen sind auch bei seinen Pat. nicht beobachtet worden. Am leichtesten gelang es ihm, den III. Ast zu beeinflussen, schwerer war es beim II. Aste; die Injektionsbehandlung des I. Astes hält auch er für gefährlich.

Im Gegensatz zu P. meint Verf., daß Rezidive leichter zu beseitigen wären als der mit Injektion behandelte erste Anfall. Er stützt diese Behauptung aber nicht durch Beweise. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **Anton.** Partielle angeborene Atrophie der Nasenschleimhaut.
(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 21.)

Unter 130 Kinderleichen fand Verf. dreimal eine angeborene partielle Atrophie der Nasenschleimhaut im vorderen Teile der knorpeligen Scheidewand. Sie war scharf begrenzt, oval, 4—6 mm lang und 3—4 mm hoch. Die Schleimhaut war vertieft und glatter als in der Umgebung. Da die Atrophie dort angetroffen wird, wo sich der vordere, aus dem mittleren Stirnfortsatz und der rückwärtige, aus dem ethmoidalen Schädelabschnitt gebildete Anteil des Septum im embryonalen Leben vereinigen, so ist sie als eine Hemmungsbildung aufzufassen.

Die dünne, des Flimmerepithels entbehrende Schleimhaut ist Traumen, Infektionen und ätzenden Substanzen gegenüber weniger widerstandsfähig, weshalb A. geneigt ist, die Atrophie für die an dieser Stelle im späteren Leben eintretenden Septumperforationen mit verantwortlich zu machen. **Gutzeit** (Neidenburg).

31) **de Ponthière.** Deux cas de corps étrangers des fosses nasales.
(Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

Beide Fremdkörper (Gummiring, Stück eines Kautschukschlauches) sind durch ihren langen Aufenthalt in der Nase — 7 bezw. 26 Jahre — bemerkenswert. Sie wurden im zweiten Lebensjahre eingeführt und verursachten äußerst stinkende Eiterung, die im einen Fall an Tuberkulose, im anderen an hereditäre Lues denken ließ. Die Beschwerden schwanden sofort nach Extraktion des Fremdkörpers.
Hinsberg (Breslau).

32) **Saint-Clair Thomson.** Sinusite frontale. Deux cas de mort postopératoire.
(Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

Bei beiden Fällen kam es, ausgehend von einer Stirnhöhleneiterung, zu Osteomyelitis der Schädelknochen, die, trotz wiederholter Operationen unaufhaltsam

fortschreitend, eine tödliche Meningitis verursachte. Bei der ersten Pat. war außer der Stirnhöhle auch die Kieferhöhle erkrankt, nach deren operativer Eröffnung — die Stirnhöhle blieb dabei unberührt — die Osteomyelitis zum Ausbruch kam. T. ist geneigt, die Operation an der Kieferhöhle als auslösendes Moment für die Osteomyelitis anzusehen. Im zweiten Falle zeigten sich die ersten Symptome der Knochenmarksentzündung nach Eröffnung der Stirnhöhle, bei der gleichfalls eiternde Siebbeinzellen übersehen wurden. **Hinsberg** (Breslau).

33) **G. Frey.** Beitrag zur Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems. (Aus der kgl. Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke in Erlangen. Prof. Denker.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 45.)

Von den nach Denker's Methode (s. Ref. d. Bl. 1905 p. 1147) operierten 21 Fällen sind 17 als dauernd geheilt zu betrachten; die übrigen vier gehen ihrer wohl gleichfalls dauernden Heilung entgegen, so daß also das Verfahren auch bei den hartnäckigsten und schwierigsten Fällen Ausgezeichnetes geleistet hat. Seine Vorzüge bestehen darin, daß die für den Pat. lästige Kommunikation mit der Mundhöhle fortfällt, die Nachbehandlung durch die Nase vereinfacht und angenehmer gestaltet, die Heilung rasch herbeigeführt wird. Auf die Resektion des vorderen Teiles der unteren Muschel ist in keinem der Fälle verzichtet worden, ohne daß üble Folgen davon zurückblieben. **Kramer** (Glogau).

34) **F. Koser.** Zur Kasuistik der Speichelsteine der Glandula submaxillaris.

Inaug.-Diss., Rostock 1907.

Es sind fünf Fälle aus der Rostocker Klinik. Fremdkörper als Kern des Steines fehlten stets. Die Röntgenaufnahme in einem Falle zwecks Diagnose hatte im Stich gelassen. In vier Fällen war die Exstirpation der ganzen Speicheldrüse vorgenommen worden und hatte stets zur Heilung geführt. Im fünften Fall traten nach Erweiterung einer in die Glandula submaxillaris führenden Fistel und Extraktion eines Steines entzündliche Erscheinungen auf, die den Verdacht auf Vorhandensein eines zweiten Steines erweckten. Der weiteren Behandlung entzog sich der Kranke.

Die Entfernung der Drüse dürfte bei Steinen der Submaxillardrüse das beste Verfahren sein. **E. Moser** (Zittau).

35) **Garel et Bonnamour.** De la hernie intermittente des glandules salivaires comme signe du calcul.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

Die Autoren beschreiben auf Grund von neun eigenen Beobachtungen ein typisches Krankheitsbild, das, speziell in der deutschen Literatur, noch wenig bekannt ist. Meist handelt es sich um erwachsene Männer, die, entweder bei der Mahlzeit oder beim Anblicke von Speisen, plötzlich eine Schwellung in der Gegend einer Speicheldrüse (einmal Parotis, sechsmal Submaxillaris, zweimal Sublingualis) verspüren. Die Schwellung bleibt während des Essens bestehen, manchmal noch zunehmend, und verschwindet dann allmählich, zuweilen unter plötzlicher Entleerung größerer Speichelmengen in den Mund. Solche Anfälle wiederholen sich in längeren oder kürzeren Zwischenräumen, bis sich entweder ein Stein aus dem Ausführungsgang entleert oder bis die Schwellung dauernd wird; in einzelnen Fällen kommt es zu Abszedierung.

Die Ursache ist nach Ansicht der Verff. stets ein Speichelstein, der den Ausführungsgang verlegt, zunächst nur zeitweise, später dauernd. Durch Katheterismus des Ausführungsganganges läßt sich seine Anwesenheit bisweilen feststellen.

Hinsberg (Breslau).



36) **Bonnamour.** Trois observations des polypes de l'amygdale.
(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 10.)

B. berichtet über drei Mandelpolypen, von denen zwei sich histologisch als Lymphangiome, einer als Fibroangiom erwiesen. Über die Ätiologie dieser selteneren Gebilde ist noch wenig bekannt. **Hinsberg** (Breslau).

37) **Fein.** L'ablation de l'amygdale pharyngée avec l'adénotome coudé en forme de baïonette.
(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

F. weist an der Hand von Zeichnungen darauf hin, daß das gewöhnlich zur Entfernung der Rachenmandel gebrauchte Ringmesser in manchen Fällen nicht hoch genug in den Nasen-Rachenraum eingeführt werden könne, weil der gerade Griff an die unteren Schneidezähne anstößt. Er hat diesen Übelstand dadurch auszuschalten versucht, daß er den Griff bajonettförmig seitlich abbog. Dadurch ist eine sehr ausgiebige Bewegungsfreiheit erreicht. **Hinsberg** (Breslau).

38) **M. van Oordt** (St. Blasien). Über habituelle Rotationssubluxation des 4. Halswirbels.
(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Die 32jährige Pat. soll sich vor 3 Jahren beim Aufstehen aus dem Bett eine Rotationssubluxation der Halswirbelsäule zugezogen, die dadurch entstandenen Beschwerden aber nach einigen Tagen wieder verloren, seitdem aber das Gefühl schmerzhafter Verrenkung im Nacken bei Bewegungen gehabt haben. Neuerdings ist es wieder ohne traumatischen Einfluß zu solcher gekommen; Pat. hatte heftige Schmerzen von der Mitte der Halswirbelsäule aus in ca. 8—10 cm Breite quer über die Schultergräte bis zum rechten Ellbogengelenk. Die Sensibilität war in dieser Ausdehnung herabgesetzt, die Bewegungen des Kopfes und der Schultern gehemmt, die rechte stand etwas tiefer, der Oberkörper etwas nach rechts geneigt, der Kopf mit leichter Drehung nach rechts hinten rechts hin gebeugt (das Kinn rechts von der Mittellinie), ließ sich jedoch aufrichten und fast gerade drehen. Dornfortsätze des 4. und 5. Halswirbels druckempfindlich, der 4. um ca. $^3/_4$ cm, der 5. weniger nach links gerückt. Bei der leicht gelingenden Einrenkung dieser »unvollkommenen Rotationsluxation des 4. Halswirbels mit Kompression der rechten 4. und 5. Cervicalnervenwurzel« hörten sofort die Schmerzen auf; auch die übrigen nervösen Erscheinungen gingen bald zurück. **Kramer** (Glogau).

39) **Ochsner and Rothstein.** Multiple exostoses, including an exostosis within the spinal canal, with surgical and neurological observations.
(Annals of surgery 1907. Oktober.)

O. stellte bei einem 23jährigen Pat. 108 Exostosen fest, welche verteilt an den Armen, den Beinen, den Hüftknochen, Schulterblättern, am Kopf usw. saßen. Sie sollen sich seit dem 2. Lebensjahre nach Aussage des Pat. nach und nach gebildet haben. Der Mann kam als 23jähriger in die Behandlung von O., da er seit längerer Zeit bei Bewegungen des Kopfes einen plötzlichen, sehr heftigen Schmerz im Nacken empfand, der nach der rechten Schulter hinzog. Außerdem hatte er eine Lähmung des rechten Armes und eine lähmungsartige Schwäche in den Beinen. Der von R. aufgenommene Nervenstatus ergab einen spastischen Gang, Nystagmus, rechtsseitige Kontrakturstellung und Lähmung des rechten Armes, Ataxie des linken Armes und geringe Gefühlsstörungen an demselben, endlich Babinsky rechts. Da man auf eine Geschwulst im Cervicalwirbelkanal schloß, wurden die Bogen und die Dornfortsätze vom 2. und 3. Halswirbel entfernt; am rechten Bogen des 2. Halswirbels saß die das Mark komprimierende Exostose. Da der Kranke über Schmerzen im Verlaufe des rechten N. occipitalis minor klagte, dessen Fasern aus dem 2. und 3. Cervicalsegment entspringen, hatte man den Sitz der Geschwulst vorher bestimmen können. Nach der Operation besserten

sich alle Erscheinungen, Pat. konnte wieder gehen und den rechten Arm gebrauchen. Am linken Arme blieben nur einige Gefühlsstörungen und leicht ataktische Erscheinungen zurück. **Herhold** (Brandenburg).

40) Collet. La santonine dans le traitement des crises laryngées du tabes.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 9.)

C. erzielte in einem Falle von tabischen Kehlkopfkrisen, die längere Zeit durch verschiedene Medikamente ohne Erfolg behandelt waren, durch Santonin (dreimal täglich 0,015) völliges Verschwinden der Anfälle. Nachdem das Mittel 2 Monate gegeben, wird es ausgesetzt. 7 Monate später erneute Krisen, die wiederum sofort auf Santonin verschwinden. C. glaubt daraufhin, das Santonin, das auch gegen die lanzinierenden Schmerzen bei Tabes mit Erfolg angewandt wird, bei Kehlkopfkrisen empfehlen zu können. **Hinsberg** (Breslau).

41) S. C. Beck. Lungenschwindsucht und Hautkrankheiten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 3.)

Verf. hat der Haut der in einem Lungensanatorium verpflegten Pat. besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Dermatosen waren sehr häufig, besonders Akne mit Pityriasis capitis, artefizielle Dermatitiden, Pityriasis vesicolor, Pruritus. — Die sich darin zeigende Hautempfindlichkeit der Lungentuberkulösen ist bei Männern bedeutend größer, als bei Frauen. Auch das häufige Vorkommen von Syphilis wird betont. Tuberkulose der Haut und Tuberkulide waren sehr selten. **Jadassohn** (Bern).

42) A. A. Opokin. Dermoidcyste der Lunge.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Seit 5 Jahren war der 23jährige Pat. krank. Es hatte mit Fieber angefangen. Bald darauf spie er Blut und später eitriges Sekret. Der Auswurf wurde rostfarben, entfärbte sich wieder, und Pat. konnte zeitweilig arbeiten. Er hatte aber stets Auswurf und hustete. Nach einem Jahre verschlimmerte sich sein Zustand, der Auswurf fing an zu stinken. Eines Tages hatte Pat. die Empfindung, als risse innerlich etwas; er bekam einen sehr heftigen Erstickungs- und Hustenanfall, der mit Auswurf grauschmutziger, riechender Massen ohne Blut endete. Nachts warf er noch viel aus, und zwar blutig. Haare hat er nie im Auswurf bemerkt. Er wurde stets intern behandelt, ohne jemals wirkliche Besserung zu erzielen.

Die Untersuchung in der Klinik von W. J. Rasumowski ergab endlich folgendes: Anämischer Mann. Im Gebiete der linken Axillarlinie verstärkter Pektoralfremitus. Ein Bezirk gedämpft-tympanitischen Perkussionsschalles lag zwischen der vorderen Axillarlinie und einer Linie, die zwei Querfinger von der Wirbelsäule entfernt dieser parallel lief. Die obere Grenze bezeichnete der Angulus scapulae. Besonders deutlich war die gedämpfte Tympanie dicht unterhalb des Angulus scapulae. Neben Bronchialatmen war in diesem Bezirk amphorisches Atmen und großblasiges Rasseln zu hören. Wurde Pat. geschüttelt, so ließ sich auch ein Plätschern hören, das von der gewöhnlichen Succussio unterschieden war. Fieber scheint nicht bestanden zu haben. Der Auswurf zeigte drei Schichten und stank, er enthielt massenhaft Bakterien, darunter Influenzabazillen (Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden), fettig degenerierte Epithelien, Cholesterinkristalle; keine elastischen Fasern, keine Haare.

Rasumowski diagnostizierte einen in einen Bronchus durchgebrochenen Lungenabszeß und schritt zur Operation. Zahlreiche Punktionen mit verschiedenen Nadeln vor und nach Resektion der 8. Rippe blieben resultatlos. Beim Vordringen mit dem Messer erwies sich, daß die Pleurablätter verklebt und »stark verdickt« waren. Es wurde ein 6 cm langer, $1^1/_2$ cm tiefer Schnitt in das Lungenparenchym gemacht und die Lunge mit zwei Nähten angeschlungen. Beim weiteren Einschneiden (wie tief? Ref.) gelangte Rasumowski in eine faustgroße Höhle in der Form eines

Trichters, in dessen Spitze ein Bronchus von der Stärke eines dicken Fingers mündete. Die Richtung des Trichters war nach vorn oben und medial. Mehrere kleine Bronchen mündeten in den Seitenwänden. Die 8. Rippe wurde noch weiter nach der Wirbelsäule hin reseziert und die Höhle mit dem Paquelin weit geöffnet (8 cm). Die Ränder der Lungenwunde nähte **Rasumowski** an die Hautränder. Tamponade.

Ein »sehr kleines Stück« der Wand wurde zur mikroskopischen Untersuchung entnommen. Es trug ein vielfach geschichtetes Plattenepithel, das mehrfach papillenartige Erhebungen des darunterliegenden Gewebes überzog. Haare, Talg- oder Schweißdrüsen fanden sich in dem kleinen Stück nicht. Das anliegende Lungengewebe wies die Zeichen chronischer interstitieller Pneumonie auf. Auffallend waren die erweiterten Alveolen: es fanden sich Vorsprünge in die Lichtung, die auf bindegewebigem Gerüst atypisch angeordnete epitheliale Elemente trugen, zuweilen in zwei und mehr Reihen. Komplexe derartiger Alveolen imponierten als Plattenepithelkarzinom, »primäres Bronchialkarzinom«. O. kommt aber zu dem Schluß, daß es sich nur um eine Dermoidcyste gehandelt hat, die klinisch die Erscheinungen eines in einen Bronchus durchbrochenen Abszesses oder einer Bronchiektasie machte.

Der weitere Verlauf des Falles war nur wenig befriedigend. Pat. wurde mit einer Fistel entlassen und mußte nach einem Jahre wieder operiert werden. Die Fistel nahm einen kleinen Finger leicht auf und führte in eine zitronengroße (!) Höhle. Es wurden jetzt Stücke aus drei Rippen reseziert, die vordere Höhlenwand aufgeschnitten und ihre Ränder an die Hautränder fixiert; im übrigen aber wurde die Wand der Höhle unberührt gelassen. Pat. verließ die Klinik mit einer 3 cm tiefen, 6 cm langen Wunde. **V. E. Mertens** (Kiel).

43) **Franke.** Zur Behandlung der Herzverletzungen. (Punktion des Herzbeutels.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

F. machte bei einem Pat., der durch Stichverletzung ein Hämoperikardium, Pneumothorax und Blutung in die Brusthöhle erlitten hatte, wegen des schlechten Pulses, der hochgradigen Kurzatmigkeit eine Punktion des Herzbeutels, wobei er 300 ccm dunklen, flüssigen Blutes entleerte. Hiernach schnell eintretende Besserung. F. empfiehlt die Punktion des Herzbeutels als Palliativmittel und als direkt lebensrettenden Eingriff. **Borchard** (Posen).

44) **Allaben.** Intestinal perforation in typhoid fever; its diagnosis and surgical treatment.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 7.)

A. berichtet die Krankengeschichte seines eigenen 17jährigen Sohnes, der dreimal laparotomiert wurde. Perforation 2 Tage nach Beginn der ersten Symptome, Laparotomie 37 Stunden nachher. Vernähung der perforierten Stelle im Ileum, 12 Zoll über dem Blinddarme; zunächst Heilung mit Darmfistel. 19 Tage später zweite Laparotomie wegen Verdachtes auf intraabdominalen Abszeß, der aber nicht gefunden wird. Die Fistel entleert danach fast allen Darminhalt. 14 Tage danach dritte Laparotomie wegen Darmverschluß. Ein den Dünndarm abschnürender Verwachsungsstrang wird durchtrennt und damit die Lichtung wieder hergestellt. 8 Stunden danach Tod. Die Obduktion ergab typhöse Darmgeschwüre; das übernähte Ulcus hatte sich wieder geöffnet und die Fistel veranlaßt. Großer Beckenabszeß.

Abbildung von fünf makroskopischen Präparaten von anderen Fällen.

W. v. Brunn (Rostock).

45) **Hippius und Lewinson.** Oxyuris und Appendix.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Bei einem 6jährigen Mädchen zeigte sich der resezierte Wurmfortsatz vollgepfropft von Oxyuren (ca. 80 Exemplare, meist ausgewachsene Weibchen). Die

Schleimhaut erschien gelockert und stark hyperämisch. Die mikroskopische Untersuchung ergab zahlreiche Verletzungen der Wurmfortsatzwand; die Oxyuren waren bis zur äußeren Muskelschicht vorgedrungen, es ließen sich alle Entwicklungsstadien der Würmer in der Darmanhangswand verfolgen. Neben diesen akuten, den Charakter von traumatischen Schädigungen tragenden Veränderungen der Wurmwand fanden sich chronisch atrophierende Prozesse. Aus der Beobachtung geht hervor, daß Infektionserreger durch Oxyuren freie Bahn in die Gewebe des Wurmes erhalten. **Borchard** (Posen).

46) **Hebblethwaite.** Suppurative appendicitis in a patient with transposed viscera.

(Brit. med. journ. 1907. November 30.)

Bei einem 16jährigen Knaben mit Situs inversus wurde eine vorher richtig diagnostizierte gangränöse Appendicitis der linken Seite von Moynihan mit Erfolg operiert. **Weber** (Dresden).

47) **G. Meusel** (Gotha). Die Spätoperation bei Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 45.)

M. ist Anhänger der Frühoperation, hat aber auch bei der Spätoperation günstige Resultate — unter 31 Fällen nur 4 tödlich verlaufene — gehabt. Er sucht stets festzustellen, ob außer dem einen Eiterherde noch andere bestehen, entfernt den Eiter nur mit dem Tupfer, wo irgend möglich den Wurmfortsatz, tamponiert jede einzelne Abszeßhöhle sorgfältig bis in jede Ausbuchtung, läßt die Tampons 4—5 Tage liegen und verschließt die Bauchwunde durch Naht nur in den Wundwinkeln, so daß die Tampons nicht gepreßt werden. Event. infolge dieser fast offenen Behandlung der Bauchfelleiterung entstehende Brüche werden von ihm später operativ beseitigt. **Kramer** (Glogau).

48) **Chiene.** Preliminary note on a simple operation for uncomplicated oblique inguinal hernia in young adults.

(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Alle schrägen Leistenbrüche entstehen auf Grundlage eines angeborenen, vorgebildeten Sackes. Beseitigt man den Innendruck einer solchen Hernie, so kräftigt sich die Muskelsperre am inneren Leistenringe von selbst wieder. Es ist also nur nötig, den Bruchsack möglichst hoch oben abzubinden und den peripheren Anteil des Bruchsackes ganz unberührt zu lassen. Im Sinne dieser Voraussetzungen hat C. 16mal mit vollem Erfolge bei Leistenbrüchen operiert, indem er direkt auf den inneren Leistenring einschnitt, ihn freilegte, den Bruchsack hoch oben abband, den Sack selbst unberührt ließ und den Kanal durch einfache Naht der Aponeurose deckte, ohne den Obliquus internus und transversus zu nähen.

Weber (Dresden).

49) **Harris.** The paraffin injection treatment of inguinal hernia.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 16.)

Es ist über 50 Jahre her, daß zuerst der Versuch gemacht wurde, Hernien durch Einspritzung reizender Substanzen zu heilen.

Diese Verfahren hatten ebensowenig Wert wie die moderne Paraffininjektion. Das demonstriert Verf. an vier Fällen eigener Beobachtung. Diese betrafen Pat., die anderwärts mit Paraffin behandelt worden waren, aber erstens ihre Brüche nach wie vor hatten und außerdem derartige Schmerzen an den Stellen ihrer Paraffindepots empfanden, daß sie zu H. kamen, um sich diese Paraffinstücke operativ entfernen zu lassen. **W. v. Brunn** (Rostock).

50) **McGavin.** On the use of filigrees of silver wire in the cure of hernial usually considered inoperable.

(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Verf. empfiehlt — nach dem Vorgange von Schede, Witzel und Goepel — seine genau beschriebene Methode von Deckung großer Bruchpforten mit Silberdraht-

netzen auf Grund von 13 Fällen, in denen wiederholte Rückfälle, übermäßig große Bruchpforte, schlaffer Muskelring bei hohem Alter die Anzeige zur Operation gaben. Das wichtigste Erfordernis, peinlichste Asepsis, beschreibt er eingehend und gibt dann eine Schilderung der Herstellung seiner Silberdrahtnetze: Mit Hilfe zahlreicher, nach dem Plane des gewünschten Gitterstückes abgesteckter Nadeln stellt sich der Operateur selbst das Filigran her mit einem langen, dünnen Silberdraht. Die Methode muß im Original eingesehen werden. Das Netz muß vollkommen biegsam sein, so daß es sich allen Körperformen und -Bewegungen anzupassen imstande ist; es muß auch der Gefäßdurchwachsung seiner Maschen völlig freien Spielraum gewähren, weil es sonst als Fremdkörper leicht eine Quelle der Eiterung wird. Nach sorgfältigster Blutstillung, die unterstützt wird durch 2 Tage lang verabreichtes Chlorkalzium, wird das Netz auf Fascie und Peritoneum aufgelegt und die Muskelnaht darüber geschlossen. Die größten Drahtnetze, die er — in Fällen von Bauchbrüchen — eingepflanzt hat, waren 22 : 10 cm groß! Zwei seiner Fälle heilten nach starker Eiterung, aber trotzdem blieben die Netze darin, und das Endergebnis war voll befriedigend. G. hat seine Methode nach der von Bartlett in St. Louis ursprünglich (1903) angegebenen etwas abgeändert.

Weber (Dresden).

51) Cecil. Phlegmonous gastritis.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Nach einer ziemlich ausführlichen Wiedergabe der wenigen bisher publizierten Fälle von Gastritis phlegmonosa bespricht Verf. einen Fall eigener Beobachtung.

Eine 25 Jahre alte Frau, die vor 2 Jahren an Muskel- und Gelenkrheumatismus gelitten und seither auch oft mit Schmerzen im Epigastrium zu tun gehabt hatte, erkrankte plötzlich schwer mit Erbrechen, heftigen Magenschmerzen und Diarrhöe.

Aufnahme 8 Tage später in desolatem Zustande. Die Laparotomie ergab das Vorhandensein einer lokalisierten eitrigen Peritonitis im oberen Teile der Bauchhöhle. Wie die Sektion zeigte, ging diese Peritonitis von einer phlegmonösen Gastritis aus, die den ganzen Umfang des Magens dicht vor dem Pylorus in 10 cm Breite betroffen hatte. Die Wandung war hier 12 mm dick. Abgesehen von einzelnen kleinsten Hämorrhagien, war die Schleimhaut auch hier unverändert. In den gefärbten Abstrichpräparaten konnte man in dem Eiter einmal Colibazillen und zweitens Mikroorganismen nachweisen, die ganz den Pneumokokken glichen. Trotz größter Sorgfalt ließen sich aber durch das Kulturverfahren nur die ersteren, nicht aber die Diplokokken züchten.

W. v. Brunn (Rostock).

52) Blagoweschtschensky. Zur Therapie des Ulcus rotundum.

(Chirurgia 1907. Nr. 131. [Russisch.])

B. tritt an der Hand von drei geheilten Fällen, von denen er zwei operierte, warm für die Auskratzung des Geschwürs mit scharfem Löffel und anschließender Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz ein. Die drei ausgezeichneten Resultate hält er nicht für Zufall, sondern für einen Beweis der Leistungsfähigkeit »der glänzenden Methode«. Wo der Pylorus für den kleinen Finger durchgängig ist, wird die Pyloroplastik fortgelassen und lediglich ausgekratzt.

(Die großen Statistiken unterstützen die Auffassung B.'s keineswegs. Es sei nur an die maßgebende Bearbeitung der Frage durch Krönlein [1906] erinnert. Ref.)

Oettingen (Berlin).

53) Gardiner. A case of congenital hour-glass stomach with accessory pancreas.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 19.)

Ein völlig ausgetragenes, wohlgebildetes Kind erbrach gleich nach der ersten Nahrungsaufnahme, und dies Erbrechen setzte sich trotz aller möglichen Ernährungsversuche bis zu dem 3 Monate später eintretenden Tode fort; nie war Blut dabei.

Die Autopsie ergab das Vorhandensein eines Sanduhrmagens mit engem Zwischenstück. Die Schleimhaut zeigte überall ganz normale Beschaffenheit; im Bereiche der Stenose war sie zu Falten emporgehoben. Auf der Rückseite des cardialwärts gelegenen Sackes befand sich ein akzessorisches Pankreas, durch Netzgefäße in zwei Teile gesondert, deren einer 35 : 12 mm, deren anderer 10 : 10 mm groß war. Abbildung. Literatur. **W. v. Brunn** (Rostock).

54) **Arquellada.** Estudio de la estenosis congénita hipertrofica del piloro.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1907. Nr. 999.)

A. bespricht ausführlich die Anatomie, Physiologie und Pathologie der angeborenen Pylorusstenose und teilt im Anschluß hieran die Krankheitsgeschichte eines von ihm beobachteten Falles mit, der ein 1 Monat altes Kind betrifft; es wurde in diesem Falle von A. eine Gastroenterostomie gemacht. Das Kind starb 6 Stunden später. A. glaubt trotz der sehr zweifelhaften Operationsprognose, daß die Therapie nur eine chirurgische sein könne. Er unterscheidet mit Thomson vier Methoden, die in Betracht kommen: 1) Die Pylorektomie; diese ist bisher nur 1mal ausgeführt worden und tödlich verlaufen. 2) Die Dilatation des Pylorus, bisher 12mal mit 7 Heilungen gemacht. 3) Die Pylorusplastik. 4) Die Gastroenterostomie. Letztere Operation ist bisher 10mal mit 5 Heilungen vorgenommen worden und verdient nach A.'s Ansicht den Vorzug, weil sie den Pylorus selbst unversehrt läßt. **Stein** (Wiesbaden).

55) **Schenk und Sitzenfrey** (Prag). Gleichzeitiges Karzinom des Magens, der Ovarien und des Uterus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer operativen Behandlung und der histologischen Befunde.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Obiger Aufsatz schildert an der Hand von vier ausgezeichnet illustrierten Beobachtungen die Entstehung sekundärer Karzinome im Genitalsystem des Weibes nach primären Magenkrebsen. Besonders charakteristisch ist ein Gallertkrebs sowie eine Geschwulst von der Bauart der sogenannten Krukenberg'schen Geschwulst. In allen Beobachtungen war die sekundäre Entstehung der Genitalaffektion sicher. Der Weg jedoch, den das Karzinom bei seiner Metastasierung vom Magen bis in die Ovarien genommen hat, ist nicht sicher zu eruieren. Verff. glauben an die Möglichkeit einer Oberflächeneinpflanzung von im Bauch verstreuten Krebszellen. Der dem Ref. wahrscheinlichere retrograde Lymphbahntransport wird aber ebenso objektiv als möglich hingestellt. Von den Eierstöcken wächst das Karzinom in den Lymphbahnen der Ligamente per continuitatem in den Uterus hinein. Verff. machen darauf aufmerksam, daß die Chirurgen bei der operativen Entfernung von Magengeschwülsten durch gleichzeitige Kastration, namentlich bei Frauen vor dem Klimakterium zur Klärung der Metastasierungsfrage der Magenkrebse erfolgreich beitragen könnten. In vorgeschrittenen Fällen mit Ovarialvergrößerung ist auch der Uterus zu exstirpieren. **Kroemer** (Berlin).

56) **Helmholz.** Two cases of atresia of the small intestine.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Kuliga hatte 1903 im ganzen 185 Fälle von angeborener Atresie des Dünndarmes zusammengestellt. Seitdem sind, einschließlich der zwei Fälle des Verf.s, 14 neue Fälle publiziert worden, die in der Literaturübersicht am Schluß der Arbeit angeführt sind.

Im ersten H.'schen Falle handelte es sich um einen ausgetragenen Knaben, der auffallend cyanotisches Aussehen hatte, 5½ Pfund wog, nicht erbrach und am 2. Tage nach der Geburt starb.

Die Sektion ergab, daß er eine offene Kommunikation beider Herzohren und beider Herzventrikel hatte. Außerdem bestanden Bronchopneumonie, Leber- und

Pankreascirrhose, chronische fibröse Peritonitis, abnorme Verteilung der Mesenterialgefäße und mehrere Strikturen des Ileum.

Die abnorme Verzweigung der Mesenterialgefäße hängt aber offenbar nicht mit den Darmatresien zusammen, da an diesen Stellen die Gefäßversorgung gerade so reichlich ist wie an den normalen.

Die mikroskopische Untersuchung der drei Atresien ergab, daß sie alle als angeboren angesehen werden müssen. Zwar geht die epitheliale Auskleidung ganz verloren, aber die übrigen Teile der Darmwand, selbst die Zotten, sind durch den ganzen Strang hindurch zu verfolgen.

An Stelle der Gallenblase lag auch eine bindegewebige Masse. In ihrem Innern sah man einige Cysten mit kubischem Epithel.

Die Milz bestand aus fünf voneinander getrennten Lappen.

Große Abbildung der Organe der Bauchhöhle mit Injektion aller Gefäße.

Das Geschlecht des zweiten, ebenfalls ausgetragenen Kindes ist nicht angegeben.

Es hatte Erbrechen, wurde deswegen operiert (Enterostomie), starb aber am 3. Lebenstage.

Es bestand eine angeborene Atresie des Jejunum, diphtherische Enteritis mit Perforationsperitonitis; außerdem war eine zweite Atresie vorhanden, aber nicht kongenitalen, sondern sekundären entzündlichen Ursprunges.

Die angeborene Atresie hatte das gleiche Aussehen wie die des vorigen Falles, die Struktur des Darmrohres war erhalten, nur das Epithel fehlte.

Oberhalb der Perforation bestand die andere Atresie. Sie hatte, wie das Mikroskop lehrte, eine entzündliche Ursache, da alle Elemente bis auf eine bindegewebige Hülle völlig in Nekrose aufgegangen waren mit starken entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung.

Als Ursache für Atresien hatte Kuliga in 1% seiner Fälle Intussuszeption gefunden; von den 14 seither publizierten verdanken drei dieser ihre Entstehung.

W. v. Brunn (Rostock).

57) **Fabyan.** Leiomyomata of the gastro-intestinal tract, associated with fibromata mollusca, and subcutaneous hemangiomata.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Die Oberhaut einer Frau von 67 Jahren war, besonders am Truncus, ganz dicht besetzt von Fibromata mollusca, wie ein Photogramm demonstriert.

Die Sektion ergab das Vorhandensein von über ein Dutzend Leiomyomen des Magens von mehreren Millimetern Durchmesser; eine gleiche Geschwulst fand sich im oberen Teile des Ileum von 15 : 13 mm Durchmesser. Kein Uterusmyom. Subkutane Hämangiome. **W. v. Brunn** (Rostock).

58) **S. White.** Acute volvulus of the vermiform appendix; operation; recovery.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

Der bekannte Chirurg fand bei einem 5jährigen Kinde nach einem Trauma einen geschwollenen, dunklen, entzündeten Wurmfortsatz, der an seinem Ansatze zwei vollständige Drehungen um die Längsachse aufwies. Entfernung. Heilung. Verf. hält diesen Fall von akutem Volvulus des Wurmes für einzig in der Literatur.

Weber (Dresden).

59) Donoghue. Successful treatment of acute postoperative ileus.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 15.)

In Fällen, wo kein anderes Mittel zum Ziele führt, öffnet D. die Operationswunde wieder, punktiert oder inzidiert die geblähten Darmschlingen, entleert sie und schließt sie dann wieder durch Naht. In Blind- oder aufsteigenden Dickdarm legt er ein Drainrohr ein.

Von vier nach diesem Verfahren operierten Frauen wurden drei am Leben erhalten und ganz gesund; die Darmfistel schloß sich spontan. Der vierte Fall, wo keine Dickdarmfistel angelegt worden war, endete tödlich.

W. v. Brunn (Rostock).

60) **Craig.** The prevention and treatment of postoperative intestina obstruction.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 15.)

Verf. ist von der guten Wirkung des Eserins auf Grund seiner Erfahrungen fest überzeugt. Er gibt es vor Laparotomien stets prophylaktisch und hat noch niemals üble Folgen von seiner Anwendung gesehen, auch bei Kindern nicht.

In einem Falle eigener Beobachtung und zweien, die ihm von Stone zur Publikation zur Verfügung gestellt wurden, und die er ausführlich mitteilt, gelang es, mit Hilfe des Eserins bedrohliche Symptome von Darmparese nach Laparotomien schnell zum Verschwinden zu bringen. Die prophylaktische Dosis ist $^1/_{40}$ g subkutan.

W. v. Brunn (Rostock).

61) **T. Mursell.** A case of retroperitoneal haematocele producing acute intestinal obstruction.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

Eine 39jährige Frau erkrankt 12 Tage nach der normal verlaufenen Entbindung unter den Zeichen eines Ileus und dem Größerwerden einer seit einem früheren Wochenbette bereits bestehenden harten Geschwulst der linken Bauchgegend. Die Operation deckte einen großen retroperitonealen Bluterguß auf, der den Dickdarm vorwärts und auswärts geschoben und ganz plattgedrückt hatte und mit derber Kapsel umgeben war. Entleerung des aus altem und frischem Blute bestehenden Kapselinhaltes und Einnähung der Kapselränder. Heilung. Über die Entstehung dieser retroperitonealen Blutung wagt M. keine entscheidende Antwort zu geben.

Weber (Dresden).

62) **Childe.** A case of successful resection of nine and a half feet of small intestine for gangrene.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Eine 59jährige Frau mit großem Schenkelbruch erkrankte an Ileus. Die Operation deckte als Inhalt des Bruches eine 60 cm lange brandige Schlinge auf, die sich nach dem Bauche zu in weitere brandige Darmschlingen von 270 cm Länge fortsetzte. Resektion von 285 cm Dünndarm, Enteroanastomose zwischen Dünn- und Blinddarm. Heilung. Ursache für die Gangrän war eine Embolie der Art. mesenterica superior. Unter langsam zunehmender Anämie und Abmagerung wegen Unmöglichkeit genügender Ernährung trat 7 Monate nach der Operation der Tod ein. In der englischen Literatur findet sich kein Fall, in dem ein so großes Stück Dünndarm mit zunächst günstigem Erfolg entfernt wurde. **Weber** (Dresden).

63) **L. Mummery.** Lesions of the sigmoid flexure as a cause of colitis.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Unsere Kenntnis von den Erkrankungen der Flexura sigmoidea hat große Fortschritte gemacht seit der Möglichkeit, mit Instrumenten Mastdarm und Flexur direkt zu besichtigen. Eine Kolitis ist in der großen Mehrzahl der Fälle die Folge einer oder mehrerer lokaler Erkrankungen des Kolon. Zu ihrer Behandlung gilt es, diese Stelle mit dem Sigmoideoskop ausfindig zu machen. Die Anwendung des Instruments hat M. noch nie Gefahr oder Nachteile gebracht, wie sie in der Literatur beschrieben worden sind. Kommt man hiermit und unter Zuhilfenahme der bimanuellen Tastung und der genauen Stuhluntersuchung nicht zum Ziele, so bleibt nur die Laparotomie übrig. Verf. bespricht die verschiedenen, ineinander

übergehenden Formen der Sigmoiditis: die einfache, granulierende, hypertrophische, follikuläre und ulzeröse, und deren Behandlung an der Hand seiner Erfahrung an 36 Fällen von Kolitis. Von diesen entpuppten sich durch die Untersuchung sieben als Krebse. Diese letzteren unterscheiden sich in ihren Symptomen anfänglich in keiner Weise von einfachen Kolitiden! Bei der Behandlung der Kolitis empfiehlt M. eine reichliche, breiige, butter- und fettreiche Kost, warnt aber vor Milch, die das Bakterienwachstum fördert. **Weber** (Dresden).

64) **P. Babbe.** Ein Fall von Wandermilz, geheilt durch Splenopexie.
Inaug.-Diss., Kiel, 1907.

38jährige Frau, die drei normale Geburten durchgemacht hatte, klagte seit 3 Jahren über kolikartige Schmerzen in der linken Lendengegend. Seit 1/4 Jahr war der Harn blutig.

Bei der kräftigen Frau fand man den unteren Leberrand zwei Fingerbreiten unterhalb des Rippenbogens tastbar, die Milz beweglich und tief nach unten und lateral verschoben, die linke Niere fühlbar, die Bauchdecken sehr weich bei ausgesprochener Rectusdiastase. Der Harn enthielt mit Unterbrechungen Blut; der Harn der linken Niere erwies sich als minderwertig.

Bei der Operation (Helferich) am 12. Juli 1905 wurde der Schnitt dicht unter und parallel der 12. Rippe angelegt, an der hinteren Axillarlinie beginnend. Die Niere wurde aus der ungewöhnlich anhaftenden Fettkapsel ausgelöst und in einem neuen Lager mittels zweier die 12. Rippe umschlingender Catgutnähte befestigt. Dann wurde von einem zweiten Schnitt am Außenrande des linken M. rect. abdom. her die nur mäßig vergrößerte Milz freigelegt und durch zwei dicke Catgutnähte, die von innen her in je einen kleinen Hautschnitt oberhalb und unterhalb des Rippenbogens durchgeführt wurden, befestigt. Nach reichlich 5 Wochen wurde die Kranke beschwerdefrei entlassen.

Der zweite Schnitt machte sich notwendig, weil im ersten Schnitte, beim Versuch, auf die Milz vorzudringen, der Dickdarm im Wege war.

Der Dauererfolg war ein guter, insofern B. bei der Untersuchung zur Abfassung seiner Dissertation die Milz am Ort ihrer Befestigung fühlen konnte.

E. Moser (Zittau).

65) **N. Beresnegowski.** Zur Frage der morphologischen Veränderungen der Leber nach Unterbindung der Leberarterie.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Zu dem in der Überschrift bezeichneten Thema, das bisher, speziell soweit die menschliche Leber in Frage kommt, noch keine befriedigende Bearbeitung gefunden hat, bringt B. aus dem pathologisch-anatomischen Institut (Prof. F. I. Romanow) der Universität Tomsk interessantes Material bei.

Im Laufe eines Jahres entwickelte sich bei der 46jährigen Pat. im rechten Hypochondrium unter ziehenden Schmerzen eine Geschwulst. Koliken oder Ikterus traten nicht auf, Magen und Darm machten keine Erscheinungen. Unter dem rechten Rippenpfeilerrand fand sich bei der ersten Untersuchung eine Geschwulst von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen. Sie war derb, höckerig, nach allen Richtungen verschieblich. Operation (Prof. P. I. Tichow): die von der Gallenblase ausgehende Geschwulst hatte den anliegenden, ausgezogenen Leberlappen durchwachsen. Die 12 cm breite Verbindungsbrücke war mit Magen und Därmen durch vielfache Verwachsungen verbunden. Der Ductus cysticus und die Verwachsungen wurden zwischen Ligaturen durchtrennt. Die Leberarterie wurde nicht sichtbar, ihr rechter Ast aber wurde unabsichtlich unterbunden. Tamponade. Nach ca. 72 Stunden starb Pat.

Sektion: Die rechte Leberhälfte sah lehmig aus. In diesem Gebiet lagen zahlreiche weißlich-gelbliche unregelmäßige Flecken, bis zu mehreren Quadratzentimetern groß. Auf Querschnitten durch die Leber sah man die gleichen Flecken in größerer Zahl, ausgesprochener weiß, jeder Fleck von einem dunkel-

roten Ring umgeben. In den stärkeren Pfortaderästen waren Thromben zu sehen. Die Art. hepatica war frei. Die Veränderungen betrafen den rechten Leberlappen in seiner ganzen Masse bis auf 3 cm an eine in der Richtung des Lig. suspensorium gedachte Ebene. Die linke Leberhälfte war normal. Rechts war das Parenchym weich, brüchig, die nekrotischen Partien fester. Der rechte Ast der Leberarterie war unterbunden, der linke durchgängig. Die Pfortader war ebenfalls durchgängig trotz zweier wandständiger Ligaturen. Im Choledochus ein haselnußgroßer Stein. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als Karzinom.

Mikroskopische Untersuchung der Leber: Bei schwacher Vergrößerung erscheint die Leberzeichnung völlig erhalten. Das Protoplasma färbt sich gut mit Eosin und Orange, während keine Kernfärbung zu erzielen ist. Bei starker Vergrößerung sind weder Zellgrenzen noch Kerne zu erkennen. An vielen Stellen sind nekrotische Herde von der Leberkapsel durch mehrere Reihen normal gefärbter, offenbar von Kapselgefäßen ernährter Zellen getrennt. Die nekrotischen Partien sind von anscheinend noch lebendem Gewebe durch eine Demarkationszone getrennt: tote Zellen, zwischen den Bälkchen Lymphocyten, die hier und da auch weiter in die nekrotischen Herde eindringen. Die Demarkationslinie umgeht Gefäße, auch thrombosierte. Letztere sind von einem Ringe von Leukocyten umgeben. Die Kapillaren in der Nähe der Demarkationszonen sind erweitert. Etwas weiter nach außen von diesen Zonen beginnt angedeutete Kernfärbung und damit parallel eine zunehmende Verengerung der Kapillaren. Die meisten Venen sind thrombosiert. In ihrer Umgebung findet sich kleinzellige Infiltration, ebenso um die Gallengänge. Die Kerne der Gallengangszellen färben sich bedeutend stärker als im gesunden linken Leberteil. Nirgends sind Kernteilungen zu sehen. Innerhalb der Nekrosen ist mit Weigert'scher Färbung kein Fibrin nachweisbar. Außerhalb der Demarkationszonen (im »halblebenden Gewebe«) wurde chemisch Kalk und Eisen nachgewiesen, und zwar stets gemeinsam in denselben Zellen als Albuminate. (B. weist darauf hin, daß nicht Koppel, wie allgemein zitiert wird, sondern 5 Jahre früher F. I. Romanow auf das gleichzeitige Vorkommen von Kalk und Eisen als erster aufmerksam gemacht hat.)

Weder in den Pfortaderästen noch in den Gallengängen Bakterienthromben.

V. E. Mertens (Kiel).

66) **J. E. Hagen-Torn.** Zur Frage der operativen Heilung des Echinokokkus.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

H.-T. hat in seinem Krankenhaus in Tambow in 3 Jahren 14 Fälle von Echinokokkus operiert, sämtlich mit Erfolg. Er kommt auf Grund seiner Erfahrung und eingehender Literaturstudien zu dem Resultate, daß die Methode von Bobrow bei weitem die beste sei. Das Verfahren besteht in Exstirpation des Sackes, Auswischen der Höhle mit Gaze, Füllung mit Kochsalzlösung und Verschluß durch Naht. Die Verwendung desinfizierender Flüssigkeiten hat keinen Zweck. Nähte mittels deren die Leber, event. vor Eröffnung der Blase, an das Peritoneum parietale fixiert war, müssen vor Schluß der Bauchhöhle entfernt werden, weil sonst die Obliteration der Höhle erschwert wird.

Die Kontraindikationen dieser Methode ergeben sich aus allgemein chirurgischen Gesichtspunkten (vorhandene oder zu erwartende Eiterung usw.).

V. E. Mertens (Kiel).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 6. Sonnabend, den 8. Februar 1908.

Inhalt.

(Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin.
Direktor: Geheimrat Bier.

Epithelwachstum unter Einwirkung von Scharlach R.

Von

Prof. Dr. V. Schmieden.

In der Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 42 hat B. Fischer eine bedeutungsvolle Arbeit erscheinen lassen. Er hat gefunden, daß durch Einspritzung einer starken, öligen Lösung des Farbstoffes Scharlach R unter die Haut des Kaninchenohres eine lebhafte Epithelneubildung entsteht, ausgehend vom Oberflächenepithel und dem Epithel der Haarbälge. Die Neubildung folgt den eingespritzten Massen in die Tiefe, umlagert dieselben und bringt mikroskopische Bilder hervor, welche sich vom Hautkarzinom in nichts unterscheiden; freilich ist destruktives Wachstum weder von Fischer selbst mit Sicherheit gefunden, noch von denjenigen, welche sein Verfahren

nachgeprüft haben; außerdem läßt sich die Epithelneubildung nur solange unterhalten, als immer wieder neue Mengen des Scharlachöls nachgespritzt werden. Sonst sistiert dieses interessante Wachstum allmählich; das Epithel verfällt der degenerativen Hornbildung und Perlenbildung.

Fischer hat dieser Einwirkung des Farbstoffes eine ganz bestimmte Deutung gegeben; er glaubt durch Hervorrufen chronisch-entzündlicher Zustände einen Wachstumsreiz zu schaffen, gleichzeitig aber wirkt in demselben Sinne die von dem chemischen Körper ausgehende Chemotaxis und gibt die Wachstumsrichtung an. Diese Einwirkung soll spezifisch für die Epithelzelle sein. Fischer's Beobachtungen sind unzweifelhaft richtig; sie sind vielfach nachgeprüft und im wesentlichen bestätigt (Ritter, Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 11; Jores, ebenda Nr. 18; Geipel, ebenda Nr. 20; Stahr, ebenda Nr. 24; Wyss, ebenda Nr. 32); jedoch in der Deutung sind diese Autoren zum Teil im Widerspruch mit dem Entdecker Jores z. B. nimmt an, daß weniger ein Wachstumsreiz auf das Epithel stattfinde, als vielmehr eine Schädigung, die sich durch frühzeitige Verhornung kennzeichnet und zu einer Art Ersatzwucherung anregt. Somit muß die Fischer'sche Anschauung von der chemotaktischen Wirkung noch als nicht vollkommen bewiesen gelten, ebenso die Schlußfolgerungen, welche im zweiten Teil seiner Arbeit gezogen sind, und die sich auf die Entstehung bösartiger Geschwülste im allgemeinen beziehen; letztere bezeichnet auch der Autor selbst als hypothetisch.

Fischer wollte mit seinen Untersuchungen hochgradige Epithelwucherungen erzeugen; er betont aber selbst, daß trotz aller histologischer Ähnlichkeit das Resultat mit Karzinom nichts zu tun habe. Hierin muß man ihm unbedingt beipflichten; das, was man mit Scharlachöl erzeugen kann, wird niemals in eine Rubrik mit dem zu setzen sein, was wir klinisch einen Krebs nennen. Ob es nicht trotzdem dem manchmal jahrzentelang fast stationär bleibenden Cancroid der Haut oder seinen Vorstufen viel näher steht, als dieses dem medullären Krebs oder dem schnellwachsenden, schnell metastasierenden Karzinom der Zylinderzellen, das sei dahingestellt. Der Wachstumsreiz ist eben bei den echten Karzinomen ein fortwirkender, bei den experimentell erzeugten Tumoren jedoch nur ein begrenzter, vielleicht weil natürliche Hemmungen mitsprechen. Jedenfalls hat Fischer keine Karzinome erzeugen können; stets hielt sich die Wucherung im Rahmen einer chronisch verlaufenden, reaktiven Hyperplasie, niemals entstand ein Tumor. Ausgehend von der Anschauung, daß der in Lösung befindliche Farbstoff, dessen Resorption durch die Körpergewebe er nachweisen konnte, eine spezifische attraktive Wirkung auf Epithelgewebe ausübe, hat er selbst die Frage aufgeworfen, ob sich diese Eigenschaft nicht therapeutisch verwenden ließe. Mir ist nicht bekannt, ob dieser Vorschlag einmal praktisch zur Durchführung gelangt ist. Die nachfolgenden Mitteilungen sind geeignet, Fischer's

Nachtrag

zum Gesamt-Inhaltsverzeichnis des

Zentralblattes für Chirurgie

34. Jahrgang 1907.

Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Infolge eines Irrtums ist der Inhalt der Nr. 32 des Zentralblattes für Chirurgie 1907 im Gesamt-Inhaltsverzeichnis 34. Jahrgang 1907 nicht mit aufgenommen worden. Wir überreichen Ihnen in Form eines **Nachtrags** dieses Inhaltsverzeichnis systematisch geordnet und bitten es dem Gesamtverzeichnis freundl. anzufügen.

Hypothesen von einer entzündungserregenden Wirkung und von dem chemotaktischen Einfluß des Scharlach R auf Epithelgewebe zu stützen.

Meine Versuche begann ich damit, daß ich eine Salbe herstellen ließ, welche den fettlöslichen Farbstoff, wie ihn die Firma Grübler liefert, in möglichst starker Konzentration enthielt. Die Apotheke Dr. A. Brettschneider (Berlin, Oranienburgerstr. 37) stellte mir diese Scharlachsalbe in 8%iger Lösung dar, und ich verband granulierende Stellen, die sich überhäuten sollten, damit, indem die Salbe in dünner Schicht auf Lint aufgestrichen wurde. Um den Farbstoff nicht durch den Verband dringen zu lassen, legt man etwas Watte oder auch ein Stückchen wasserdichten Stoff darüber. Mit dieser Art des Verbandes habe ich in einer Reihe von Fällen ganz unzweifelhafte Erfolge in dem Sinne erzielen können, daß das Epithel schnell von seinem Rande her nachwuchs und daß es eine sehr feste, dauerhafte Decke bildete; ich kann daher diese Methode zur Anwendung empfehlen, aber es sind dabei eine Reihe von Einzelheiten zu beobachten, die ich zur Vermeidung von Mißerfolgen schildern muß. Zunächst darf man damit nur reine Granulationsflächen behandeln, deren Beschaffenheit etwa diejenige sein muß, wie man sie für die Thiersch-sche Transplantation verlangt; die Granulation muß frischrot, nicht belegt, nicht ödematös gequollen, sondern flach sein; sie muß die Eigenschaft haben, wie sie auch sonst zur spontanen Epithelisierung erforderlich sind. Der Versuch, noch unreine granulierende Flächen, z. B. bei chronischen Beingeschwüren, mit dieser Salbe zu behandeln, erwies sich als ganz zwecklos. Die unmittelbare Wirkung des beschriebenen Verbandes ist nun die, daß die Granulationen grau werden und gelegentlich auch etwas mehr eitern; der Farbstoff wirkt also zweifellos reizend. Aus diesem Grunde lasse ich einen solchen Verband nie länger als einen Tag liegen. Die Umgebung der granulierenden Stelle pflegt sich mit dem Farbstoff oberflächlich rot zu tingieren, so daß das vorher vorhandene Farbenbild sich gewissermaßen ausgetauscht hat. Bei der weiteren Behandlung muß es nun unser Ziel sein, die entzündliche nützliche Reaktion niemals so stark werden zu lassen, daß darunter das neugebildete, zarte Epithel zerstört wird. Abgesehen davon, daß man den ersten Verband nur 24 Stunden liegen läßt, muß man für die Dauer des folgenden Tages, bei sehr zarter, kindlicher Haut sogar für 2—3 Tage, einen einfachen Lanolinsalbenverband, oder einfache Ölumschläge folgen lassen, ehe man wieder Scharlachsalbe anwendet. Findet keine nennenswerte Reizung statt, so kann man auch an 2 Tagen hintereinander die rote Salbe auflegen. Vielleicht kann man auch die Konzentration der Salbe modifizieren. An kleineren Granulationsstellen bildet sich auch gelegentlich ein roter Schorf, unter dem dann schnelle Ausheilung stattfinden kann.

Mit anderen Stoffen als mit Scharlach R habe ich bisher noch keine Versuche gemacht; indessen habe ich noch einen anderen Modus der Anwendung mit Erfolg versucht. Früher habe ich vielfach für

gut gereinigte Granulationsflächen bei Beingeschwüren eine sehr gute Verbandsmethode gesehen und angewendet; es werden aus weichem Zinkpflaster 1—2 cm breite Streifen geschnitten und kleinere granulierende Stellen mit zirkulären Streifen dachziegelartig direkt damit bedeckt, und zwar unter scharfem Zug angelegt, indem die Streifen etwa $^3/_4$ um den Beinumfang herumgeführt werden. Unter dem die Granulationen flach drückenden Pflaster schiebt sich das Epithel oft wunderbar schnell vor. Ich ließ solches Zinkpflaster mit dem Farbstoff 10% imprägniert herstellen und habe es in geeigneten Fällen mit gutem Erfolg verwandt. Auch hier ist es ratsam, den Verband nur einen Tag liegen und die ursprüngliche Reaktion nicht zu stark werden zu lassen.

Wie gesagt, habe ich die Bildung von sehr dicker Epitheldecke beobachten können; z. B. war es möglich, einen bemerkenswerten Erfolg bei einem neugeborenen Kinde zu erzielen, welches auf einer großen Spina bifida ein zweimarkstückgroßes Dekubitalgeschwür hatte. Die Bildung einer festen Epitheldecke ermöglichte die spätere Operation unter aseptischen Verhältnissen. Ferner führe ich einen nach Mammaexstirpation zurückgebliebenen Epitheldefekt hier an, der monatelang vergeblich behandelt, auch ohne Erfolg transplantiert war. Er heilte schnell und endgültig unter Scharlachsalbe. Weiter sind mehrere Fälle von Verbrennungen in gleicher Weise behandelt; bei einer Frau waren an Brust und Arm große Defekte vorhanden, in welchen sich Epithelinseln befanden. Nach Reinigung der Flächen führte die Scharlachsalbe zu einem interessanten Bilde, das sich leider auch photographisch nicht fixieren ließ. Von einem Tag zum anderen bildeten sich breite Ringe neugebildeten Epithels um die Inseln und vom Rande her, so daß die angesichts der Größe der Defekte erwogene Transplantation nicht mehr in Frage kam. Ich will diese Fälle unter Augen behalten, um zu sehen, wie sich das Epithel später verhält, und ob die unangenehme spätere Narbenschrumpfung vielleicht durch das gute dicke Epithel geringer bleibt als sonst.

Man kann natürlich die Frage aufwerfen, ob angesichts der von Fischer erzeugten, im mikroskopischen Bilde dem Cancroid ähnlichen Neubildungen nicht die Gefahr vorliegt, daß einmal der vermehrte Wachstumsreiz auf Epithel bedenklich werden könnte. Ich glaube, daß man diese Bedenken zerstreuen kann; denn einerseits ist die Anwendung hier abolut oberflächlich, während im Tierexperiment das Epithel dem subkutan gelagerten Fremdkörper in die Tiefe folgte; andererseits ist doch Epithelwachstum und Krebsbildung zweierlei, und wir wenden ja auch trotz unserer Kenntnis der »Paraffinkrebse« Paraffin in Salben, ja bei subkutanen Injektionen, wo es dauernd wirken kann, ganz unbedenklich an.

Auch im mikroskopischen Bilde konnte ich in einem Falle das neugebildete Epithel besichtigen; es war in dem erwähnten Falle von Spina bifida, bei welchem bei der Operation ein Teil des Sackes exzidiert wurde. Das Epithel ist kräftig und sieht absolut wie die

normale Oberhaut aus, alle Schichten sind darin nachweisbar. Das mikroskopische Bild bestätigt also die klinische Beobachtung, daß es sich um sehr lebensfähiges Epithel handelt.

Ich bin zu der Ansicht gekommen, daß wir in dem beschriebenen Verfahren ein nützliches Hilfsmittel gewonnen haben, um gereinigte, granulierende Flächen fest zu verschließen, wenn uns irgendeinem Grunde die Transplantation nicht am Platze ist.

Berlin, den 17. Januar 1908.

---

1) **Burkhardt-Polano.** Die Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane für Ärzte und Studierende in XVII Vorlesungen. 369 S. mit 105 Abbildungen im Text und 3 farbigen Tafeln.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1908.

Den beiden Verff. ist es im vorliegenden Buche in ausgezeichneter Weise gelungen, dem Studierenden und besonders dem allgemeinen Praktiker, für welchen die größeren Spezialwerke zu umfangreich sind, eine kurze und doch erschöpfende Darstellung der modernen Untersuchungsmethoden und heutigen Anschauungen in der Urologie zu geben.

Wenn dem praktischen Arzt auch meist Zeit und Übung fehlen werden, um den Harnleiterkatheterismus, die Kryoskopie usw. selbst auszuführen, so muß er doch über die Leistungsfähigkeit dieser Methoden unterrichtet sein; das gewährt ihm das Buch. Andererseits gereicht es diesem zum Vorzug, daß auch die älteren Untersuchungsmethoden voll berücksichtigt sind und eine den Bedürfnissen des Praktikers angemessene Beschreibung gefunden haben.

Auch der Chirurg von Fach wird das Buch nicht ohne Interesse lesen, da in ihm die Anschauungen der Würzburger chirurgischen und gynäkologischen Klinik zum Ausdruck kommen. Der große Wert der funktionellen Nierendiagnostik wird anerkannt. Der suprapubischen Prostatektomie wird der Vorzug vor der perinealen eingeräumt. Für die Diagnose der Nierentuberkulose wird die Tastung des erkrankten und daher verdickten Harnleiterendes von Scheide oder Mastdarm aus betont.

Das Kapitel über die nervösen Erkrankungen der Harnorgane ist von Rostoski-Dresden bearbeitet. Im Anschluß an die Verletzungen der Harnorgane werden die Beziehungen zur Unfallgesetzgebung behandelt; einer besonderen Besprechung ist ferner die Urologie im Kindesalter unterzogen. In einem Anhang finden wir schließlich eine Beschreibung der wichtigsten Operationen und eine Sammlung von Rezepten.

Die Abbildungen sind gut. Die Ausstattung des Buches macht dem bekanten Verlag Ehre, zumal der Preis (10 M.) gering ist.

Boerner (Rastatt).

2) **V. Blum.** Symptomatologie und Diagnostik der urogenitalen Erkrankungen. 1. Teil. 218 S.

Wien, **Franz Deuticke,** 1908.

Verf. ist Assistent an v. Frisch' urologischer Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik; er hat das Buch seinem Lehrer und Chef gewidmet. Das Gesamtgebiet der urologischen Diagnostik ist von ihm in drei Teile eingeteilt worden: 1) die funktionellen Symptome von seiten der Harnorgane; 2) die funktionellen Symptome von seiten der männlichen Geschlechtsorgane, und 3) die Symptomatologie des pathologisch veränderten Harns. Bisher liegt nur der 1. Teil vor. Verf. hat das nach Qualität und Quantität jedenfalls sehr reichhaltige Krankenmaterial in ausgezeichneter Weise verwertet. Sobald das Buch vollständig vorliegt, werden wir nochmals darauf zurückkommen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

3) **S. de Mendoza.** Diagnostico y tratamiento de las enfermedades de las vias urinaries. 790 S.

Madrid 1908.

Das ausgezeichnet ausgestattete, mit vielen Tafeln und Abbildungen versehene Werk ist das erste Spezialhandbuch der Urologie in spanischer Sprache. Im ersten Teile werden die allgemeinen Untersuchungsmethoden der Harnorgane abgehandelt; im zweiten bis fünften Teile folgen ausführlich die speziellen Erkrankungen der Prostata, der Blase, der Harnröhre, der Harnleiter und der Nieren. In dem letzten Teile des Buches werden als Anhang die Urinintoxikationen besprochen. Die Sprache ist flott; die Einteilung des Stoffes übersichtlich. Überall ist die direkte Anrede an den Leser gewählt. Das Buch stellt sich deutschen und französischen Werken der gleichen Disziplin vollwertig zur Seite. **Stein** (Wiesbaden).

---

4) **M. Nitze.** Lehrbuch der Cystoskopie, ihre Technik und klinische Bedeutung. 2. Auflage.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1907.

Die Besorgnis, daß die erwartete zweite Auflage des 1889 erschienenen klassischen Lehrbuches der Cystoskopie mit dem am 22. Februar 1906 plötzlich erfolgten Tode N.'s unvollendet bleiben würde, hat sich glücklicherweise als grundlos erwiesen.

Das hinterlassene Manuskript wurde grundsätzlich ohne Änderungen an dem Original von Weinrich und Jahr, den Schülern des Meisters, wie wir aus der trefflichen, den Lebensgang und das Lebenswerk des Begründers der Technik und des klinischen Gebietes der cystoskopischen Urologie behandelnden Einleitung Kutner's erfahren, in ursprünglicher Gestalt herausgegeben.

Zwar finden wir die Haupteinteilung des Materials der ersten Auflage entsprechend gegliedert, auch die Einteilung in die früheren drei Hautabschnitte beibehalten, aber in der alten meisterhaften Dar-

stellungweise einen um die Arbeit von 16 Jahren vergrößerten Stoff bewältigt, vermehrt durch eigenes Schaffen und eigene Erfahrungen des Autors und durch die Mitarbeit seiner Schüler. Denn N.'s Schüler sind, wie Kutner treffend bemerkt, »im weiteren Sinne alle, die in den letzten 25 Jahren mit dem Fache der Harnleiden sich beschäftigt haben«.

Der erste Teil des Werkes, »die Theorie und Technik der cystoskopischen Untersuchungsmethode« hat zunächst eine wesentliche Erweiterung in dem Kapitel erfahren, welches die Beschreibung und Behandlung der cystoskopischen Instrumente und deren Nebenapparate enthält, in dem dabei auch die Fortschritte objektiv gewürdigt werden, die andere Autoren herbeiführten. Ferner werden viel ausführlicher wie früher und besonders reich illustriert die in Betracht kommenden anatomisch topographischen Verhältnisse der Harnorgane dargestellt.

In dem zweiten Teile, der »den endoskopischen Befund der gesunden und kranken Harnblase« behandelt, ist ein ganz neuer Abschnitt »über die Pathologie der Harnleitermündung« eingefügt, ebenso ein mit »Varia« bezeichneter Teil, in dem u. a. die Blasenbefunde bei Tabes, Lues, Soor, Bilharzia und das dem Charakter des runden Magengeschwürs ähnliche Ulcus vesicae simplex, über dessen Vorkommen und Häufigkeit die Ansichten außerordentlich verschieden sind, besprochen werden.

»Die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnostik und Therapie der Harn- und Blasenleiden« bildet den Schlußteil mit den neuen Kapiteln der »Technik des Harnleiterkatheterismus«, der »Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose der Nierenleiden« und der ausführlichen Darstellung der »Exstirpation der Blasengeschwülste per vias naturales«.

Auf keinem Gebiete hat sich N. mehr in der Beherrschung der Technik ausgezeichnet wie auf dem letzteren; waren doch die operativen Erfolge auf diesem Gebiete wenigstens lange Jahre ausschließlich an seine Hand als die des Erfinders dieser Methode gebunden.

Besonders beachtenswert und eigenartig sind die Ausführungen über die Indikationen resp. Kontraindikationen des Harnleiterkatheterismus, den N. für »keinen harmlosen Eingriff« hält. Aus der Überzeugung, daß die gesunde Niere vor jeder Möglichkeit der Infektion bewahrt werden müsse, rührt die Konstruktion des Okklusivkatheters für den Harnleiter der kranken Seite her, um den Gesamtharn jeder Seite schon allein durch Eingehen in die kranke Seite gesondert auffangen zu können.

Aus den 14 cystoskopischen Bildern der ersten Auflage ist ein cystoskopischer Atlas von 11 Tafeln mit 64 zum Teil jetzt kolorierten vortrefflichen Reproduktionen geworden und dem Werke beigefügt.

Die Zahl von 133 Abbildungen im Texte (früher 26) gibt einen Begriff von der reichlichen Ausstattung des Buches, welches eine Zierde der deutschen Wissenschaft darstellt und dessen Studium hiermit jedem Fachgenossen dringend empfohlen wird. **Loewenhardt** (Breslau).

5) **Kotzenberg.** Unsere Untersuchungsmethoden bei Nierenkrankheiten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 345.)

Die vorliegende Arbeit will auf Grund einer erfolgreichen und langen Erfahrung die Methoden und den Untersuchungsgang zur Diagnose der Nierenkrankheiten schildern, wie sie an der Kümmell-schen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses sich herausgebildet haben. Die Einzelheiten zu diesem Thema sind aus den Veröffentlichungen Kümmell's und seiner Schüler zur Genüge bekannt, so daß auf deren Aufführung hier verzichtet werden kann; zur bequemen Orientierung sei die übersichtliche Darstellung zur Lektüre im Original empfohlen.

Zur Diagnose von Nierensteinen wird neuerdings die Röntgenaufnahme mit Erfolg herangezogen, doch ist eine exakte Technik und peinliche Vorbereitung des Pat. eine unerläßliche Vorbedingung für einen Erfolg.

Das souveräne Mittel zur Untersuchung der Arbeitsleistung der einzelnen Niere ist der Harnleiterkatheterismus. Zu diesem wird ein Cystoskop nach Schlagintweit mit einigen Modifikationen nach Kümmell verwandt. Bei Männern wird die Harnröhre mit β-Eukain anästhesiert. Die reingespülte Blase wird mit warmer Borlösung gefüllt und gefüllt erhalten. Bei schwer veränderten Blasen bediente man sich neuerdings zur Zufriedenheit der Sauerstoffirrigation als Vorbereitung zur Cystoskopie.

Der getrennt aufgefangene Urin wird nach bekannten Regeln chemisch und bakteriologisch untersucht. Zur Untersuchung auf Harnstoff, die bereits Anhaltspunkte für die Nierenfunktion gibt, wird als einfachstes Instrument der Esbach'sche Urimeter empfohlen.

Unter den Methoden zur Prüfung der Gesamtarbeitsleistung der Nieren wird an dem vielfach angefochtenen Werte der Krysoskopie festgehalten, dagegen der Phloridzinmethode nur wenig Bedeutung beigemessen. Die Chromocystoskopie erleichtert in schwierigen Fällen die Auffindung der Harnleiter und kann bei großer Übung durch Farbenschätzung auch relative Werte für die Schätzung der Nierenfunktion ergeben.

Alle diese Methoden, deren Übung nicht allein an die urologischen Spezialisten übergehen, sondern in der Hand aller Chirurgen verbleiben sollte, vermögen durch zweckmäßige Kombination bereits ein ziemlich sicheres Urteil über die Funktion der Niere herbeizuführen.

Reich (Tübingen).

---

6) **Suter.** Zur Ätiologie der infektiösen Erkrankungen der Harnorgane.

(Zeitschrift für Urologie Bd. I. Hft. 2—4.)

Auf Grund einer überaus sorgfältigen, auf 211 bakteriologisch untersuchten Fällen und auf genauestem Literaturstudium beruhenden Untersuchung kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen:

Die tuberkulösen Affektionen der Harnorgane zeichnen sich durch einen auf gewöhnlichen Nährböden sterilen Urin aus; sekundäre Infektionen mit banalen Harnbakterien sind fast immer die Folge instrumenteller Infektion und relativ selten.

Das Bakterium coli kann auf hämatogenem Wege und durch die Harnröhre in die Harnorgane gelangen. Der hämatogene Weg führt gewöhnlich zur Infektion der Nierenbecken, seltener zur Infektion der Blase. Der urethrale Weg führt zur Infektion der Blase und von da aufsteigend zur Infektion der Nierenbecken. Je nach seiner Virulenz veranlaßt das Bakterium coli bald Bakteriurie, bald Eiterung von den leichtesten bis zu schweren Graden. Das Bakterium coli ist der in den Harnwegen am häufigsten vorkommende Mikroorganismus.

Die Cystitis wird in den akuten Formen meist durch Kokken, in den chronischen meist durch Colibakterien, die mit Kokken oft vergesellschaftet sind, bedingt. Cystitis kann veranlaßt werden durch Kokken, die den Harnstoff nicht zersetzen; häufiger wird sie durch harnstoffzersetzende Kokken veranlaßt. Bei der Infektion mit harnstoffzersetzenden Mikroben ist der Urin bald sauer, bald alkalisch. Die Kokken haben viel weniger Tendenz, aus der Blase in die oberen Harnwege vorzudringen, als die beweglichen Colibakterien; hingegen bedeutet ihr Eindringen für die Niere und den Organismus eine große Gefahr.

Die Therapie beseitigt die Colibakterien nur schwer aus den Harnwegen, auch wenn sie nur in die Blase gelangt sind, während die Kokkencystitiden viel leichter zu heilen sind.

Willi Hirt (Breslau).

---

7) **O. Zuckerkandl.** Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Bei der Freyer'schen Methode entsteht eine von glatter, derber Membran begrenzte Wundhöhle, zu primärer Vereinigung ganz ungeeignet; dabei kann also nur Drainage der Höhle und der Blase die angezeigte Art der Versorgung sein. Um die perineale Methode der glatten Freyer'schen Ausschälung in ihrer technischen Leistungsfähigkeit gleichzustellen, muß man auf Schonung der Harnröhre verzichten. Z. schildert seine daraufhin modifizierte Methode. Querer Prärektalschnitt, Bloßlegung der Prostata, Spaltung der Kapsel, Vorziehen der Prostata mit Bohrern und stumpfe Lösung, bis sie nur noch wie auf die Harnröhre aufgereiht ist. Diese wird dann so weit als möglich zentral durchtrennt. Über einem Gummikatheter werden die Harnröhrenstümpfe mit einigen Nähten aneinander geheftet, die Höhle locker tamponiert, die Wunde verkleinert. Die Harnröhrenvereinigung ist Z. in jedem Fall ohne Zug gelungen.

Im ganzen hat er 60 Pat., 30 perineal, 30 transvesikal operiert. 11 sind im Anschluß an die Operation bzw. 4—6 Wochen nacher ge-

storben an Coma diabeticum, Niereninsuffizienz, Septhämie, Blutung, Pneumonie, Lungenabszeß, Herzinsuffizienz.

Von den perineal Operierten sind 4, von den transvesikalen 7 (davon 2 ausgeblutete Prostatiker) gestorben.

Um die Gefahr der Blutung zu vermeiden, muß die Enukleation in der richtigen Schicht erfolgen und vollständig sein. Mastdarmverletzungen sind nur bei der perinealen Methode beobachtet worden. In Zukunft will Z. bei solchen die Operation erst nach Heilung der Verletzung suprapubisch beenden.

Alle suprapubisch Operierten heilten vollständig, von den perinealen 2 mit perinealen Fisteln und 3 mit Harnröhren-Darmfisteln, die aber kontinent sind. Inkontinenz ist bei perinealer Operation ausgeprägter, doch gewinnen die Pat. in der Regel die Kontinenz wieder. Bei Operation vom Damm aus trat regelmäßig Verlust der Potenz ein, auch bei Keilexzisionen ohne Eröffnung der Harnröhre; bei den suprapubischen Fällen bleibt die Potenz meist erhalten. Z. führt den Ausfall auf Nervendurchschneidungen beim Perinealschnitt zurück.

Nur bei 2 Pat. trat später wieder Retention ein: bei einem entstand in der Narbe ein Karzinom, bei dem zweiten war nur eine partielle Exzision möglich gewesen.

Die von Rovsing behaupteten psychischen Störungen, sogar Selbstmorde, hat Z. nie gesehen. Im Gegensatz zu Rovsing hält er auch die Hypertrophie des zweiten Stadiums nicht mehr für gutartig, die des dritten für tödlich. Das entspricht wohl auch der allgemeinen Anschauung. Die Vasektomie erklärt Verf. für die unbrauchbarste der unverläßlichen Methoden.

Z. will nicht wie Kümmell jeden zum Katheterismus genötigten Prostatiker operieren, sondern nur solche, bei denen die konservativen Methoden nicht ausreichen. Bezüglich der Methode der Operation hält er jede für gangbar, wenn man sie beherrscht. Es scheint ihm aber, als ob der suprapubischen wegen geringerer Verletzung der Harnröhre, geringerer Ausfallserscheinungen, Unmöglichkeit der Mastdarmverletzung und des Mastdarmdekubitus, sowie einfacherer Nachbehandlung der Vorrang einzuräumen ist. Die kombinierten Methoden haben keine Berechtigung.

Renner (Breslau).

8) **Kapsammer.** Über kompensatorische Hypertrophie der Niere. (Aus der Abteilung für Krankheiten der Harnorgane der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Kurze Besprechung der anatomischen und funktionellen Kompensation, besonders der letzteren, deren Erforschung noch zu wenig Beachtung gefunden hat und die für eine auszuführende Nephrektomie von hoher Bedeutung ist. Die Mehrleistung können wir durch die Indigkarminprobe und Harnleiterkatheterismus feststellen.

Renner (Breslau).

9) **Mareille.** Methode conservatrice dans les contusions rénales.

(Revue pratique des malad. des organes génito-urinaires. Quatrième année. Nr. 23.)

Verf. empfiehlt bei renalen Blutungen nach Kontusionen, die nicht so beträchtlich sind, daß sie die Nephrektomie erfordern, das Anlegen eines Netzes um die Niere. Dieses Netz, einem weitmaschigen Fischnetz vergleichbar, wird hergestellt aus Catgutfäden, die an einem Ende zusammengeknotet und im übrigen Verlauf durch Knoten zu zwei und zwei so miteinander verknüpft werden, daß eben ein netzartiges, unten zunächst noch offenes Gebilde entsteht. Dieses netzartige Gebilde wird der verletzten Niere übergestülpt und dann am unteren Ende ebenfalls fest zugeknotet, so daß eine feste, zirkuläre Umschnürung des ganzen Organes erfolgt. Das Vorgehen ist durch einige instruktive Zeichnungen verdeutlicht. **Willi Hirt** (Breslau).

---

10) **C. E. M. de Sajous.** Le rôle du produit de sécrétion des glandes surrénales dans la circulation et la respiration.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 18.)

Bei der praktischen Wichtigkeit, die die Nebennierenextrakte für uns gewonnen haben, dürften folgende kurze, physiologische Notizen von Interesse sein.

Durch eine ziemlich internationale experimentelle Zusammenarbeit scheint jetzt festgestellt zu sein, daß das »Produkt der Sekretion der Nebennieren direkt in das Venensystem übergeht« und ausschließlich durch die V. cava dem Herzen zugeführt wird, auf dessen Muskulatur es unmittelbar und schnell einwirkt. Als Sekretionsprodukt werden lichtbrechende, hyaline Körnchen (Granules réfringents et hyalins) angesehen, die eine sehr lebhafte Affinität zu Sauerstoff haben, demgemäß in den Lungen dazu dienen sollen, den Sauerstoff an das Blut zu fixieren und nach S. nichts anderes sind als das, was andere Forscher als Oxydase bezeichnet haben.

Als die Abscheidung der wirksamen Substanz fördernder Nerv gilt der Splanchnicus.

Das Nebennierenprodukt leistet also dem Organismus wesentliche Dienste als Regulator der Energie der Herztätigkeit und als Förderer der Sauerstoffbindung an das Blut. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

11) **Kownatzki** (Berlin). Die Venen des weiblichen Beckens und ihre praktisch-operative Bedeutung. 13 Tafeln und 2 Textabbildungen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1907.

K.'s Atlas der Beckenvenen, den wir der Anregung seines Chefs Bumm verdanken, bietet dem Kliniker für Studium, Unterricht und für die Orientierung bei der Operation alle erforderlichen Daten und

Einzelheiten. Insbesondere zeigen die Tafeln die Verhältnisse der Venen an der Teilungsstelle der V. iliaca communis. Nicht immer vereinigen sich daselbst nach dem Arterienschema 1 V. iliaca externa und 1 V. iliaca interna (hypogastrica), sondern der oft sehr kurze Stamm der V. hypogastrica teilt sich in zwei Venen, welch letztere auch selbständig ohne gemeinsamen Auslauf in die V. iliaca communis einmünden können, so daß wir im sogenannten kleinen Gefäßdreieck drei Venenstämme finden, die K. folgerichtig als V. iliaca externa media und interna bezeichnet. Ebenso wichtig scheint mir der Nachweis der zahlreichen Anastomosen nach den Venen der vorderen Bauchwand und den Vv. vertebrales zu. — Der klare, knappe Text erläutert die Darstellungen und die praktische Wichtigkeit derselben für die Ausführung gewisser Operationen — so der Pubiotomie, der Sectio alta, der Mastdarmresektion usw. —, besonders aber der Venenunterbindung zur Bekämpfung der subakuten Pyämie. Die Bummsche Klinik hat das ursprüngliche Verfahren Trendelenburg's erfolgreich ausgebaut und durch eine strikte Indikation die Resultate gebessert. Wie wichtig die genaue Kenntnis der Venenverhältnisse bei diesen schwierigen Operationen werden kann, lehrt ein Einblick in die einschlägige Literatur. Unter 70 Fällen von Beckenvenenresektion oder -Unterbindung sind 4mal grobe Irrungen unterlaufen, und 1mal wurde sogar der Harnleiter an Stelle der V. hypogastrica unterbunden. Wer je das Verfahren an der Puerpera ausgeübt hat, wird gern den K.'schen Atlas zur Orientierung benützen. Das Werk ist in der für den Bergmann'schen Verlag typischen, vornehmen Art ausgestattet. Die Veneninjektionen wurden am anatomischen Institut Berlin unter Leitung des Anatoms Frohse, die Zeichnungen von dem Maler Frohse ausgeführt. **Kroemer** (Berlin).

---

12) **Mansfeld** (Budapest). Zur Diagnose der Malignität am Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Verf. schildert in seinem obigen Aufsatz die Schwierigkeiten, die dem Kliniker erwachsen, wenn er aus dem histologischen Bilde der ausgeschabten Schleimhautpartikel Folgerungen zu seinem therapeutischen Handeln ziehen will. In zweifelhaften Fällen entscheidet das klinische Bild. Als Beispiel dafür führt M. mehrere Beobachtungen von Adenoma portionis, von Adenoma malignum cervicis (ohne Atypie der Epithelformationen!) und Adenoma diffusum myometrii an; in allen Fällen war das histologische Bild gutartig. Trotzdem zwang der schwere klinische Verlauf (unstillbare Blutungen) zur vaginalen Totalexstirpation. Dem gegenüber betont Verf. die Möglichkeit, daß sichere Korpuskarzinome der Schleimhaut nach einfacher Abrasio bei hinzutretender Infektion ausheilen können; freilich wird man bei sicher gestellter Diagnose den Erfolg der Abrasio nicht abwarten, sondern möglichst radikal operieren. Ref. möchte wahre diffuse Adenome der

Portio, Cervix, sowie des Korpus-Myometrium für eine absolute Indikation zur Totalexstirpation ansehen. Im übrigen liegt die Quelle unstillbarer Blutungen durchaus nicht immer in dem Endometrium.

Kroemer (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

Varix aneurysmaticus.

Von

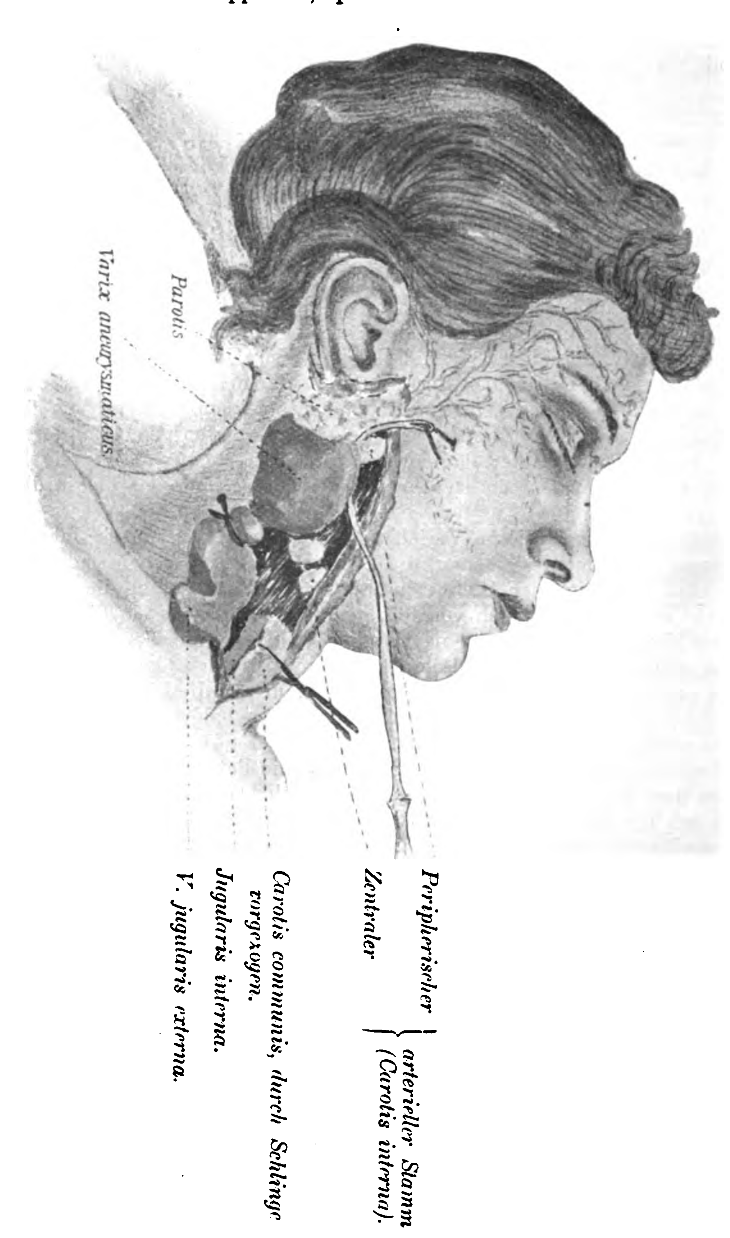
Dr. Herbing in Stettin.

Am 9. April 1906 wurde mir die 26jährige, unverheiratete E. W. wegen einer hühnereigroßen, pulsierenden und ein schwirrendes Geräusch darbietenden Geschwulst am rechten Unterkieferwinkel zugewiesen, welche vor 13 Jahren dadurch entstanden war, daß die Pat. mit einer spitzen Schneiderschere in der rechten Hand zu Falle kam und dabei beide Branchen der Schere in die rechte Halsseite stieß, die eine dicht vor, die andere dicht hinter dem M. sternocleidomastoideus, ungefähr in der Höhe des oberen Kehlkopfrandes, wie die Narben zeigten. Es erfolgte sofort eine Blutung in starkem Strahle; dann wurde die Verletzte bewußtlos; sie hat später erfahren, daß ein Arzt einen Druckverband anlegte, und daß damit die Blutung stand.

Erscheinungen von dieser Verletzung sind der W. erst nach Jahresfrist zum Bewußtsein gekommen: sie bemerkte das Entstehen einer schwirrenden Geschwulst an der oben beschriebenen Stelle; im Laufe der Jahre nahm die Geschwulst an Größe zu; es entwickelte sich von ihrem unteren Ende aus ein dickes, bläuliches, unter der Haut liegendes Gefäß nach unten, welches hinter dem Schlüsselbein verschwand, während vom oberen Pole der Geschwulst stark blaue, geschlängelte und deutlich pulsierende Gefäße an der Schläfe hinauf auf die Lider des rechten Auges und weiter hinzogen. Diese Erscheinungen nahmen bald eine weitere Entwicklung und eine unangenehmere Form an durch ein äußerst lästiges Gefühl des Klopfens und Schwirrens im rechten Gehörgange, so daß die Pat. nunmehr nach langjährigem Sträuben dem Rate ihres Arztes folgte und mich bat, die Operation vorzunehmen.

Ich sah die Pat. zum ersten Male am 9. April 1906. Sie bot bei Mittelgröße und gesunden inneren Organen ein ganz hübsches Gesicht, das jedoch infolge der ungewöhnlich starken Gefäßentwicklung und der auffallenden Schwellung der rechten Gesichtshälfte sehr entstellt war. Am rechten Unterkieferwinkel sprang aus dieser Schwellung eine hühnereigroße Geschwulst vor mit einer sichtbaren Pulsation und einem auch für den Finger außerordentlich deutlich wahrnehmbaren Sausen und Schwirren. Vom unteren Pole zog, genau entsprechend dem Laufe einer V. jugularis externa, ein daumendickes geschlängeltes Gefäß hinunter hinter das Schlüsselbein. Vom oberen Pole zogen radialisstarke, reichlich geschlängelte, pulsierende, tiefblau unter der Haut liegende Gefäße, welche an der Schläfe, über beide Augenlider, über die Nasenwurzel bis in die Lider des linken Auges hineinzogen. Das Wangenrot der rechten Gesichtshälfte war von einem dichten Kranze kleiner blauer Gefäße umgeben, an welchen ich ein Pulsieren nicht fühlen konnte. Das ganze Gesicht war äußerst entstellt, es wurde noch mehr geschwollen und blau, wenn die Pat. das Schultergelenk zurücknahm; dann schwoll die Vene unter Vergrößerung ihrer Windungen um das Doppelte. Kompressionsversuche jeder einzelnen Carotis interna und beider Carotiden waren wegen der schwierigen anatomischen Verhältnisse nicht gut möglich; in der Mund- und Rachenhöhle waren abnorme Gefäßentwicklungen glücklicherweise nicht vorhanden. Was die Pat. schließlich zur Operation trieb, war die Belästigung des rechten Auges und Ohres durch die Pulsation, indes waren an beiden Organen sonst keine Störungen nachweisbar.

Am 23. April 1906 wurde die Operation ausgeführt, indem ich annahm, daß es sich um eine Verbindung der V. jug. ext. mit einer kleinkalibrigen Arterie, vielleicht der A. maxill. ext. oder der A. thyreoidea handele. Es wurde durch einen vom Ansatze des Ohrläppchens, später von hier aus vor und hinter der Ohr-



muschel nach oben hinauf verlängerten Schnitte die Haut über dem pulsierenden Sacke und über die V. jug. ext. hinweg bis 3 Finger breit unterhalb des Schlüsselbeins gespalten, Vorderfläche des Sackes und V. jug. ext. freigelegt, letztere tief unten, hinter dem Schlüsselbein doppelt unterbunden und durchschnitten. Auch die Stämme der V. jug. interna und carotis communis mußten sehr tief freigelegt

werden zur provisorischen Umschnürung, weil die anatomischen Verhältnisse durch Verwachsung des Platysma mit dem M. sternocleidom. und den Gefäßscheiden recht undeutlich und gefährlich waren. Es wurde nun vorsichtig — meistens scharf — die innere Seite des Varix freipräpariert und dadurch ein bleistiftdickes arterielles Gefäß freigelegt, welches, aus der Tiefe von innen kommend, in den Varix einmündete. Dieses Gefäß hatte ein gleichmäßiges Lumen; wir hatten den Eindruck, daß es der äußere oder innere Ast der Carotis war. Die doppelte Unterbindung dieses Stammes gelang verhältnismäßig leicht; eine Orientierung über die sämtlichen hier in Betracht kommenden kleineren Arterien war, wie schon gesagt, unmöglich. Kaum war die Unterbindung gemacht, so hörten Pulsation und Schwirren auf, jedoch wie wir nicht anders erwartet hatten, nur auf kurze Zeit, vielleicht 2 Minuten; dann kehrte, erst schwächer, dann stärker, die Pulsation und das Schwirren wieder; der kollaterale Kreislauf hatte sich schnell wieder eingestellt. Nun mußte der Sack nach oben und nach innen freigemacht werden, wo er mit der Ohrspeicheldrüse verwachsen war; er erstreckte sich so tief, daß ich mir überlegte, ob ich den Unterkiefer durchtrennen sollte, was ich schließlich wegen der wohl unvermeidlichen Zerrung an dem gefäßreichen Gewebe aufgegeben habe. Es wurde nunmehr die Ohrspeicheldrüse möglichst stumpf abgelöst, um den N. facialis nicht zu verletzen und hinter dem Unterkiefer in die Tiefe nach der Schädelbasis zu vorgegangen; und die Erwartung, daß hier der abführende Teil der Arterie in die Schädelbasis gehen würde, erwies sich als zutreffend. Der abführende Teil des Gefäßes hatte kaum eine geringere Dicke als sein in den Sack hineinführendes Ende. Freilich war das der Unterbindung sich bietende Feld so tief und zwischen Unterkiefer und Schädelbasis so beengt, daß die außerordentlich schwierige Umschlingung des Gefäßes gerade noch möglich war. Es ging dieser bei der ganzen Sachlage höchst heikle Akt schließlich glatt vonstatten. Die Wirkung der Unterbindung war eine sofortige und dauernde. Sofort klappten die prall gefüllten pulsierenden blauen Arterien zusammen, das blaue Kolorit des Gesichts war im Augenblick gänzlich verschwunden mit Ausnahme der kleinen blauen Gefäße um das Wangenrot herum, die wohl meistens Venen waren. Die rechte Gesichtshälfte zeigte nunmehr etwas weniger Schwellung und einen blaßgelben Farbenton. Darauf wurde der Sack in seinen letzten Verbindungen mit der Ohrspeicheldrüse gelöst, die große Wunde mit Jodoformgaze ausgestopft und darüber bis auf zwei Öffnungen vernäht. Der Wundverlauf war bis auf kleinere Temperaturen mit geringer Wundabsonderung und bis auf einen Speichelfluß nicht gestört. Am Abend wurde eine Facialisparese festgestellt. Die Pat. konnte das rechte Auge nur zur Hälfte verschließen, am folgenden Tage nahm die Parese noch mehr zu, so daß Lagophthalmus bestand, woraus zu entnehmen war, daß es sich im allgemeinen nur um eine Dehnung oder Quetschung des Gesichtsnerven handeln konnte. Die Wunde schloß sich nach sechs Wochen, die Speichelabsonderung hörte schon früher auf, und die Facialislähmung ging zum größten Teile zurück, so daß die Verletzte das Auge fast gänzlich schließen kann.

Die Pat. empfand außerordentlich dankbar die Beseitigung der durch das Schwirren, Sausen und Klopfen im Ohr und Auge hervorgerufenen Beschwerden, und ihre Stimmung erheiterte sich um so mehr, als das Verschwinden der Entstellung in ihrem Bekanntenkreise bemerkt wurde.

Der Fall ist zunächst wohl dadurch sehr selten, daß zwei räumlich weit voneinander gelegene Gefäße sich zur Bildung einer arteriovenösen Verbindung gefunden haben. Da die V. jugularis einen großen Sack bildete, so hat man es hier mit einem Varix aneurysmaticus zu tun, während bei direkter Verbindung der seitlichen Öffnungen einer dicht aneinander liegenden Arterie und Vene von einem Aneurysma varicosum gesprochen wird. Soweit ich aus der Literatur ersehen habe, sind Fälle wie dieser außerordentlich selten. Die Frage der Behandlung der Aneurysmen hat ja in neuer Zeit eine große Bedeutung erlangt durch die Wirkung der rasanten kleinkalibrigen Geschosse, denen die Gefäße nicht mehr ausweichen. Schon im Burenkriege sind darüber wertvolle Beobachtungen gemacht; ein viel größeres Material aber wird, wie aus den Berichten der am Kriege in der Mand-

schurei beteiligt gewesenen Chirurgen hervorgeht, veröffentlicht werden aus den Kriegssanitätsberichten der beiden Gegner, um die schwierige und vielumstrittene Frage, welches Verfahren je nach den Umständen das zweckmäßigste ist, zu entscheiden. Daß Fälle ähnlicher Art wie der vorliegende auch durch Schußverletzungen im Kriege vorkommen können, ist dadurch begründet, daß das Getroffenwerden durch mehrere Geschosse häufig vorkommt.

---

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

167. Sitzung, den 16. Dezember 1907.

Vorsitzender: Herr Riese.

1) Vor der Tagesordnung fand die Überreichung der von den ehemaligen Assistenten gestifteten Büste Ernst v. Bergmann's an die chirurgische Klinik statt.

Geheimrat Sonnenburg hielt im Namen der ehemaligen Assistenten v. Bergmann's die Ansprache bei der Übergabe der Büste, Geheimrat Bier nahm die Büste mit Worten des Dankes für die Klinik in Empfang.

2) Herr Riese. a. Beiträge zur Milzchirurgie.

R. berichtet zunächst unter Bezugnahme auf die jüngst erschienene Arbeit von Küttner über einen Fall von sequestrierendem Milzabszeß bei einer 41jährigen Frau. Sie erkrankte im September 1905 unter den Erscheinungen einer linksseitigen Pyosalpinx; 3 Monate später fand R. bei der sehr heruntergekommenen Pat. einen linken subphrenischen Abszeß und einen pleuritischen Erguß, die sich unter Schüttelfrösten und hohem Fieber entwickelt hatten. Die Probepunktion der Pleura ergab ein seropurulentes Exsudat. Durch Resektion der IX. Rippe (11. I. 07) in der Skapularlinie wurde 1 Liter des abgekapselten Exsudats entleert. Danach Resektion der XII. Rippe und Fortsetzung des Schnittes in die Bauchhöhle, wobei R. in eine unregelmäßige, mit stinkendem Eiter gefüllte Zerfallshöhle der Milz kam. In der Folge stießen sich im Verlaufe von 14 Tagen zahlreiche Milzsequester ab, so daß fast die ganze Milz abgestoßen schien. Am 15. März fanden sich 4 Millionen rote, 12400 weiße Blutkörperchen, keine Poikilocytose. Die Pat. hat sich sehr erholt und befindet sich in blühendem Zustand. Magenbeschwerden haben weder vor der Operation, noch nach der Entleerung des Abszesses bestanden, und nimmt R. deshalb eine embolische Entstehung von der Pyosalpinx her an.

Sodann berichtet R. über die von ihm vorgenommenen Milzexstirpationen. Der erste Fall kam zur Operation unter der Diagnose eines Milzsarkoms (5200000 rote Blutkörperchen, 1:1900 weiße). Bei der Operation riß die Milzvene während des Hervorwälzens des Tumors ein, sie konnte aber gefaßt werden; am Schluß der Operation trat eine Asphyxie ein, die letal endete. Die Milz wog 1585 g, maß 28 : 18 : 7 cm. Es fanden sich in ihr harte, weiße Knoten, die sich als anämische Infarkte mit Kalkablagerung erwiesen; manches sprach zugleich für Stauungsmilz. Wäre R. vor der Operation zu dieser Auffassung gekommen, so hätte er nicht operiert.

Im zweiten Falle hatte die 46jährigen Frau seit Monaten heftige Beschwerden von seiten ihres Milztumors gehabt, der auf der Basis einer Malaria oder einer Lues entstanden gedeutet wurde; es fanden sich 4700000 normale rote, 9600 weiße Blutkörperchen im Kubikzentimeter. Mit einem Schnitt legte R. die breit gestielte und am Zwerchfell verwachsene Milz frei und entfernte sie. Es blieb eine Nebenmilz am Schwanz des Pankreas zurück. Die Milz wog 730 g, maß 19 : 11 : 6 cm; man sah in ihr eine größere Narbe, sonst handelte es sich um eine hyperplastische Milz mit Cirrhose des Bindegewebes, so daß sowohl Lues wie Malaria angenommen werden kann. Die Schmerzen schwanden nach der Operation für 1½ Jahr; Pat. wurde entlassen, ohne daß Veränderungen im Blutbefund bestanden. Nach 2 Jahren entwickelte sich eine Blutkrankheit vom Charakter der Leukämie. Es ist anzunehmen, daß sich diese Krankheit auf dem Boden der Malaria entwickelte, und daß R. im Anfang des Leidens die Milz entfernt hat. Es würde danach ein einige Zeit anhaltender Erfolg von Milzexstirpation im Frühstadium der Leukämie sein. Die Pat. ist jetzt verstorben.

Bei der dritten Pat. fand R. bei normalem Blutbefund einen Milztumor, den er als hyperplastische Milz deutete. Auftreten von Leibkrämpfen und Ohnmacht und starker Schwellung ließen auf Stieldrehung schließen. Bei der Operation (22. I. 1903) bestätigte sich die Diagnose; ein Netzzipfel war mit der Milz verwachsen. Die Milz maß 17 : 10 : 5 cm. Die Pat. hat sich nach der Operation dauernd wohl gefühlt, hat kürzlich entbunden und keine Leibbinde mehr getragen, wie vor der Operation.

Ein vierter Fall betrifft eine Milzexstirpation gelegentlich einer Magenexstirpation, die ohne Folgen für die Blutbildung trotz der anderen ausgedehnten Operation gut überstanden wurde.

b. Über Dünndarmkarzinome.

R. berichtet über zwei von ihm operierte Dünndarmkarzinome; bei beiden konnte die Diagnose erst während der Operation gestellt werden. Der erste Fall betraf einen 67jährigen Herrn, der im Oktober 1907 an einem eingeklemmten Leistenbruch im Krankenhaus operiert worden war; während der Rekonvaleszenz machten sich Passagestörungen im Darmkanal bemerkbar, die sich am 13. Tage nach der Hernienoperation zum Ileus steigerten. Bei der Operation fand sich eine Intussuszeption am Dünndarm und nach der Desinvagination an der invaginierten Schlinge ein Karzinom. Resektion von 24 cm Darm und des narbig verkürzten Mesenteriums; Vereinigung durch zirkuläre Darmnaht. Glatte Heilung; Pat. befindet sich wohl und hat zugenommen. Der zweite Fall betraf eine 47jährige Frau; es war ein Tumor zu fühlen, der der Flexura coli sin. anzugehören schien. Es fand sich aber ein faustgroßes Karzinom des Jejunum, das mit dem Colon transv. dicht an der Flexura coli sin. verwachsen war; das Mesokolon war mit infiltriert. Wegen des elenden Zustandes der Pat. wurde die Enteroanastomose ausgeführt. 3 Tage später erfolgte der erste Stuhl; 3 Wochen später konnte Pat. mit gutem Appetit und normalem Stuhl entlassen werden; vorher hatten Durchfälle und Magenbeschwerden bestanden. Sie hat nach der Operation noch 3 Monate gelebt. — R. demonstriert sodann noch ein Präparat, wo ein Kolonkarzinom in den Dünndarm durchgebrochen und an der Durchbruchstelle das Karzinom gewuchert ist. Der 62jährige Pat. kam mit den Erscheinungen des chronischen Ileus am 21. Oktober 1907 zur Operation. Trotz der ausgedehnten Erkrankung, trotz Drüsenmetastasen und eines Knotens im Douglas hat R. den Pat. durch ausgedehnte Resektion von Kolon und Dünndarm mit zirkulärer Vereinigung zu glatter Heilung gebracht. Die Pat. ißt mit gutem Appetit und hat nach anfänglichem Durchfall jetzt normalen Stuhl.

c. Über die Operation ausgedehnter Magenkarzinome.

R. bespricht die Schwierigkeiten einer frühzeitigen Diagnose der Magenkarzinome, weshalb sie meist zu spät für eine Radikaloperation in die Hände des Chirurgen kommen; trotz dieser unveränderten diagnostischen Schwierigkeiten sind aber die allgemeinen Operationsresultate, sowohl was die primäre Mortalität als die Lebensdauer nach der Operation betrifft, besser geworden; selbst die subtotalen als die totalen Magenresektionen haben annehmbare Resultate ergeben. R. ist auch bei der Nachprüfung seines Materials zu diesem Resultat gekommen. Unter 89 Operationen wegen Magenkarzinom in den letzten 7 Jahren wurden 24 Magenresektionen wegen ausgedehnten Karzinoms vorgenommen; davon sind 17 geheilt, 7 (= 29%) sind an den Folgen der Operation gestorben; die Geheilten standen im Alter von 39—73 Jahren. Von den Todesfällen waren vier durch Herzschwäche resp. durch die Schwere des Eingriffs bedingt. Einmal kam es am 7. Tage infolge Hustens zum Platzen der Bauchnaht, zum Vorfall der Därme und zu konsekutiver Peritonitis. Ein Pat. starb an Peritonitis durch Kolonnekrose, einer an Peritonitis durch Sprengung der Duodenalnaht infolge behinderten Abflusses im abführenden Schenkel. Von den 17 Geheilten leben noch 5, einer 7 Monate, die anderen 1 Jahr 11 Monate bis 5 Jahre 7 Monate nach der Operation; die erste, eine 39jährige Frau, bei der der ganze Magen bis auf einen kleinen Rest am Pylorus entfernt wurde, hat Metastasen, bei den anderen sind keine nachweisbar, und ist eine günstige Prognose zu stellen. Es hat sich bei ihnen um ausgedehnte Magenresek-

tionen gehandelt, bei denen auch meist Pankreasverwachsungen getrennt werden mußten. Von den inzwischen Verstorbenen lebte eine Pat. 3 Jahre 10 Monate, sie starb bei einer Operation wegen karzinomatöser Adnextumoren. Fünf Pat. starben 2 Jahre 4 Monate, 1 Jahr 7 Monate, 1 Jahr mehrere Monate nach der Operation an Leber-, Peritoneal- oder Darmmetastasen.

R. verneint die Frage, ob die Probelaparotomie, die zur Feststellung der Operabilität ausgedehnter Magenkarzinome vorgenommen werden muß, eine besondere Gefahr und eine Verkürzung der Lebensdauer involviert. Manchmal fühlten sich die Pat. infolge von Durchtrennung von Verwachsungen besser als vorher. R. lobt für passende Fälle die Gastroduodenostomie nach Kocher und wendet dabei auch Kocher's Quetsch- und Nahtmethode an; nach Billroth I wurde ein Fall, die übrigen nach Billroth II operiert. Bei den zwei Exstirpationen des Magens wurden Ösophagus und Duodenum durch Naht vereinigt, der Knopf wurde nie angewandt. Drainiert hat R. nur einmal. Da nach R.'s Resultaten die Heilungsziffer auch bei Resektion vorgeschrittener Magenkarzinome eine beträchtliche ist, so tritt er für Einschränkung der Gastroenteroanastomosen ein. Er fordert die praktischen Ärzte auf, auch vorgeschrittenere Fälle zur Entscheidung über die Radikaloperation an den Chirurgen zu weisen.

Diskussion: Herr Seefisch berichtet von einem jüngst von ihm operierten Dünndarmkarzinom, welches 10 Stunden nach einer an der Stelle des Karzinoms erfolgten Perforation zur Behandlung kam. Der Tumor wurde exstirpiert, der Darm End-zu-Seit mit Murphyknopf vereinigt. 4 Wochen später erfolgte unabhängig von der Operation der Tod an Pneumonie, und S. gewann das Präparat des Darmes nach der Operation; die Passage war frei. S. demonstriert an dem Präparat die Narbe an der Murphyknopfanastomose, welche nur eine kaum sichtbare Linie darstellt, im Gegensatz zu dem durch Naht geschlossenen Darmende, wo eine breite wulstige Narbe besteht.

Herr Israel erwähnt einen Fall, wo bei einer totalen Magenexstirpation sich 9 Jahre nach der Operation noch Rezidivknoten in der Leber gezeigt haben.

Herr Kausch betont, daß die Pat., die auf Magenkarzinom verdächtig sind, im allgemeinen zu lange von den Ärzten wie den Spezialärzten behandelt werden, ehe sie dem Chirurgen zugewiesen werden. So erklärt er es sich, daß er hier in Berlin selten ein radikal exstirpierbares Magenkarzinom bekommt, während n Breslau die Pat. meist sehr frühzeitig direkt an die chirurgische Klinik gewiesen wurden oder selbst kamen, und damit häufig in einem Zustande, wo Aussicht auf radikale Heilung bestand.

3) Herr Sultan: Über Herznaht bei Schußverletzung. (Krankenvorstellung.)

S. stellt einen Pat. vor, welcher am 23. Juni 1907 eine Stunde vor der Aufnahme in das Krankenhaus ein Conamen suicidii begangen hat, indem er sich mit einem Revolver einen Schuß in die Herzgegend beibrachte. Unter langsamer Steigerung der Symptome von Herztamponade — die Pleura war unverletzt geblieben —, entwickelte sich bei dem Pat. eine so bedrohliche Atemnot, daß S. sich 30 Stunden nach der Verletzung zur Operation gezwungen sah.

Mit Hilfe eines Lorenz'schen Lappens wurde der Herzbeutel extrapleural freigelegt. Der ad maximum mit Blut gefüllte Herzbeutel wurde inzidiert, wobei das Blut in großem Bogen herausstürzte. Am Herzen selbst fand sich eine $1\frac{1}{2}$ cm lange, kraterförmige Wunde an der Rückseite des linken Ventrikels, welche mit drei Seidenknopfnähten geschlossen wurde. Das Perikard wurde vollständig vernäht, der Hautknochenlappen zurückgeklappt und wieder eingenäht. Glatter, aseptischer Verlauf. Pat. ist vollkommen geheilt geblieben und verrichtet seine Arbeit als Tischler wie vor der Verletzung.

S. erblickt in dem von Franke neuerdings gemachten Vorschlag der Herzbeutelpunktion bei derartigen Verletzungen keinen Fortschritt. Sieht man sich durch die Not des Falles zum Eingriff gezwungen, dann soll man sich nicht mit der Punktion begnügen, sondern die Perikardiotomie ausführen.

Diskussion: Herr Hildebrand sah im letzten Jahr in der Charité vier Fälle, bei denen aus dem Sitz des Einschusses, dem Röntgenbild und dem eigentümlichen Herzgeräusch die Diagnose auf Herzverletzung gestellt wurde: sie wurden alle ohne Operation geheilt. H. warnt davor, die Herzverletzten ohne weiteres zu operieren; viele heilen ohne Operation; wenn bedrohliche Erscheinungen auftreten, ist operative Behandlung indiziert.

4) Herr Martens berichtet über vier im letzten Jahre in Bethanien behandelte Herzschußverletzungen, von denen zwei deswegen interessant sind, weil das Herz ohne Perforation des Perikards verletzt war, einmal mit beträchtlicher Blutung in die Herzbeutelhöhle. In einem dieser Fälle wurde wegen der starken Blutung nach außen und in die Pleurahöhle operiert, doch starb der Kranke am Tage darauf an der Lungenverletzung.

Eine Pat. wurde ohne Operation trotz des anfänglich schweren Krankheitsbildes geheilt.

Ein kleines 6jähriges Mädchen starb schnell im Chok. Herzbeutel, Herz, Lunge, Zwerchfell, Leber, Magen waren durchschossen ohne nennenswerte Blutung, alle Wunden hätten ohne Operation heilen können, auch die Magenwunden waren geschlossen und mit der Umgebung fest verklebt. (Demonstration der Präparate).

5) Herr Hinz: Beiträge zur operativen Behandlung intra- und paraartikulärer Frakturen.

H. schildert die Erfahrungen, die Prof. Riese mit der operativen Behandlung von Frakturen gemacht hat. Unter Anerkennung der Verdienste Bardenheuer's um die technische Ausbildung der Extensionsbehandlung der Frakturen betont H., daß bei dem heutigen Stande der Chirurgie es zur Herstellung der bestmöglichsten Funktion indiziert sei, irreponible Brüche und solche, die zu fortwährender Verschiebung neigen, operativ zu adaptieren und bei solchen, wo bestimmte Hindernisse die unblutige Adaption erschweren oder verhindern, dieselben durch operative Freilegung zu beseitigen. Auch die Meniscusverletzungen im Kniegelenk rechnet er hierher. Er berichtet von ihnen 6 Fälle, 3 Verletzungen des inneren, 3 des äußeren; die ersteren waren schwerer. Bezüglich ihrer Entstehung kommt er zu dem Schluß, daß die leichteren Verletzungen bei starken Drehungen des Unterschenkels (in Beugung des Gelenkes) gegen den Oberschenkel entstanden sind, daß aber bei den schwereren gleichzeitig eine komprimierende Gewalteinwirkung stattfand. Die Eröffnung des Gelenkes wurde durch einen seitlichen ausgiebigen Querschnitt in der Höhe des Gelenkspaltes bewirkt; kleinere Ablösungen der Menisken wurden genäht, größere Abreißungen exstirpiert. Das Gelenk wurde durch schichtweise Naht der Kapsel und des Bandapparates geschlossen, wobei es vermieden wurde, bei der innersten Naht die Synovialis mitzufassen. Die funktionellen Endresultate waren gute, bei den schweren Zerstörungen der Menisken fand keine volle Restitutio ad integrum statt. Von Knieverletzungen wurden noch zwei Fälle von Dérangement intern operativ behandelt, Absprengungen des Condylus medialis, in dem einen Fall eines Knorpelknochenstücks, im anderen eines Knorpelstücks, die entfernt wurden; bei dem zweiten Falle war zur Erweiterung des Gesichtsfeldes das Ligamentum patellae und die Seitenbänder durchtrennt worden, die schichtweise mit Catgut vernäht wurden; 6 Wochen hatte die Pat. gelegen, nach 8 Wochen lief sie schon umher, da erfolgte bei einem Fehltritt eine vollständige Ruptur der Operationsnarbe; es wurden die sämtlichen Schichten sekundär vernäht und die Pat. dauernd geheilt.

Dann berichtet H. über fünf operativ behandelte Fälle von Fraktur der Capitulum und Collum radii: eine Luxation des Ellbogengelenks mit Fraktur des Collum radii; 8 Tage nach der Verletzung Exstirpation des abgesprengten Capitulum durch Längsschnitt am hinteren Rande des M. supinator longus; gutes funktionelles Resultat; etwas Cubitus valgus. 2) eine Fractura radii typ. mit Fraktur des Collum radii. Nach 7 wöchiger konservativer Behandlung nötigte das unbefriedigende funktionelle Resultat zur Entfernung des losen Radiusköpfchens, wobei auch noch ein abgesprengtes Stück des Epicondylus ext. entfernt wurde; es blieb eine geringe Bewegungsbeschränkung nach allen Richtungen. 3) Bei dem dritten Pat.

bestand ein Abbruch des Collum radii mit Spaltung des Köpfchens; die sofortige Exstirpation der Fragmente brachte ein gutes Resultat. Auch die beiden anderen einfachen Collumfrakturen gaben bei der Exstirpation des abgebrochenen Stückes ein gutes Resultat, während ein sechster nicht operierter Fall eine schlechte Funktion bekam. — Zu den intraartikulären Frakturen gehört noch ein intrakapsulärer Schenkelhalsbruch, der $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Entstehung wegen Schmerzen und starker Funktionsbehinderung zur Operation kam; es bestand eine Verdrehung des losen Kopfes um 180°, Entfernung des Kopfes. Für solche Fälle ist die von F. König befürwortete Frühoperatien indiziert; der Fall war zunächst auf einer inneren Abteilung unter falscher Diagnose behandelt worden. Die Schmerzen schwanden nach der Operation, der Pat. lief sicherer. — Von paraartikulären Frakturen berichtet H. über 3 Oberarmbrüche am Ellbogengelenk bei Knaben von 12 und 8 Jahren; die Fragmente ließen sich durch fixierende Verbände nicht reponiert erhalten; im ersten Falle bestand eine vollkommene Verdrehung der Kondylen mit T-förmiger Fraktur in die Gelenkfläche. Da man bei einer Durchführung des Drahtes durch das periphere Fragment mit demselben in das Gelenk gekommen wäre, so wurde er nur durch das zentrale Bruchende geführt und um den Epicondylus medialis herum geknotet. Die Vereinigung der Fragmente war deshalb keine ganz exakte, aber die Funktion ist doch gut geworden; es besteht etwas Cubitus varus. Bei dem zweiten Falle hielten die Fragmente schon nach der Reposition, und es bedurfte keiner Naht zur Fixation. Bei dem dritten Pat. bestand ein Bruch des Condylus ext. mit Verdrehung der Knorpelfläche nach außen oben. Er wurde durch einen Längsschnitt (wie auch die beiden ersten Fälle) freigelegt, reponiert und durch Periost-Catgutnähte in Reposition erhalten. — Der nächste Fall betraf einen von anderer Seite als Luxation verkannten Schrägbruch des Collum chirurg., bei dem die Spitze des unteren Fragmentes unterhalb des Proc. coracoideus stand. Reposition und Fixation durch einen schräg durch beide Bruchenden eingeschlagenen Elfenbeinnagel; vorzügliches funktionelles Resultat. Der letzte Fall betrifft die Schenkelhalsfraktur eines Tabikers, die zuerst verkannt, dann konservativ behandelt wurde, ohne daß knöcherne Konsolidation eintrat. Es wurde zunächst nach Freilegung des Trochanter major eine Fixation des Kopfes gegen den Trochanter durch einen 7 cm langen Nagel versucht. Das Röntgenbild zeigte, daß der Nagel zu kurz gewesen war; es wurden dann zwei weitere Nägel, ein dicker langer oben, ein kürzerer unten eingeschlagen; dadurch wurde Festigkeit erzielt. Die Nägel mußten einige Zeit, nachdem Pat. umhergegangen war, entfernt werden, da sie die Haut reizten. Es ist ein knöcherner Callus entstanden, doch ist eine beträchtliche Verkürzung erfolgt, da der Callus bei den ersten Gehübungen noch zu weich gewesen war und nachgegeben hat. — Im Anschluß an die operativ behandelten Fälle bespricht H. noch ein einfaches Extensionsverfahren, das er bei einem suprakondylären Querbruch des Oberschenkels mit bestem Erfolg angewendet hat; es wurde bei rechtwinklig gebeugtem Knie ein Streckverband am Unterschenkel angelegt und durch eine Schlinge in der Kniekehle ein Gegenzug nach oben ausgeführt. H. empfiehlt noch bezüglich der Operation in solchen Fällen, wie sie von ihm geschildert sind, nicht erst zu warten, bis Callusmassen die Reposition der Knochen und die Naht erschweren, sondern an den frischen Fragmenten zu operieren; dann werden die Resultate am besten sein.

7) Herr E. Walkhoff: Histomechanische Genese der Arthritis deformans.

W. verbreitet sich über seine Untersuchungen über die Pathogenese der Arthritis deformans, deren Resultate er bereits auf der Naturforscherversammlung zu Meran 1905 kurz darlegte. Er gelangte zu dem Ergebnis, daß sie nicht entsprechend der Kimura'schen Anschauung, auf einer Knochenatrophie beruht, sondern als Ursache eine Knorpeldegeneration hat, die mannigfaltigen Ursprungs sein kann. Sowie der Knorpelüberzug degeneriert ist, stellen sich durch die ungeschwächt zur Einwirkung kommenden statisch-dynamischen Kräfte in der subchondralen Knochenschicht die ausgedehntesten progressiven Prozesse ein, die darauf zielen, hier eine fest abschließende sklerotische Knochenschale zu bilden.

An den Stellen der stärksten Beanspruchung und der geringsten Widerstandsfähigkeit des Knorpels kommt es so zur Entwicklung der bekannten sklerotischen Schliffurchen, die sich durch Nekrose der oberflächlichsten Lage auszeichnen. Wo aber eine permanente oder geringe Kraft die mit zerfasertem Knorpel überkleideten Gelenkenden trifft, oder wo durch die Deformation atrophisch gewordene Gelenkabschnitte allmählich wieder stärker belastet werden, entstehen die porotischen Schliffurchen, die wohl eine Eburnation der subchondralen Knochenbälkchen besitzen, aber relativ weite Markkanäle und große Defekte der oberflächlich abschließenden Knochencorticalis aufweisen. Es greifen hier viele regressive Veränderungen Platz, weil das freiliegende fibröse Mark und die stellenweise dünne Knochenschale sehr wenig Widerstand zu leisten vermag. Es konnten daselbst in der subchondralen Zone frische und ältere Blutungsherde, Zertrümmerungen des Knochengewebes mit Verlagerung der Fragmente in die Tiefe beobachtet werden. An sie hatten sich, wenn sie längere Zeit zurücklagen, ausgedehnte reparatorische Heilungsvorgänge angeschlossen. Auch Cysten waren hier zur Ausbildung gekommen, deren Entstehung als Ursache stets ein Trauma hatte und die nicht auf eine herdförmige Rekartilagineszenz, fibröse Metamorphose des Knochens mit Erweichung desselben zurückzuführen waren. Die Randwülste waren allein auf eine periostale Wucherung der Knochengelenkrandzone zu schieben.

Aus diesen Befunden leitet W. folgendes Gesetz für die Genese der Deformationen ab: »Überall, wo nach Knorpeldegeneration die Gelenkenden funktionell belastet werden, tritt lebhafte subchondrale Wucherung des Gewebes auf, während an den nicht oder weniger beanspruchten Partien Atrophie sich einstellt. Dadurch, daß teilweise infolge der aufschießenden Randwülste, teilweise infolge der permanenten Abschleifung der Gelenkenden bei Bewegungen die Kraftdurchfließungslinien geändert werden, lösen sich die hypertrophischen mit den atrophischen Prozessen ab. Hierdurch wird es verständlich, daß bei der Arthritis deformans hauptsächlich in der subchondralen Zone die Veränderungen sich ausbilden. Die progressiven und regressiven Vorgänge in weiterer Entfernung von dem Gelenke sind sekundärer Art, hervorgerufen durch eine Transformation des Knochengewebes entsprechend der durch die Deformation bedingten veränderten Beanspruchung.« Zum Beweis für seine Anschauung demonstrierte W. mehrere Röntgenphotogramme.

Richard Wolff (Berlin).

---

14) **P. Frangenheim.** Über Knochenbildung im menschlichen Penis (sog. Penisknochen).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 480.)

F. teilt einen neuen einschlägigen, in der Königsberger Klinik (Lexer) operierten Fall mit, einen 56jährigen Besitzer betreffend, Vater von acht Kindern, der die Verhärtung in seinem Penis vor acht Monaten bemerkt hatte. Dieselbe war seitdem stetig gewachsen und verhinderte den Mann durch Schmerzen am Koitus, während seine Miktion ungestört war. Der Körper war über dem Rücken des Gliedes gelegen, sehr beweglich und wurde röntgenographiert (s. Abbildung). Seine operative Entfernung gelang bei Abklemmung der Peniswurzel behufs Blutsperrung sehr leicht mittels eines Längsschnittes durch Ausschälung aus der Albuginea penis, von welcher ein die Fortsetzung des Knochens symphysenwärts bildendes schwielig verändertes Stück mit entfernt wurde. Nach guter Vernähung der Schwellkörper und der Albuginea trat ohne Nachblutung fast völlige primäre Heilung ein; über Verhalten der Erektions- und Kopulationsfähigkeit ist nichts gesagt. Der entfernte »Knochen« ist plattenförmig, $4^1/_2$ cm lang, $1^1/_2$ cm breit und 1—2 mm dick, teilweise etwas löcherig und hat zackige Ränder. Er ist von F. sorgfältig histologisch untersucht mit dem Resultate, daß es sich um eine direkte Knochengewebsbildung im Bindegewebe der Albuginea handelt. Die Ursache dieser Knochenbildung war völlig unaufklärbar.

F. stellt zusammen, was sonst über Penisknochenbildung bekannt und veröffentlicht ist. Er bringt die Notizen über die bislang operierten Fälle (vier außer



dem eigenen), ferner über sechs bei Sektionen gemachte Beobachtungen, in deren einem (von Brohl) das fragliche Gebilde auch röntgenographiert ist (Reproduktion des Röntgenogrammes), endlich über einige nur klinisch beschriebene Fälle. Auf Grund des vorliegenden Materiales ist Verf. zu der Ansicht gekommen, daß die menschlichen »Penisknochen« weiter nichts sind als gewöhnliche Bindegewebsverknöcherungen, wie sie in fast allen anderen menschlichen Organen und Geweben ohne bekannten Grund auch vorkommen. Diese Bildungen mit dem wirklichen Penisknochen (Os priapi) gewisser Säugetiere (Walfisch, Hund usw.) als analoge zu vergleichen, liegt kein Grund vor. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

15) **Lang.** Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Fibrolysin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 48).

L. berichtet über 2 Falle von Harnröhrenstrikturen, in denen eine seit 53 Jahren bestehende wiederholt operierte und eine seit 3 Jahren bestehende Verengerung unter Fibrolysinbehandlung wieder dehnungsfähig wurde. **Borchard** (Posen).

16) **K. Fluss.** Beitrag zur Klinik ausgebreiteterer papillärer Geschwülste der Harnröhre. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine eitrige Affektion der Harnröhre mit Fisteln, aus denen papilläres Gewebe herauswucherte, das die Harnröhre bis zum Bulbus erfüllte. Da Karzinom nicht sicher auszuschließen war, wurde eine Amputatio penis vorgenommen.

Im zweiten Falle wurde bei einer Frau die Resektion der Harnröhre vorgenommen, welche an ihrer Mündung von einem breiten, höckrigen, wallartigen Saum umgeben war. Die Infiltration erstreckte sich 3 cm weit.

Die diffusen warzigen Bildungen der Harnröhre sind, wie Verf. an 13 kurz zitierten Fällen zeigt, an Männern beobachtet worden. **Renner** (Breslau).

17) **Hock.** Frühdiagnose des Karzinoms der Harnröhre.

Verein deutscher Ärzte in Prag. 3. Sitzung vom 26. Oktober 1906.

(Prager med. Wochenschrift 1906. Nr. 51.)

Für die frühzeitige Erkennung des Harnröhrenkrebses ist die Urethroskopie von wesentlicher Bedeutung. Die Diagnose hält Verf. auch bei den Fällen, die sich in der Tiefe der Harnröhre entwickeln, mit Hilfe des Endoskops für nicht besonders schwierig. Bei einer 48jährigen Dame entfernte H. eine besonders die untere Hälfte des vorderen Harnröhrenabschnittes einnehmende, zungenartig hervorragende Krebsgeschwulst durch Resektion eines 2 cm langen Harnröhrenstückes mit Erhaltung der Kontinenz und bis jetzt $4^1/_3$jährigem Dauererfolg.

Gutzeit (Neidenburg).

18) **R. Christofoletti.** Über eine neue Urethralplastik. (Aus der Klinik Schauta.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

In zwei Fällen von Uteruskarzinom war bei der Operation die Harnröhre bis zur Blase völlig, die Scheide bis auf einen geringen Rest entfernt worden. Nach Heilung der ursprünglichen Operationswunde bildete Verf. aus dem Reste der hinteren Scheidenwand eine Harnröhre, die er in die verkleinerte Blasenöffnung einnähte. Das distale Ende der neuen Harnröhre wurde unter einer Schleife des Sphincter ani ext. durchgezogen, schließlich die angefrischte Vulva über der Harnröhre völlig vernäht. Das Resultat war beide Male gute Kontinenz. Wichtig ist die Anlegung einer weiten suprapubischen Fistel vor der Operation, die eine Urininfiltration verhindert. **Renner** (Breslau).

19) **A. A. Trojanow.** Zur Kasuistik der vollständigen suprapubischen Prostatektomie nach Freyer.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 51.)

Die Hypertrophie der Prostata hatte beim 52 Jahre alten Pat. eine kolossale Größe erreicht: die beiden seitlichen Lappen reichten fast bis zur Seitenwand des Beckens; in die Blase sprang die Geschwulst faustgroß vor und verlegte total die Harnröhrenöffnung. Pat. konnte nur mittels eines Nélaton urinieren und ertrug sein Leben als Qual. Operation nach Freyer. Die Enukleation war oben und an den Seiten spielend leicht, hinter der Harnröhre schwer, gelang aber in 4—5 Minuten. Drain durch die Bauchwunde. Naht der Blase. Blutung 48 Stunden, heiße Spülungen mit Borsäure. Heilung nach zwei Monaten, hält vier Jahre später noch an. Pat. uriniert normal, koitiert wie früher, aber keine Samenentleerungen. Prostata weich. Die entfernte Geschwulst bestand aus normalem Gewebe, und nur an einer Stelle fand man beginnenden atypischen Bau des Epithels.

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

20) **B. N. Cholzow.** Zur Kasuistik seltener Formen von Harnverhaltung. Chronische Kontraktur des Blasenhalses.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 48.)

Zwei Fälle. 1) 45jähriger Mann leidet von Kindheit an an erschwertem Urinieren. Die letzten 20 Jahre ist die Verhaltung fast vollständig und muß Pat. täglich 4—5mal einen Nélaton einführen, der frei durchgeht. Ein Metallkatheter, ebenso ein Cystoskop kann nicht in die Blase gebracht werden. Harn alkalisch, übelriechend, von Zeit zu Zeit blutig. Die Cystotomie ergab ein kirschgroßes gutartiges Fibroadenom im Blasenhals, wahrscheinlich angeboren. Nach der Operation kann Pat. urinieren, doch muß er sich dabei anstrengen und bleiben dennoch 200—300 g Residualharn nach; 2—3mal täglich, später einmal, muß der Nélaton zu Hilfe genommen werden. Sechs Monate später stürzte Pat. aus dem Wagen, worauf Verschlimmerung der Nephritis mit urämischen Symptomen eintrat; er wurde nach Ägypten geschickt und starb dort nach 2—3 Monaten.

2) 32jähriger Mann hatte vor 15 Jahren eine Gonorrhöe, leidet ebenso lange an Erschwerung des Harnlassens mit starken Schmerzen. In der Blase findet man 500—800 g Residualharn. Harn normal, die dicksten Instrumente passieren die Harnröhre frei; Genitalien, Prostata und Nieren gesund. Cystoskopie: Muskeltrabekel stark ausgeprägt, das Trigonum verdickt und emporgehoben, sein hinterer Rand stark ausgeprägt und verdickt, dahinter und parallel zu demselben mehrere dicke Falten, eine dicht hinter der anderen. Nervensystem normal. Kein Sphinkterkrampf. Dauerkatheter für $1^1/_2$ Monate — keine Besserung. Operation unter Rückenmarksanästhesie (Tropakokain): prärektaler Schnitt, Eröffnung der Pars membranacea. Im Blasenhals eine ringförmige Striktur mit glatter Oberfläche, die kaum die Fingerkuppe durchläßt. Erweiterung mit einem, dann zwei Fingern; dabei Einriß der Striktur. Nach elf Tagen Einschnitt in den Ring, hinten, mit Bottini's Inzisor; zwei Tage später Verweilkatheter in die Harnröhre für 17 Tage. Darauf uriniert Pat. spontan; nach weiteren sieben Tagen ist die Wunde geheilt; noch 16 Tage später zeigt die Cystoskopie die Falten in der Blase zur Hälfte geglättet. Pat. läßt den Harn anstandslos, und man findet darauf in der Blase nur noch 50 g Residualharn.

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

21) **Lowie.** Deux cas de rupture de la vessie.

(Annales de la société belge de chir. 1907. November.)

Im ersten Falle war ein Kutscher vom Wagen gestürzt und überfahren worden Der 4 cm lange intraperitoneale Blasenriß wurde 17 Stunden nach dem Trauma genäht und Heilung p. p. erzielt.

Interessanter ist der zweite Fall. Bei einem Dienstmädchen war 4 Monate nach einer Entbindung eine rasch wachsende Ovarialcyste entstanden, die viel Beschwerden und Temperatursteigerungen verursachte. Bei der Operation erwies sie

sich als mit übelriechendem Eiter gefüllt. Wegen ausgedehntester fester Verwachsungen gelang die Exstirpation nur teilweise, und es wurde tamponiert. Nach einer Reihe von Tagen entstand plötzlich eine Blasenfistel in die tamponierte Tasche hinein, die, in der vorderen Wand befindlich, sofort entdeckt und genäht wurde und heilte. Nach weiteren 3 Wochen erneute Blasenfistel, die trotz mehrfachen Suchens nicht gefunden wurde. Bei einem Sondierungsversuch platzte die Bauchnarbe, und es entstand ein großer Darmvorfall, der sofort in Narkose reponiert wurde; in derselben Sitzung spaltete L. die vordere Blasenwand, fand die Fistel ganz hinten am Trigonum, vernähte beide Blasenöffnungen und erzielte nunmehr völlige Heilung. **Vorderbrügge** (Danzig).

22) **H. K. Leake.** Chronic perforating ulcer of the bladder.
(New York med. record 1907. Juli 6.)

L. beschreibt einen Fall von perforierendem Ulcus vesicae simplex, der tödlich endete. Der Sitz solcher Ulzerationen sei gewöhnlich der Blasenhals, aber bei diesem Falle saß dasselbe im Fundus. Die Dysurie war so stark, daß Verf. glaubte eine Vesiko-Vaginalfistel zur Ruhigstellung der Blase anlegen zu müssen.

Die Pathologie solcher vereinzelt beschriebener Fälle ist noch nicht geklärt und wird durch die Annahme »abnormalen Zellmetabolismus«, worauf L. rekurriert, auch nicht festgestellt. **Loewenhardt** (Breslau).

23) **F. Necker.** Chronische, sklerosierende Paracystitis; paravesicale Holzphlegmone. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Die chronischen Entzündungen des paravesicalen Bindegewebes sind seltener beobachtet, speziell als selbständiges Krankheitsbild wohl kaum. Im Falle des Verf. traten einige Monate nach einer perinealen Lithotomie Schmerzen in der Blasengegend ein, die allmählich zunahmen. Schließlich wurde auch eine zunehmende Verhärtung dieser Gegend konstatiert. Nachdem der Prozeß fast vier Jahre bestanden hatte, kam Pat. in die Zuckerkandl'sche Abteilung. Da das diagnostizierte paracystitische Infiltrat weder auf Umschläge noch Bier'sche Saugung noch Heißluftbehandlung zurückging, wurde nach Sectio alta derbes, schwieliges, auch die Muskulatur durchsetzendes Gewebe möglichst entfernt, in das die Blase wie eingemauert war. Nach drei Monaten waren dann die Infiltratreste geschwunden. Auch die vorher cystoskopisch beobachtete lokale Ischämie der Blase bestand dann nicht mehr. Das histologische Bild zeigte Granulationswucherung mit reichlicher Bindegewebsneubildung; färbbare Mikroorganismen wurden nicht gefunden, eine bakteriologische Untersuchung fand nicht statt.

Bei dem Fehlen einer rein ätiologischen Bezeichnung möchte Verf. den Fall dem klinischen Bilde der Holzphlegmone anreihen. **Renner** (Breslau).

24) **R. Lichtenstein.** Über diffuse inkrustierende Cystitis. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Bisher stand die Therapie dieser schweren und quälenden Erkrankung ziemlich machtlos gegenüber. In den letzten zwei beobachteten Fällen gelang es jedoch Zuckerkandl, den Prozeß durch radikale Operation zu vollständiger und anscheinend dauernder Heilung zu bringen. Von typischer Sectio alta aus wurden die inkrustierten Geschwüre teils mit Schere, teils mit scharfem Löffel entfernt, die Defekte mit Catgut genäht, die übrige Schleimhaut mit Jodtinktur verätzt, die Blase an der Muskulatur befestigt und bis auf eine Lücke zur Heberdrainage geschlossen. Die Kranken konnten nach 28 bzw. 38 Tagen geheilt entlassen werden. Im ersten Falle ließ sich noch nach zwei Jahren cystoskopisch normaler Befund erheben. Nach Auskunft des behandelnden Arztes war auch bei der zweiten Pat. nach 1¹/₄ Jahren der Zustand normal. **Renner** (Breslau).

25) **Kibbie.** A complicated case of vesical calculus.

(Journ. of the american med. association 1907. Nr. 18.)

Aus der Blase einer 30 Jahre alten Frau entfernte Verf. durch Kolpocystotomie eine Haarnadel, an der 2 große Blasensteine sich ausgebildet hatten.

Die erste Röntgenaufnahme durch das ganze Becken hindurch hatte nichts ergeben; da entschloß sich der Verf., die Platte bei einer zweiten Aufnahme in die Scheide einzuführen, und nun gelang eine vorzügliche Aufnahme.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **R. Paschkis.** Über Komplikation von Blasenstein mit anderweitigen Steinbildungen im Harnsystem. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Die in der Literatur niedergelegten Fälle von Steinbildung zugleich an verschiedenen Stellen des Harnsystems sind nach des Verf. Angabe meist zufällige Operations- oder Obduktionsbefunde. Er teilt daher einige mit, bei denen es durch die Anwendung neuerer Methoden, namentlich der Röntgenographie, gelang, solche schon klinisch festzustellen, und dementsprechend die Operation zu wählen. Beim ersten Falle von freiem Blasenstein und Divertikelblasenstein waren mehrere Lithotripsien erfolglos gewesen, da sie immer nur den einen, hinter der Prostata festgekeilten Stein verkleinerten. Durch Röntgenuntersuchung wurden dann noch mehrere nicht mit der Sonde fühlbare Steine festgestellt und die Diagnose Divertikelstein durch Operation bestätigt.

Bei einem Pat. mit Myelitis war zwei Jahre nach einer Hernienoperation, bei der eine Blasenverletzung stattgefunden hatte, eine Blasenfistel entstanden. Bei der Operation fanden sich zwei Blasen- und ein Prostatastein, die Verf. für in der Blase entstanden halten möchte, obwohl bei Myelitis auch Steinbildungen in der Niere beobachtet sind.

In einem weiteren Falle handelte es sich um einen freien Blasenstein und einen wahrscheinlich nach einer vorhergegangenen Lithotripsie in der Pars prostatica entstandenen Stein, der in seiner Form einer kleinen Prostata ähnelte, vesicalwärts eine Rinne besaß.

Bei einer Kombination von Blasen- und Harnleiterstein spricht sich P. dafür aus, daß letzterer im Harnleiter selbst entstanden sei.

Zwei weitere Fälle betreffen Kombination von Blasen- und Nierensteinen.

Renner (Breslau).

27) **A. v. Frisch.** Bericht über 300 operierte Blasentumoren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Von den 300 Fällen waren 201 sogenannte gutartige Papillome, deren Untersuchung durch Serienschnitte aber den Beginn krebsiger Degeneration in mehr als der Hälfte der Fälle ergab, so daß im ganzen zwei Drittel aller Geschwülste als bösartig anzusehen sind. Demnach erscheint F.'s Operationsmethode, auch bei noch so schlankem Stiele stets ein Stück der Blasenschleimhaut mit zu exstirpieren, vollauf gerechtfertigt. Bei den nicht papillären Karzinomen wurde die Blasenwand in ganzer Dicke reseziert. F.'s Operationsmethode war — abgesehen von einem Falle von Vesicovaginalschnitt — immer die Sectio alta. Zu komplizierteren Methoden, wie Symphysenresektion, sah er sich nie genötigt, nahm allerdings auch nie eine Totalexstirpation der Blase vor.

Da alle Todesfälle bei gutartigen Papillomen nur Fälle kompletter Blasennaht betrafen, während von den mit Tamponade und Heberdrainage behandelten keiner starb, hält Verf. letztere Methode für die sicherste. Die Schleimhautdefekte versorgt er mit Catgutnaht und verkleinert die Weichteilwunde. In den letzten Jahren hat F. komplette Naht versucht, wenn der Harn nicht zu sehr zersetzt war.

Die Gesamtmortalität betrug 14 %, bei den Karzinomen 25 %, bei den Papillomen 9 %.

Die Rezidive gutartiger Papillome saßen nie an der Stelle der primären Geschwulst. In drei Fällen sah F. nach Entfernung gutartiger Papillome bösartige Rezidive.

Da in der Mehrzahl der Fälle die Neubildungen der Blase eine ernste Erkrankung darstellen, hält er eine Operation für strikt indiziert, und zwar nur eine solche, bei welcher das Blaseninnere dem Gesichts- und Tastsinn vollkommen zugänglich wird, also nur die Sectio alta, ist also prinzipieller Gegner aller endovesicalen Operationen. **Renner** (Breslau).

28) **F. Brunner.** Descensus des rechten Ureters ins Skrotum, eine Hernia inguino-scrotalis vortäuschend.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 275.)

An einem 41jährigen Manne operierte B. eine vermeintliche Hernie. Als am Samenstrang die Tunica vaginalis communis gespalten war, wurde statt des erwarteten Bruchsackes ein sonderbares Gebilde entwickelt, ähnlich einer kleinfingerdicken Darmschlinge samt Mesenterium. Diese Schlinge, schöne Kontraktionen zeigend, wird als Harnleiter erkannt. Sein Mesenterium, d. h. eine einfache Bindegewebsplatte mit zuführenden Gefäßen, enthält noch einen zweiten dünneren und kürzeren, auch schlingenförmig verlaufenden Kanal: einen zweiten Harnleiter. Da eine Reposition des größeren Harnleiters in die Bauchhöhle nicht glückt, wird derselbe reseziert, seine Stümpfe nach Invagination vernäht und durch den Leistenring reponiert, die Außenwunde genäht. Pat. hatte die ersten Tage blutigen Urin, genas im übrigen glatt.

Daß der genähte Harnleiter der Harnpassage diente, wird durch den Blutgehalt des Harns nach der Operation erwiesen. Seine Erweiterung spricht für Vorhandensein einer Striktur distalwärts. Ob beide Harnleiter getrennt in die Blase mündeten oder sich weiter unten vereinigten, bleibt ungewiß. — Den Grund für diese Harnleiterdystopie sieht B. mit Wahrscheinlichkeit darin, daß der herabsteigende Hoden den Harnleiter mit auf den Weg nahm. Es mag eine Verklebung zwischen beiden Organen bestanden haben, die sich später löste. B. vergleicht im übrigen seinen bislang ohne Seitenstück dastehenden Fall mit den bisher beobachteten Fällen von Hernien des Harnleiters.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **S. P. Fedorow.** Zur Ureterenchirurgie.

(Russ. Archiv für Chir. 1906. [Russisch.])

In den letzten 3 Jahren hatte die 65jährige Pat. alle 2—3 Monate Anfälle heftiger Schmerzen in der linken Seite, nach deren Abklingen am Schluß einer kurzen Harnverhaltung Steinchen abgingen. Vor $2^1/_2$ Jahren wurde eine dreima 42 Stunden dauernde Anurie durch Harnleiterkatheterismus behoben, worauf ein kleiner Stein abging. Die Urinmenge betrug ca. 3 Liter. Einen Monat später abermals 24stündige Anurie. — Pat. kam jetzt mit der Angabe, seit 36 Stunden nicht uriniert zu haben. Die rechte Harnleitermündung war nicht auffindbar. In den linken Harnleiter wurde ein Katheter eingeführt, aus dem sich in $5^1/_2$ Stunden 1100 ccm Urin entleerten.

Nach 7 Tagen kam Pat. abermals, diesmal fiebernd. Der Katheter stieß 10 cm aufwärts auf ein Hindernis, doch entleerte sich nun Urin. Nachdem der Katheter mit einem Mandrin versehen war, gelang es, das Hindernis zu überwinden, wonach einige Tropfen Eiter, später Harn entleert wurde. Als weiterhin doch wieder Anurie eintrat und die Pat. unter Fieber (39,2) immer elender wurde, operierte F. sie. Da sie ungeheuer fett war, mußte der Schnitt sehr lang gemacht werden. Schließlich war — nachdem das Bauchfell abgeschoben war — der Harnleiter fast in ganzer Ausdehnung sichtbar. Er enthielt an der Kreuzungsstelle mit der Art. hypogastrica einen $1^1/_2$ cm langen über $^1/_2$ cm breiten Stein. Oberhalb war er so stark wie ein kleiner Finger. Er wurde in der Längsrichtung gespalten. Der Stein lag in einer Ausbuchtung des Harnleiters wie in einem Divertikel. Von der Wunde



aus wurde ein Katheter durch die Blase nach außen geführt. Der Harnleiterschnitt wurde quer vernäht.

Der Katheter blieb 10 Tage liegen, der Harnleiter heilte glatt. Dagegen vereiterte die lange Bauchnaht, auch bildete sich ein schwerer Dekubitus am linken Trochanter, so daß Pat. erst nach 5 Monaten entlassen wurde, dann aber dauernd (Kontrollzeit 11 Monate) gesund blieb.

Die rechte Niere fehlte nach F. offenbar. **V. E. Mertens** (Kiel).

30) **V. Blum.** Die Bedeutung des reno-renalen Reflexes für die Pathologie und Diagnostik der Nierenkrankheiten. (Aus der Abteilung für Krankheiten der Harnorgane der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Von den drei in der Harnpathologie bestehenden, durch Guyon festgestellten Reflexgruppen unterzieht Verf. den reno-renalen Reflex einer Besprechung.

Für den reno-renalen Reflexschmerz führt er drei Beobachtungen an; die erste ist am eklatantesten: hier wurde sogar durch Druck auf die kranke Niere (Stein) regelmäßig ein stechender Schmerz in der anderen Seite ausgelöst, die durch alle Methoden als gesund erkannt war. Auch in mehreren Fällen von Nierentuberkulose und einseitiger Geschwulst wurden Schmerzen ausschließlich auf der gesunden Seite lokalisiert. Selbst nach der Exstirpation des kranken Organes blieben auf der gesunden Seite Schmerzen zurück, die als vom Stumpfe übertragen gedeutet wurden.

Es können aber auch Täuschungen vorkommen; so fand sich in einem Falle, bei dem auch reno-renaler Schmerzreflex angenommen werden konnte (Röntgenbefund auf der anderen Seite positiv), bei der Cystoskopie noch ein Konkrement in der Harnleitermündung der anscheinend gesunden Seite.

Einige andere Beobachtungen betreffen reno-renale reflektorische Anurie, wie sie bei jeder Art von Abflußhinderung der anderen Seite, ferner nach Exstirpation einer Niere, endlich auch nach Harnleiterkatheterismus beobachtet wird. Speziell einem Falle postoperativer Anurie, der zum Tode führte, entnimmt Verf. einen neuen Beweis dafür, daß sie auch bei Vorhandensein einer vollkommen gesunden Niere zustande kommen kann.

Zur Lehre von der sympathischen Nephritis führt er folgendes an: zweifellos sind viele Nephritiden einseitig, führen auf dem Wege des reno-renalen Reflexes zu funktionellen, später auch anatomischen Störungen der anderen Seite; folgerichtig kann also in manchen Fällen durch Nephrektomie auf der kranken Seite der sekretionshemmende Einfluß behoben werden. So wären auch die Erfolge der Enthülsung bei der Bright'schen Krankheit vielleicht zu erklären. Beobachtungen zu dieser Gruppe bringt K. nicht. Kurze Literaturangabe.

Renner (Breslau).

31) **H. Schaad.** Ein Fall von erworbener Nierendystopie mit Hydronephrose. Beitrag zur Kenntnis der Nierendystopie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 289.)

S.'s Fall gehört der Baseler Klinik, in der er durch Prof. Enderlen operiert wurde, und zwar unter der falschen Diagnose Appendicitis. Der 17jährige Pat. (Konditor) war, wie nachträglich erkundigt wurde, vor 4 Jahren als damals lang aufgeschossener magerer Junge mit großer Wucht den Kopf voran einen steilen Abhang hinuntergestürzt, wobei er sich den Bauch stieß. Es folgte eine mit starken Schmerzen verbundene Unterleibserkrankung, die, als Blinddarmentzündung diagnostiziert, 5wöchige Bettruhe erfordert. Nach 1jährigem Wohlbefinden erneuter »Perityphlitisanfall« von 2wöchiger Dauer, während dessen rechts zwischen Nabel und Symphyse eine bewegliche etwa faustgroße Geschwulst zu fühlen war, Störungen und Beschwerden hinsichts Urinentleerung übrigens nicht bemerkt wurden. Jetzt kam Pat. ins Spital, am Aufnahmetage akut unter äußerst heftigen Bauchschmerzen erkrankt mit stark aufgetriebenem Leib, weshalb alsbald (4 Stunden nach Beginn

des Anfalls) zur Operation geschritten wurde. Nach Eintritt der Narkose wurde rechts eine kindskopfgroße Geschwulst, anscheinend retroperitoneal, fühlbar, die mit der angenommenen Appendicitis in Zusammenhang gebracht wurde. Indes fand sich nach Öffnung der Bauchhöhle, daß es sich um die verlagerte und hydronephrotisch gewordene rechte Niere handelte, deren Gefäße an normaler Stelle aus der Aorta bzw. Cava inf. entspringend nachweisbar waren. Nach Nachweisung der linken Niere an ihrem normalen Standort Nephrektomie. Die Operation an sich wurde gut überstanden, doch erkrankte Pat. während der Rekonvaleszenz an Ileus, dadurch veranlaßt, daß das hintere Parietalperitoneum, hinter dem die Niere herausgenommen war, zwecks Gazetamponade in die Wunde genäht war und das so gebildete septumartige Band in der Bauchhöhle zu einer Darmverwachsung und Knickung geführt hatte. Es gelang operativ die Darmpassage herzustellen. Eine weitere Komplikation bereitete im zweiten Monate eine akute Angina, welche vorübergehende Nephritis der erhaltenen linken Niere veranlaßte. Endausgang gut.

Daß es sich in diesem Fall um eine angeborene Nierendystopie nicht hat handeln können, folgt aus dem Abgange der Nierengefäße an anatomisch richtiger Stelle. Der vom Pat. vor 4 Jahren erlittene Fall wird zunächst eine starke Nierenlockerung und Dislokation bewirkt haben, an welche sich alsbald Harnleiterknickung und Harnstauung im Nierenbecken anschlossen, klinisch das Bild der Appendicitis vortäuschend, dem auch die späteren Kolikrezidive entsprachen.

Anknüpfend an diesen eigenen Fall gibt S. eine eingehende Allgemeinbesprechung über die Nierendystopie, von welcher hier insbesondere die Notizen über entwicklungsgeschichtliche Bildung der Nieren, über Wachstum und topographische Ortsänderung der fötalen Nierenanlage hervorgehoben werden mögen, da diese Verhältnisse, durch mehrere Abbildungen erläutert, die Topographie der angeborenen Nierendystopie verständlich machen. Aber auch die Statistik, Klinik, Prognose und Behandlung der Nierendislokation werden gewürdigt, insbesondere letztere, betreffend die Frage nach Berechtigung der Nephrektomie. Im Berichtsfalle blieb diese Operation der einzig gangbare therapeutische Weg, da eine Plastik am Harnleiter bzw. Nierenbecken zur Beseitigung der Hydronephrose wegen der vorhandenen großen Dünne der Nierenbeckenwand nicht ausführbar war. Zum Schluß der Arbeit steht ein 48 Nummern zählendes Verzeichnis der in ihr benutzten Literatur. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

32) J. Richter. Infizierte Hydronephrose einer angeborenen dystopischen Niere. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildhospitals in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Die Niere lag mit ihrer Rückenfläche der Kreuzbeinexkavation an, ihr Hilus war nach vorn gekehrt, das erweiterte Nierenbecken hatte sich dementsprechend nach rechts oben ausgebreitet. Aus dieser Lage und dem Vorhandensein dreier Nierenarterien, die an verschiedenen Punkten eintraten, schließt Verf. auf eine angeborene Verlagerung. Auch das Verhalten des Parenchyms spricht dafür, daß die Inféktion erst später hinzugetreten ist. Kurze Literaturangabe.

Renner (Breslau).

33) U. Wilcke. Beiträge zur Kenntnis metastatischer renaler und perirenaler Abszesse.

Inaug.-Diss, Rostock, 1907.

Mitteilung von 10 Fällen renaler und perirenaler Abszesse, die in der Rostocker chirurg. Klinik zur Beobachtung kamen. In 9 Fällen ergaben sich hinsichtlich der Ätiologie sichere Anhaltspunkte. In 5 Fällen sind Furunkel, in einem ein großer Karbunkel als Ursache des Prozesses zwanglos anzusehen. Eine Kranke hatte vorher an einem Panaritium des Daumens gelitten, eine andere hatte sich kleine eine Stiefeldruckwunde an der Hacke zugezogen, die zunächst eine Vereiterung der Lymphdrüsen zur Folge hatte, während erst später die Symptome der Para-



nephritis in die Erscheinung traten. In einem weiteren Falle entwickelte sich die Erkrankung im unmittelbaren Anschluß an eine körperliche Anstrengung. Der Zwischenraum zwischen dem Auftreten der Affektion, die die Ursache der Erkrankung bildete, und den ersten Anzeichen des metastatischen Prozesses war ein verschiedener, im allgemeinen schwankend zwischen 3 und 7 Wochen. In einem Falle fand sich ein besonders für die Entzündung des retroperitonealen Fettgewebes wichtiges Symptom, nämlich eine Flexionsstellung des Oberschenkels. Die Urinuntersuchung ergab keine für die Diagnose verwertbaren Anhaltspunkte. Nur in 2 Fällen fanden sich bei der Operation intrarenale Abszesse; in den übrigen Fällen konnten sichere Anhaltspunkte für einen renalen Ursprung der Abszesse nicht nachgewiesen werden, trotzdem dieselben bei der operativen Freilegung zum Teil erst einen geringen Umfang erreicht hatten und unmittelbar der Nierenoberfläche angrenzten. In 6 Fällen wurde Staphylokokkus pyogenes aureus gefunden. Schließlich führt Verf. noch 2 Fälle an, aus denen mit größter Wahrscheinlichkeit hervorgeht, daß kleine metastatische Herde der Niere, selbst eitriger Natur, zur spontanen Ausheilung kommen können. **Paul Wagner** (Leipzig).

34) **Burgos.** Gros calcul du rein enlévé par nephrolithotomie.

(Annales des malad. des org. gén.-urin. 1907. Nr. 22.)

Bei der 57jährigen Frau wurde mittels Nephrolithotomie ein 155 g schweres Konkerment entfernt, das 12 cm lang war und dessen größter Umfang $13^1/_2$ cm betrug. $4^1/_2$ Stunden nach der Operation starb die Kranke ganz plötzlich an Synkope, wohl veranlaßt durch einen sehr großen Kropf.

Paul Wagner (Leipzig).

35) **Cassanello.** Contributo alla genesi della diagnosi clinica ed alla terapia chirurgica della degenerazione policistica dei reni.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. — Morgagni 1907. Nr. 49.)

Bei einer Frau mit doppelseitiger Cystenniere wurden durch beiderseitige Nephropexie die Symptome der beweglichen Niere (Symptome von seiten der Verdauungsorgane) beseitigt, während die eigentlichen Erscheinungen der Cystenniere (Nierenkoliken, Fieber, Hämaturie) bestehen blieben. In einem Falle von beweglicher, einseitiger Cystenniere wurden die Schmerzen durch Nephropexie gebessert. C. glaubt, daß derselbe Prozeß die angeborene Cystenniere und die der Erwachsenen hervorruft. Die Diagnose wird namentlich bei beweglichen Nieren durch die Tastung im Verein mit den Symptomen (Koliken) ermöglicht. Während die Operation im allgemeinen sich auf die Nephropexie oder event. die Nephrotomie und Eröffnung großer Cysten beschränken soll, kann durch unerträgliche Schmerzen und schwere Blutungen auch die Nephrektomie begründet sein, wenn die zweite Niere gut funktioniert. **Dreyer** (Köln).

36) **Parlavecchio.** Un caso di rene policistico unilaterale operato con successo colla nefrectomia.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. — Morgagni 1907. Nr. 49.)

Seit 2 Jahren andauernde Schmerzen und Erbrechen führten bei fühlbarer beweglicher, gebuckelter Niere und verbreitertem, erhabenem Harnleiterwulst derselben Seite, während auf der anderen Seite der Harnleiter und der durch Harnleiterkatheterismus erhaltene Urin sich normal verhielten, zur Diagnose einer Cystenniere. Der Gesamturin war reichlich und von niedrigem spezifischen Gewicht, der der kranken Seite sehr gering und mit roten Blutkörperchen durchsetzt. Die Exstirpation der kranken Niere ergab Retentionscysten in dem interstitiell entzündeten Organ. Später traten auch auf der anderen Seite Schmerzen auf.

Dreyer (Köln).

37) **Ceci.** Contributo clinico sulle cisti soprarenali.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. 27—30. Oktober 1907.)

(Morgagni 1907. Nr. 49.)

Verf. hat zwei suprarenale Cysten operiert. Im ersten Falle war bei einer 32jährigen Frau ein rechtsseitiges, abgesacktes, peritonitisches Exsudat vor der

Operation angenommen. Bei dem Eingriffe fand sich eine retroperitoneal gelegene, die Niere nach vorn drängende Cyste, die mit Erfolg exstirpiert wurde. Im zweiten Falle war bei einer 45 Jahre alten Frau die linke Bauchseite von einer pulsierenden, fluktuierenden Geschwulst ausgefüllt, der rechts vom Nabel eine ovale Geschwulst vorgelagert war. Letztere wurde als linke Niere erkannt und dadurch die Diagnose einer suprarenalen Cyste gestellt. Die an Basedow'scher Krankheit leidende Pat. starb einen Tag nach dem Eingriff. In beiden Fällen fanden sich auf der operierten Seite keine Nebennieren, aber Reste von Nebennierengewebe in der Wand der Cysten. **Dreyer** (Köln).

38) **Alessandri.** Contributo alla chirurgia renale.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. 27.—30. Oktober 1907.)
(Morgagni 1907. II. Nr. 49.)

Aus 67 Nierenfällen zieht Verf. folgende Schlüsse: Für das Vorhandensein beider Nieren und die Diagnose Nierenstein gibt die Röntgendurchleuchtung wichtige Auskünfte. Den Separatoren ist der Harnleiterkatheterismus mit dem Nitze-Leiter'schen oder Albarran'schen Instrument, im allgemeinen an beiden Harnleitern ausgeführt, vorzuziehen. Bei Niereneiterungen oder Tuberkulose soll man sich auf die Sondierung der kranken Seite beschränken. Der Methylenblauprobe und der Phloridzinprobe mißt Verf. weniger Wert bei als der Harnstoffbestimmung sowie der Kryoskopie des Harns und Blutes. Schließlich berichtet er über einen interessanten Fall von Anurie bei chronischer Nephritis in der Schwangerschaft, die 18 Tage bereits gedauert hatte, als sie durch Nephrektomie für einen Monat beseitigt wurde. Dann trat Verschlimmerung und Tod ein.

Dreyer (Köln).

39) **M. Trappe.** Zur Kenntnis der renalen Adenosarkome (Nephroma embryonale malignum).

(Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. 1907. I. 1.)

Genaue histologische Beschreibung von drei Nierengeschwülsten, »bei denen es sich um unbegrenzt wuchernde Epithel- und Bindegewebsneubildungen handelte, und die deshalb als Adenosarkome zu bezeichnen sind«. Betrachtet man diese Geschwülste in ihrer Beziehung zur sich entwickelnden Niere, so sind sie exzessiv wuchernde bösartige embryonale Nieren, wenn man so will, bösartige Nephrome.

Paul Wagner (Leipzig).

40) **W. L. Bogoljubow.** Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Hypernephrome.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Klinisch-diagnostische Charakteristika vermag auch B. nicht anzugeben. Er macht auf die große Häufigkeit der Knochenmetastasen aufmerksam, die wiederholt als primäre Geschwülste aufgefaßt wurden und z. B. zur Exstirpation eines Schulterblattes, eines Schlüsselbeins, zur Kniegelenksresektion geführt haben. Sie treten nach B.'s Meinung früh auf. Andererseits ist eine Reihe von Fällen bekannt geworden, bei denen erst lange (7, ja 10 Jahre) nach Exstirpation der kranken Niere Metastasen sich bemerkbar gemacht und zum Tode geführt haben.

B. berichtet klinisch und histologisch über 2 Fälle. Ein Pat. starb 4 Monate nach der Operation an zahlreichen örtlichen und entfernten Metastasen, der andere nach 3 Monaten (auch an Metastasen?). **V. E. Mertens** (Kiel).

41) **Edington and Findlay.** Cystic tumours of the abdomen: a series of specimens.

(Glasgow med. journ. 1907. Oktober.)

Unter den vier demonstrierten Präparaten betraf eins eine eigentümlich zusammengesetzte Eierstocksgeschwulst; sie bestand aus einer Kombination eines Cystadenoms mit zwei Dermoidcysten, von denen die eine rote, die andere schwarze Haare enthielt; daneben fand sich ein interstitielles Myom des Uterus.

W. v. Brunn (Rostock).

42) **Hirschberg.** Akute Orchitis durch Pyocyaneusinfektion.
(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Der Fall betrifft eine idiopathische Orchitis. Bei der Inzision des Abszesses erwies sich die Höhlung der Tunica vaginalis angefüllt mit gelbgrün gefärbten fast weichen, fibrinösen Massen, aus denen sich einige Tropfen ebenfalls leicht grün gefärbten Eiters mit fadem Geruch entleerten. Es ließ sich Pyocyaneus in Reinkultur nachweisen. **Borchard** (Posen).

43) **Anzilotti.** Contributo alla patologia del testicolo.
(XX. Congr. della soc. ital di chir. 27.—30. Oktober 1907.)
(Morgagni 1907. Nr. 47.)

Bei einem Prostatiker findet sich außer einer auf verschiedenen Bakterien, darunter auch mäßig virulenten Pyocyaneusbazillen, beruhenden Cystitis eine Orchiepididymitis suppurativa necroticans mit Reinkultur sehr virulenter Pyocyaneusbazillen. **Dreyer** (Köln)

44) **Y. Saito.** Ein Fall von durch Paratyphusbacillus B hervorgerufener Orchitis purulenta.
(Nippan-Eiseigakkwai-Zasshi Bd. III. Hft. 2 u. 3.)

Verf. hat bei einem Pat., der anamnestisch an einer leichten, typhusähnlichen Fieberkrankheit und dann, nachdem diese sich größtenteils gelegt hatte, durch ein Trauma beim Reiten an Orchitis purulenta erkrankte, ein colibacillusartiges Stäbchen isoliert. Die Bazillen waren im Eiter der Orchitis fast in Reinkultur vorhanden. Sie sind nach der Beschaffenheit der Kultur und dem Agglutinationsverfahren Paratyphus B. Auch agglutinierte das Serum des Kranken bei höherer Verdünnung von 5000fach Paratyphus B deutlich in 2 Stunden. Verf. fügt hinzu, daß die voraufgegangene Fieberkrankheit Paratyphus sein mußte und die Eiterung der Orchitis durch dieselben Erreger hervorgerufen wurde.
Oshida (Tokio).

45) **E. Gross** (Prag). Multiple gutartige Geschwülste der Vulva (Adenoma hidradenoides).
(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Seit Pick auf die im Bereiche der Scham auch bei Frauen nicht seltenen Schweißdrüsenadenome aufmerksam gemacht hat, die er in Anlehnung an französische Autoren als Adenoma hidradenoides bezeichnet, mehren sich einschlägige Beobachtungen. Der vorliegende Aufsatz aus der Prager Klinik v. Franqué's bringt eine Beobachtung von vier erbsengroßen einschlägigen Geschwülsten an den großen Labien einer 43jährigen Frau. Die mikroskopische Untersuchung der operativ entfernten Gebilde konnte die Gutartigkeit der Affektion, den bekannten lobulären Bau und die gleichmäßigen Epithelschläuche nachweisen. In den einzelnen Drüsenläppchen zeigten sich stellenweise homogene oder konzentrisch geschichtete Sekretschollen, in deren Außenschichten sich Kalk abgelagert hatte. Die mikroskopischen, ausgezeichneten Illustrationen lassen an der tubulären Adenomstruktur des ganzen keinen Zweifel. Verf. referiert kurz und übersichtlich unsere Kenntnisse über den fraglichen Gegenstand. **Kroemer** (Berlin).

46) **Schütze** (Königsberg). Eine seltene Beobachtung der Kombination von Karzinom, diffusem Adenom und Tuberkulose, nebst Bildung von Psammomkörpern im Uterus einer 40jährigen Nullipara.
(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Die Kombination von Tuberkulose und Karzinom ist zwar in letzter Zeit öfter geschildert worden. Am Uterus findet sie sich immerhin recht selten. S. bringt zu den zehn bisher bekannten Fällen einen besonders instruktiven neuen hinzu. Der betreffende Uterus wurde bei einer 40jährigen Nullipara wegen unstillbarer Blutungen entfernt. Bei der Untersuchung erwies sich die Cervix als von einem ziemlich weit vorgeschrittenen Adenokarzinom eingenommen. Das Corpus uteri

war diffus verdickt und von einem typischen Adenoma diffusum durchsetzt. Drüsenstränge, umgeben von cytogenem Gewebe, durchziehen das hyperplasierte Myometrium bis unter die Serosa. Im Bereiche des Korpus, in dem Endometrium, ebenso wie in den Adenompartien und im Myometrium fand S. eine ausgebreitete Tuberkelentwicklung mit typischen Langhanszellen. Die Epithelwucherungen in den an Tuberkel grenzenden Drüsen war ausgesprochen vorhanden. In den äußeren Muskelschichten, nahe den tuberkulösen Herden, hatten sich frische Psammomkörner gebildet. Der Tuberkelbazillennachweis mißlang. Leider erfahren wir nichts über den klinischen Verlauf. **Kroemer** (Berlin).

47) **Tillmann.** Die Endresultate von 288 Fixationen der Ligamenta rotunda (Alexander-Adams'sche Operation).

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 318.)

Nach dem Berichte des Verf.s hat sich die Alexander-Adams'sche Operation zur Korrektur von Lageanomalien des Uterus und zur Beseitigung der mannigfachen hieraus resultierenden Beschwerden, besonders der Erwerbsbeschränkung, vorzüglich bewährt. Bei ausgebildetem Descensus uteri et vaginae wurde mit der genannten Operation in 54 Fällen die Kolpoperineoplastik verbunden.

Eine Nachuntersuchung von 130 Pat. ergab nur 3% Rezidive der Uterusdeviation und in den allermeisten Fällen auch volle Erwerbsfähigkeit und Fehlen jeglicher Beschwerden. Von 99 für Gravidität in Betracht kommenden Frauen hatten 26 zum Teil mehrmals spontan geboren und 13 konzipiert, selbst nach längerer Sterilität. 2 Todesfälle waren nicht mit Bestimmtheit der Operation zur Last zu legen. Mit nur einer Ausnahme kam es nie zu postoperativen Hernien.

Verf. erblickt daher in der Alexander-Adams'schen Operation eine ideale Methode zur Beseitigung der pathologischen Rückwärtsverlagerung des nicht oder nur wenig verlagerten Uterus, die mit Rücksicht auf ihre Ungefährlichkeit auch bei älteren Personen ausgeführt werden kann.

Eine Gegenindikation ist in floriden Adnexerkrankungen und ausgedehnten Verwachsungen gegeben, in welchen Fällen abdominale Operationen vorzuziehen sind. **Reich** (Tübingen).

Der IV. Kongreß

der

der deutschen Röntgen-Gesellschaft

wird unter dem Vorsitz von H. Gocht-Halle a. S.

am Sonntag, den 26. April 1908,

im Langenbeckhaus in Berlin stattfinden.

Allgemeines Thema: Der Wert der Röntgenuntersuchungen für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose.

(Referenten: Rieder-München und Krause-Jena.)

Mit dem Kongreß wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein.

Anmeldungen für Vorträge, Demonstrationen usw. sind an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Lützowstraße 72, Berlin W. 35, zu richten. ***Dr. H. Gocht.***

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



// Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 7. Sonnabend, den 15. Februar 1908.

Inhalt.

I.

Der McBurney'sche Punkt.

Von

Prof. **Lanz** in Amsterdam.

Während eines Aufenthaltes in Neapel 1893 frappierte mich bei der bekannten Bronzestatue eines schlafenden Fauns im dortigen Nationalmuseum eine die beiden Spinae anteriores supp. verbindende Hautfalte dermaßen, daß ich beschloß, dieselbe — nach Analogie des Kocher'schen Kragenschnittes am Halse — in Zukunft für diejenigen Fälle seitlicher Laparotomie zu verwenden, wo kosmetische Rücksichten in Frage kommen könnten.

Diese Indikation tat sich nun zuerst und am häufigsten bei der Appendektomie vor, und ich habe den in die bispinale Querfalte gelegten Hautschnitt (— mit darauffolgender stumpfer Dissoziation der

Muskulatur nach dem muskelschonenden Prinzip McBurney's, das eine Art Irisblende schafft —) später als **Gürtelschnitt** bezeichnet[1] und mit der Abbildung einer Marmorstatue der Aphrodite im Konservatorenpalast zu Rom illustriert, die besonders treffend beweist, wie genau bekannt den Bildhauern der Antike die Haut war als das damals natürlichste Körperkleid des Menschen (cf. Fig. 1).

Dabei fiel mir in der Folge auf, daß ich mit dem in diese Interspinalfalte gelegten Hautschnitt viel unmittelbarer den Wurmfortsatz traf als mit dem damals gewöhnlich geübten Schrägschnitt; und diese Beobachtung gab mir den Anlaß, der Lokalisation des Wurmfortsatzes speziellere Aufmerksamkeit zu widmen.

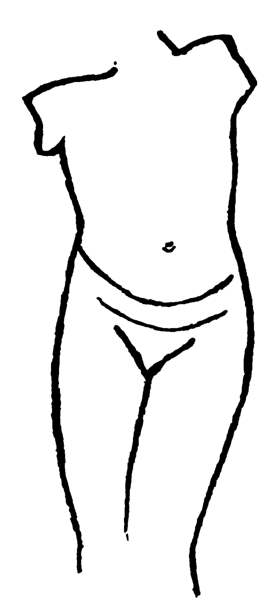


Fig. 1. Marmorstatue der Aphrodite im Konservatorenpalast zu Rom. (Folia Helbingiana I, Nr. 4.)

In dieser Absicht und mit dem Nebenzweck, mich in der Palpation der Appendix zu üben, zeichnete ich in den Jahren 1897 bis 1899 jeden Wurmfortsatz, den ich zu fühlen glaubte, mit Goldchloridlösung möglichst exakt auf die Bauchdecke und überzeugte mich dann bei der Operation von der Richtigkeit resp. wiederholt von der Falschheit des Palpationsbefundes. Dabei lernte ich, daß die Abgangsstelle des Processus vermiformis in der Regel in der Bispinallinie liegt, und zwar im rechtsseitigen Drittelpunkte, d. h. zwischen mittlerem und rechtsseitigem Drittel derselben.

1902 bat ich meinen Assistenten Dr. Slingenberg, diesen Befund auch an der Leiche zu prüfen, und zwar mittels Injektion einer Farbstofflösung mit Spritze, oder mittels Einführung von Nadeln ins Peritoneum durch einen Trokar hindurch. Diese Untersuchungen bestätigten vollauf die seinerzeit am Lebenden gemachten Beobachtungen.

Nun las ich neulich im »International text-book of surgery« in dem von McBurney bearbeiteten Kapitel über die Chirurgie des Wurmfortsatzes, daß die Basis desselben »lies in the right iliac fossa, behind a point 2 inches from the anterior superior spine of the ileum, and on a line from this spinous process to the umbilicus«, d. h. dem bekannten McBurney'schen Punkt entspreche; und Holmes sagt in seiner jüngst erschienenen Bearbeitung der Appendicitis: »in every instance the incision passes through the skin directly over the so-called McBurney's point.«

Diese Angabe, die so gar nicht mit meinen früheren Erhebungen stimmt, veranlaßte mich, nochmals auf dieselben zurückzukommen,

[1] Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1904. I. 12.

und ich bat meinen Assistenten Dr. Schröder, in noch exakterer Weise den McBurney'schen Punkt und meinen Punkt zu präzisieren resp. deren Beziehungen zu der Abgangsstelle des Wurmfortsatzes zu fixieren.

Dies geschah in der Weise, daß die beiden Spinae ant. sup. durch eine Linie verbunden wurden, welche mit einem Meßband in drei gleiche Teile eingeteilt wurde. An deren rechtsseitigem Drittelpunkte wurde eine lange Nadel genau lotrecht eingesteckt und mittels leichterer Hammerschläge im Becken fixiert. Dann wurde der McBurney'sche Punkt bestimmt und ebenfalls mit einer eingetriebenen langen Nadel markiert. Nach Abklemmung dieser beiden eingesteckten Nadeln im Niveau der Haut wurde dieselbe zurückgeklappt und die Beziehungen der Eingeweide zu den Nadeln in situ gezeichnet und gemessen.

Es ergaben sich in 20 sukzessive untersuchten, zur Sektion kommenden Fällen die folgenden Verhältnisse:

Nr.		McB.	L.
1	17jähriges Mädchen, † an Darmtuberkulose	Trifft das Colon ascendens 1 cm über der Einmündung d. Ileum	Entspricht ganz genau d. Höhe der Appendixmündung, liegt aber $1^1/_2$ cm medial von derselben und trifft den Ureter an der Stelle, wo dieser die Linea innominata passiert.
2	35jährige Frau, † an Myokarditis	Trifft das Colon ascendens oberhalb der Ileumeinmündung	Basis der Appendix $^1/_2$ cm über der Spinalinie u. $1^1/_2$ cm lateral von Punkt L.
3	53jährige Mann, † an Carcinoma ventriculi	Trifft die Innenseite d. Colon ascendens 2 cm über der Ileumeinmündung	Einmündung der Appendix genau in der Bispinallinie, 2 cm lateral von Punkt L.
4	17jähriger Jüngling, † an Peritonitis tuberculosa (sehr stark gefüllte Blase)	Trifft den Außenrand d. Kolon, resp. dessen Winkel m. d. Ileumeinmündung	Appendixmündung $1^1/_2$ cm oberhalb der Bispinallinie u. $^1/_2$ cm lateral von Punkt L.
5	58jähriger Mann, † an chron. Nephritis	Fällt $^1/_2$ cm nach außen vom Rande d. Colon ascendens oberhalb der Ileummündung	Appendixmündung liegt 1 cm oberhalb der Bispinallinie und $^1/_2$ cm lateral von Punkt L.
6	59jährige Frau, † an chron. Nephritis	Entspricht d. Winkel zwischen Kolon und Ileummündung	Appendixmündung 1 cm über d. Bispinallinie, 1 cm lateral von Punkt L.
7	45jähriger Mann	Trifft das Kolon oberhalb der Ileummündung	Appendixmündung $1^1/_2$ cm unterhalb der Bispinallinie, direkt unter Punkt L.
8	42jährige Frau, † an Pneumonie (sehr starker Meteorismus)	Trifft das Coecum entsprechend d. oberen Rande des Ileum	Appendixmündung liegt zwischen McB und L, oberhalb der Bispinallinie, direkt über Punkt L.
9	72jähriger Mann, † an chronischer Nephritis (starker Ascites)	Fällt direkt unterhalb der Ileummündung	Appendixmündung entspricht d. Punkt McB.
10	Alte Frau mit starker Adipositas, Nephrolithiasis	Trifft das Colon ascendens weit oberhalb der Ileummündung	Appendixmündung liegt genau in der Bispinallinie, schwach 1 cm lateral von Punkt L.

Nr.		Mc B.	L.
11	19jähriges Mädchen, † an Peritonitis tuberculosa	Trifft das Colon ascendens mehrere Zentimeter oberhalb der Ileummündung, 1 cm lateral von derselben	Appendixmündung liegt 1 cm unterhalb der Bispinallinie, direkt unter Punkt L.
12	27jähriger Mann, † an Lues cerebri	Trifft das Colon ascendens	Appendixmündung liegt in der Bispinallinie, genau im Punkt L.
13	79jähr. Mann, Prostatahypertrophie, † an Pneumonie	Trifft das Colon ascendens 1 cm lateral von d. Ileumeinmündung	Appendixeinmündung genau im Punkt L.
14	16jähriger Mann, † an Appendicitis perforativa	Entspricht dem Colon ascendens oberhalb d. Ileumeinmündung	Appendixeinmündung $1/2$ cm lateral u. 2 cm unterhalb Punkt L.
15	45jähriger Mann, † an Nephritis chron.	dito	Appendixeinmündung direkt unterhalb Punkt L.
16	53jährige Frau, † an Tuberculosis pulmon.	dito	dito
17	23jähriger Mann, † an Tuberculosis intestin. (sehr starke Verwachsungen sämtl. Bauchorgane)	Trifft das Colon ascendens sehr hoch oben	Trifft das Colon ascendens oberhalb der Ileumeinmündung
18	Alter Mann, † an Carcinoma oesophagi	Fällt medial v. Innenrande d. Colon ascendens	Appendixeinmündung $1/2$ cm unterhalb d. Bispinallinie, $1^1/_2$ cm lateral von Punkt L.
19	Mann, † an Nephritis chron. (sehr starker Ascites)	Fällt in den Winkel zwischen Ileummündung und Coecum	Appendixeinmündung 1 cm unterhalb Punkt Mc B.
20	26jähriger Mann, † an Tuberculosis pulmon.	Trifft das Colon ascendens oberhalb der Ileummündung	Appendixeinmündung $1^1/_2$ cm über d. Interspinallinie, $1/2$ cm lateral von Punkt L.

Die von mir vor 10 Jahren in der Schweiz nach Beobachtungen am Lebenden gezeichnete schematische Fig. 2 entspricht also genau

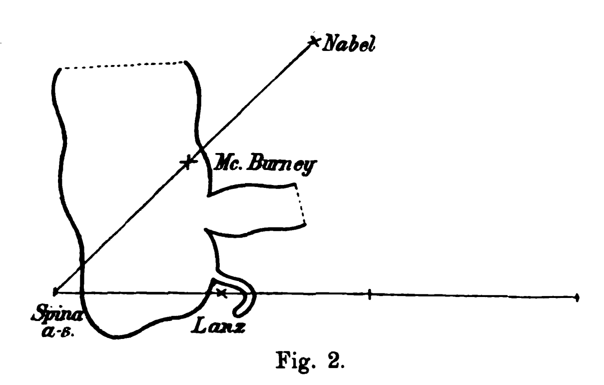


Fig. 2.

den von meinen Assistenten hier an der Leiche gemachten Erhebungen, und ich ziehe aus denselben folgende Schlüsse:

1) Die Lage der Appendix — soweit deren Einmündungsstelle in Betracht fällt — ist eine viel konstantere als zurzeit allgemein angenommen wird.

2) Der McBurney'sche Punkt hat mit der Lage des Wurmfortsatzes nichts zu tun.

3) Vielmehr entspricht der McBurney'sche Punkt der medialen Seite des Colon ascendens und trifft dasselbe meist an einer 4—5 cm oberhalb der Basis der Appendix gelegenen Stelle.

Seltener entspricht der McBurney'sche Punkt dem Winkel zwischen Einmündungsstelle des Ileum und Colon ascendens, und nur in pathologischen Fällen (z. B. bei stärkerem Ascites wie in Nr. 9 und 19) liegt die Basis der Appendix im Bezirke des McBurneyschen Punktes.

4) In der Regel findet sich die Abgangsstelle des Wurmfortsatzes im Rayon (d. h. innerhalb des Bereiches der palpierenden Fingerkuppe) des rechtsseitigen Drittelpunktes der Interspinallinie. Bei intraperitonealer Injektion einer Farbstofflösung an diesem Punkte wurde meist die Basis der Appendix oder diese selbst gefärbt, während beim Einstecken von Nadeln die Einmündung der Appendix etwas lateral von diesem Punkte zu finden war. Dem rechtsseitigen Drittelpunkte der Interspinallinie kommt also für die Lokalisation des Wurmfortsatzes mehr Bedeutung zu als dem McBurney'schen Punkte.

Diese Lokalisation kommt der von Sonnenburg gemachten Angabe, daß die Abgangsstelle der Appendix dem Kreuzungspunkte der »Spinalinie« mit dem äußeren Rectusrand entspreche, näher, als derjenigen Sprengel's, der sie am häufigsten in der Spina-Nabellinie, seltener in der Spinalinie fand.

Warum dagegen der McBurney'sche Punkt als Schmerzpunkt eine erhöhte Bedeutung hat, ist zur Stunde noch kontrovers. Diese wäre selbst dann nicht zu erklären, wenn wirklich der McBurney'sche Punkt der Basis der Appendix entsprechen würde; denn am häufigsten ist die Spitze des Wurms erkrankt.

Gewöhnlich werden daselbst gelegene Sympathicusganglien für diese lokale Schmerzhaftigkeit verantwortlich gemacht.

Geschwollene Lymphdrüsen, die von anderer Seite zur Erklärung herbeigezogen werden, sind in der Regel nicht an dieser Stelle zu finden, sondern liegen unterhalb, der Clado'schen Drüsengruppe entsprechend, während die Lennander'sche Annahme einer Lymphangitis eher zutreffen könnte.

Nicht unmöglich wäre es, daß durch Druck auf den McBurneyschen Punkt erhöhte Gasspannung im Apex coeci zustande kommt, oder daß Zerren an bestehenden Adhäsionen eine Rolle spielt, da der McBurney'sche Punkt jeweilen noch das Colon ascendens trifft.

Jedenfalls aber kann man mit der pathognomonischen Wertung des McBurney'schen Punktes nicht vorsichtig genug sein. Um mir Klarheit zu verschaffen, inwiefern derselbe überhaupt als diagnostisches

Kennzeichen zu verwerten sei, bat ich meinen Assistenten, Dr. van Capellen, eine größere Anzahl Appendektomierter auf ihren »McBurney« hin zu untersuchen, und es stellte sich bei der Nachuntersuchung von 119 Fällen einige Monate nach der Operation heraus, daß bei 93 derselben die Appendektomie die Druckempfindlichkeit des McBurney'schen Punktes beseitigt, bei 26 dagegen nicht zum Verschwinden gebracht hatte.

Aber nicht nur in der diagnostischen Deutung des McBurney-Druckschmerzes kann man nicht vorsichtig genug sein, sondern man muß sich namentlich auch davor hüten, denselben »experimentell« hervorzurufen. Wie behutsam man bei der Palpation des Wurmfortsatzes überhaupt zu Werke gehen muß, lehrt Fig. 3, einen Mann be-

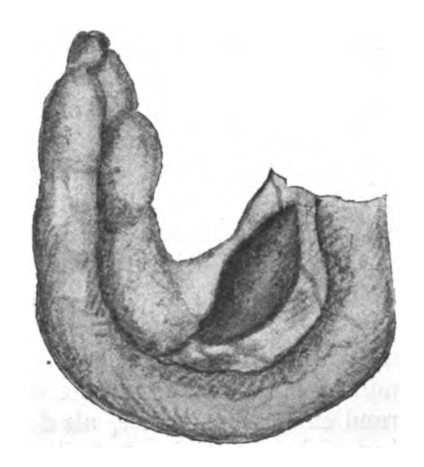


Fig. 3. M. B., 32 Jahre alt, Operation 30. April 1904. Seit 2 Jahren Bauchschmerzen unbestimmter Natur. Anamnese weist eher auf Gallenblase hin. Objektiv dagegen ist außer konstantem Vorhandensein von typischem McBurney nichts nachzuweisen. Probelaparotomie zuerst auf Appendicitis ergibt chronische Erkrankung desselben mit starker Sklerose, organisiertes Blutkoagulum im Mesenteriolum. Gallenblase normal.

treffend, bei dem die vom Hausarzte gestellte Diagnose auf »chronische Appendicitis« so unsicher war, daß wiederholte Untersuchungen nötig waren. Die Abbildung, welche ein »palpatorisches Hämatom« im Mesenteriolum zeigt, macht einen weiteren Kommentar überflüssig; sie predigt laut genug Vorsicht:

einmal, um nicht bei bestehender Entzündung des Wurmfortsatzes zu schaden;

andererseits: bei nicht bestehender Appendicitis eine solche durch die Palpation künstlich zu schaffen.

II.

Aus der chirurg. Klinik der kgl. ungar. Franz Josef-Universität in Klausenburg. Direktor: Prof. Dr. L. Makara.

Über Urinbefunde nach Lumbalanästhesie mit Stovain (Billon).

Von

Dr. B. Csermák,
Operationszögling.

In Nr. 13 und 23 dieses Zentralblattes (1907) berichtet Schwarz über seine Urinbefunde nach Lumbalanästhesie mit Stovain-Riedel und er fand in 78,33% seiner Fälle nach der Lumbalanästhesie eine Nierenaffektion. In Nr. 3 dieses Zentralblattes (1908) veröffentlicht Hosemann seine Erfahrungen über 60 Fälle von Stovainisierung (Billon), bei welchen er nach der Lumbalanästhesie eine systematische Urinuntersuchung vorgenommen hatte; er fand in keinem Falle nach der Rückenmarksanästhesie eine schwere Nephritis entstehen.

Nach der Veröffentlichung der Schwarz'schen Arbeit nahm ich auf Anregung meines Chefs in 60 Fällen, bei welchen wir die Lumbalanästhesie mit Stovain-Billon ausführten, ebenfalls systematische Urinuntersuchungen vor.

Untersucht wurden nur solche Fälle, welche vor der Operation eine vollkommene Nierenfunktion zeigten, bei welchen im Urin keine fremden Bestandteile gefunden wurden, bei welchen die Anästhesie vollkommen war, bei welchen wir nicht zur allgemeinen Narkose greifen mußten.

Wir verwendeten zur Anästhesie 0,05—0,06 g Stovain-Billon stets nur bei Eingriffen unterhalb des Nabels.

Wir verfügen bereits über mehr als 300 Lumbalanästhesien; über unsere Erfahrungen bei den ersten 150 Fällen berichtete bereits Prof. Makara (Ref. Ztbl. f. Chir. 1907 Nr. 44). Wir haben keinen Todesfall zu verzeichnen, wir sahen keinen ernsteren Kollaps, wir hatten in keinem Falle die von mehreren Seiten beschriebenen Abducenslähmungen oder anderweitige dauernde Nervenstörungen beobachtet. Die Wohltat der Lumbalanästhesie empfanden wir besonders bei alten Leuten, so z. B. bei Prostatektomien, wo wir dadurch den sonst gefürchteten Kollaps stets vermeiden konnten.

Zur Eiweißprobe gebrauchten wir die Salpetersäureschichtungs- und die sehr empfindliche Sulfosalizylsäureprobe. Die systematische Urinuntersuchung wurde 5—6 Stunden nach der Lumbalanästhesie begonnen und 10—14 Tage durchgeführt.

Vollkommen normal blieb der Harnbefund unter unseren 60 Fällen nach der Lumbalanästhesie in 39 Fällen, d. i. in 65%; es trat Eiweiß auf in 12 Fällen, d. i. in 20%; Eiweiß und spärliche weiße Blutkörperchen in 6 Fällen, d. i. in 10%; Eiweiß und granulierte Zylinder in 2 Fällen, d. i. in 3,3%; Eiweiß, granulierte Zylinder und weiße Blutkörperchen in 1 Falle, d. i. in 1,7%.

Es soll hervorgehoben werden, daß diese erwähnten pathologischen Bestandteile in 20 Fällen bereits am Operationstage 5—6 Stunden nach der Lumbalanästhesie zu finden waren, nur in 1 Falle trat dieselbe am 3. Tage auf.

Die Albuminurie und die anderen fremden Bestandteile waren nachzuweisen:

3 Tage	in	6 Fällen,
4 »	»	6 »
5 »	»	4 »
6 »	»	3 »
7 »	»	2 »
im ganzen	in	21 Fällen.

Die Albuminurie war in 2 Fällen 1‰ nach Esbach, in 10 Fällen ½‰ und in 9 Fällen kleiner als ½‰ mit nicht meßbarem Bodensatz.

Es ist zu betonen, daß in all diesen Fällen, bei welchen ein pathologischer Harn gefunden wurde, der Heilungsverlauf ungestört war, in keinem Fall eine Eiterung oder Fieber beobachtet wurde, alle Fälle per pr. int. heilten.

Schwarz erwägt die Möglichkeit, daß die verschiedenen chemischen Präparate für die Albuminurie verantwortlich gemacht werden könnten. Er benutzte das Riedel'sche, Hosemann und wir das Billon'sche Fabrikat. Was die Ursache der pathologischen Harnbestandteile ist, dafür können wir eine positive Erklärung nicht geben; es muß weiter untersucht werden, ob die Lumbalpunktion selbst ohne Einspritzung eines Anästhetikums, ob auch andere Anästhetika dieselbe Veränderung des Harns bewirken, ob nicht auch nach der Lokalanästhesie eine vorübergehende Albuminurie beobachtet wird.

Wir pflichten Hosemann bei, wenn wir aus unseren Untersuchungen zum Schluß kommen, daß wir eine schwere Nephritis nach der Rückenmarksanästhesie, eine dauernde Schädigung des Gesamtorganismus in keinem Falle beobachteten.

27. Januar 1908.

---

1) **de Keating-Hart** (Marseille). La sidération électrique dans le traitement du cancer.

(Extr. de la revue de thérapeutique 1907. Nr. 20.)

K.-H. wiederholte und ergänzte in der vorliegenden Arbeit seine Mitteilungen über ein neues Heilverfahren maligner Neubildungen, die er schon 1906 auf dem internationalen Kongreß für Elektrologie und Radiographie gemacht hat.

Der Ausdruck Sidération, der eigentlich den nervösen Chok bezeichnet, der aus einer brüsken Änderung des elektrischen Potentials resultierte, umfaßt nicht die gesamte Wirkung der von K.-H. angewandten elektrischen Ströme oder Funken (Fulguration nach Pozzi). Es handelt sich um hochfrequente und hochgespannte Ströme von mehreren hunderttausend Volt Spannung bei 4—5 Ampère Stromstärke. Die erzeugten Funken, die zur Behandlung dienen, besitzen eine Länge von 5—10 cm.

Die Apparate, die zur Erzeugung dieser Ströme nötig sind, bestehen in einem Indikator von 40—50 cm Funkenlänge, der an eine Stadtleitung von 220 Volt angeschlossen ist, einem hochfrequenten Unterbrecher, einem Kondensator von größter Leistungsfähigkeit

(Petroleumkondensator) und einem Resonator nach Oudin (Solenoid), von dessen oberen Spiralwindung der Strom abgenommen und nach einer von K.-H. konstruierten Elektrode geführt wird; die Drähte sind getragen von einem hölzernen Träger, der den hölzernen Operationstisch überragt. Die Elektrode selbst besteht aus einem Hohlzylinder aus isolierendem Material (Kautschuk), in den eine gleich lange graduierte Metallsonde hineinpaßt als Stromträger. Das Ende des Hohlzylinders wird der zu behandelnden Stelle genähert, die Funken springen über, ihre Länge wird durch Herausziehen oder Einschieben der Metallsonde reguliert. Nebenbei wird der Hohlraum des Zylinders mit einem Luftgebläse oder einer Bombe von flüssiger Kohlensäure verbunden, so daß die Metallsonde von abgekühlter Luft ständig umgeben ist und so die Hitzewirkung ausgeschaltet werden kann. Der heiße Funke erzielte einen trockenen schmerzhaften Schorf, eine Verbrennung, der von K.-H. verwendete kalte Funke einen feuchten Schorf, wenn man überhaupt von Schorf sprechen kann. Die Funkenstrahlung hat eine destruierende, betäubende und eliminatorische, nicht toxische Wirkung auf das Gewebe. Besonders widerstandsunfähig sind gegen diese Wirkung die Zellen und Gewebe der zu behandelnden Neubildungen (Karzinome, Sarkome), so daß man von einer elektiven Wirkung sprechen kann. Außerdem ist eine hämostatische Wirkung und eine analgesierende, schmerzbetäubende Wirkung der Funkenstrahlung zu rühmen.

Die Anwendung geschieht nun in der Weise, daß bei gesunder Haut nach Freilegung der Neubildung, sonst direkt, zunächst die elektrische Behandlung der Neubildung vorgenommen wird; es wird dadurch eine Erweichung erzielt und Erleichterung der Blutstillung; sodann wird mit Messer oder scharfem Löffel alles makroskopisch krankhaft infiltrierte Gewebe entfernt; eine nochmalige Anwendung der Funkenstrahlung in der Wunde selbst und ihrer Umgebung, wobei in die Nischen der Wunde mit der Elektrode eingegangen wird, beschließt die Operation. Die elektrische Behandlung dauert je nach der Konsistenz des zu behandelnden Gewebes, der Ausdehnung der Wunde, wenige Minuten bis 1 Stunde und mehr.

Die Anwendung der Funkenstrahlung ist schmerzhaft, die allgemeine Narkose nicht zu umgehen. Irgendwelche schädliche Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden. Die neue Methode engt die operative Chirurgie nicht ein, sondern erweitert die Grenzen ihres Eingreifens, indem sie inoperable Fälle operabel macht.

K.-H. will nicht von definitiven Heilungen sprechen, da dazu die Beobachtungszeit zu kurz ist. Aber augenscheinliche, offenbare Heilungen, die viele Monate (10—16) Bestand hatten, hat er erzielt in Fällen, in denen wegen der Ausdehnung des Leidens chirurgische Eingriffe abgelehnt worden waren, besonders bei Rezidiven, und zwar in Kombination der Funkenstrahlung mit notorisch völlig ungenügenden chirurgischen Eingriffen.

Ferner hat er in desolaten Fällen zahlreiche sehr beachtenswerte Besserungen gesehen, die in der hämostatischen und analgesierenden und die Vernarbung und Schrumpfung fördernden Wirkung seiner Funkenstrahlung bestanden und mit Hebung des Allgemeinbefindens und Verlängerung des Lebens unter günstigeren Bedingungen, wie sonst in vorgeschrittenen, verzweifelten Fällen, einhergingen. Cancroide des Gesichts haben die schönsten Resultate ergeben. Auffällig ist für die neue Methode die rasche Benarbung auch ausgedehnter Flächen mit kosmetisch günstiger Wirkung (ohne Plastik). Die Resultate bei Schleimhautkarzinomen waren ebenfalls an Lippen und Wangen wenigstens befriedigend.

Die von K.-H. behandelten Fälle von Zungen-, Uterus- und Mastdarmkarzinom waren meist so vorgeschritten, daß nur eine Besserung, keine Heilung erzielt wurde; aber auch ein Fall von Mastdarmkarzinom, der histologisch sichergestellt ist, der im November 1906 mit Auslöffelung und Bestrahlung behandelt wurde, ist im Oktober 1907 noch geheilt und rezidivfrei.

Bei Brustkrebs sind von K.-H. sehr beachtenswerte Resultate erzielt worden in meist inoperablen oder sehr weit vorgeschrittenen Fällen. Intensive regressive Vorgänge, Benarbung ausgedehnter ulzerierender Flächen, Verschwinden von Hautmetastasen und von geschwollenen Achseldrüsen, Verschwinden des kachektischen Allgemeinzustandes sind von K.-H. beobachtet.

In drei Fällen von Lymphosarkom, die behandelt wurden, war das Leiden schon zu weit vorgeschritten und für einen Dauererfolg zu ausgedehnt. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

2) **R. Desplats** (Lille). Un nouveau traitement médico-chirurgical du cancer (méthode du Dr. de Keating-Hart).

(Extr. du Bull. de la soc. des sciences méd. de Lille 1907. November.)

D. berichtet über seine Erfahrungen und Beobachtungen, die er auf einer Studienreise nach Marseille über die neue Methode der elektro-chirurgischen Behandlung bösartiger Neubildungen nach Keating-Hart gemacht hat. D. hebt ebenfalls die destruierende Wirkung der Funkenstrahlen auf das kranke Gewebe hervor, zu der noch eine reaktionanregende Wirkung auf das gesunde Gewebe hinzukommt. Als Ausdruck dieser Reaktion faßt er die abundante Wundabsonderung nach elektro-chirurgischer Behandlung nach Keating-Hart auf; die Untersuchung dieser Absonderung hat das Vorhandensein großer Massen polynukleärer Lymphocyten ergeben, so daß es sich um eine richtige Lymphorrhöe zu handeln scheint, die für die Eliminierung durch die Funkenstrahlung nekrotisierter Geschwulstzellen von Bedeutung ist.

D. berichtet sodann über die von Keating-Hart operierten Fälle, von denen er eine große Zahl zu untersuchen und zu sehen Gelegenheit hatte. Unter anderen teilt er einen Fall von Karzinom der hinteren Zungenpartie mit, der die linke glosso-epiglottische Falte

ergriffen hatte und den linken Unterkiefer umgab. Die Operation des inoperabel erklärten Karzinoms erfolgte in dreistündiger Sitzung nach Keating-Hart durch den Chirurgen des Marseiller Hospitals Dr. Juge und hatte eine Heilung zur Folge, über deren Dauer allerdings noch nichts feststeht. Auch D. hebt besonders die starke Vernarbungstendenz der Wunden nach Einwirkung der Funkenstrahlen, wie auch die hämostatische und schmerzlindernde Wirkung derselben hervor.

D. gibt seiner Hoffnung Ausdruck, daß die Kombination des chirurgischen und elektrischen Eingriffes mit hochgespannten Strömen nach Keating-Hart der bisherigen Behandlung weitaus überlegene Resultate besonders in vorgeschritteneren Fällen, ergeben wird. Für ein abschließendes Urteil ist es noch zu früh, aber die bisher von Keating-Hart erzielten Erfolge hält er für ermunternd zur Nachprüfung seiner Methode. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

3) **Sommer.** Röntgenkalender 1908.

Leipzig, **Otto Nemnich,** 1908.

Der Kalender enthält eine Anzahl Beiträge von bekannten und bedeutenden Röntgenologen. In kurzen und prägnanten Artikeln ist hier alles Wissenswerte über die Beschaffenheit der Röhren, über die notwendigen Apparate des Röntgenzimmers, über die theoretischen Grundlagen und Methoden der Röntgenphotographie, endlich über die Wirkung der Röntgenstrahlen in therapeutischer Beziehung zusammengetragen, so daß das Büchlein nicht nur für den Anfänger, sondern auch für den erfahrenen Röntgenologen wertvoll sein dürfte.

Bedauernswert ist aber, daß der Verlag den Umschlag des Buches zu Reklamezwecken für das »Antidiabetikum« des bekannten Ludwig Bauer aus Kötzschenbroda benutzt. **Gaugele** (Zwickau).

---

4) **Gottschalk.** Plastische Röntgenogramme.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Da Béla Alexander eigentümlicherweise die Methode seiner plastischen Röntgenogramme noch immer nicht geoffenbart hat, versuchte G., ebenfalls der Methode nachzuspüren.

Die nun von ihm angegebene Methode hat, wie wir vorausschicken wollen, mit jenen Spielereien nichts gemein, welche plastische Röntgenbilder durch Verschiebung der Konturen erzeugen. Der Weg der Herstellung ist folgender:

Von dem Negativ wird ein Diapositiv hergestellt, beide werden exakt aufeinander gelegt, mit einer dritten Platte zusammengeklebt und der Belichtung unter Schiefhalten des Rahmens ausgesetzt. Diese Platte zeigt bereits ein plastisches Bild, ist aber noch ziemlich verschwommen. Sie bildet nur eine Zwischenstufe. Nunmehr werden Platte III und die Diapositivplatte in exakter Deckung zusammengeklebt, und auf diese eine vierte Platte. Die drei zusammengeklebten

Platten werden in ähnlicher Weise wie früher der Belichtung ausgesetzt, und man erhält so eine Platte, die neben voller Plastik der Knochen wundervolle Strukturenzeichnung und prachtvolle Differenzierung der Weichteile ergibt. Die beigefügten Bilder bestätigen diese Worte G.'s.

Die kurze Schlußbetrachtung der Arbeit wollen wir wörtlich anführen:

»Bei der gewöhnlichen Photographie tritt uns jedes Bild ohne weiteres plastisch entgegen. Weshalb fehlt diese Plastik den Röntgenogrammen, wo wir dieselben oder noch lichtempfindlichere Platten benutzen? Wenn es noch eines Beweises bedürfte, daß die Röntgenstrahlen mit dem Licht und dessen physikalischen Gesetzen auch nicht das geringste gemeinsam haben, so wäre mit den Röntgenogrammen ein weiterer Beweis gegeben. Die Röntgenogramme sind lediglich differenzierte Schattenbilder, ihnen fehlt das Licht, welches bei der gewöhnlichen Photographie gemeinsam mit dem Schatten die Plastik bewirkt, vollkommen. Wir müssen also nach einer Methode suchen, welche den Schattenbildern der Röntgenstrahlen nachträglich das fehlende Licht gibt. Dies erreichen wir durch die angegebene Methode der Plattenbelichtung; die körperliche Plastik erzielen wir durch die angegebene Plattenkombination.

Wir geheimnissen auf diese Weise nichts in das Originalnegativ hinein, sondern wir ziehen durch technische Hilfsmittel alles das ans Licht, was die Originalplatte uns im ›Schattenbilde‹ zeigt.«

Gaugele (Zwickau).

---

5) **Bogrow.** Über einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Haare zeigen nach mittlerer oder höherer Röntgenstrahlendosis im allgemeinen immer dieselben Veränderungen; sie besitzen keine Zwiebel und an ihrer Stelle endet das Haar mit niedrigem, dunkel pigmentiertem, spitzem oder abgerundetem Kegel.

Bei Bestrahlung mit schwächerer Dosis sind die Veränderungen an den Haaren verschieden, je nachdem sie mit oder ohne Epilation einhergehen. Im ersten Falle kann man am Ende des Haares eine progressive Abnahme seiner Dicke, Depigmentierung und Schwund der Medullarsubstanz konstatieren, so daß der Haarteil, außer Verminderung der Dicke, einen mehr embryonalen Charakter seiner Struktur zeigt, indem er dem Lanugohaar ähnlich wird. Die Länge der verdünnten Wurzel hängt von der Intensität der X-Strahlenwirkung ab, und je schwächer die letztere ist, desto länger ist das veränderte Haarende. Das Charakteristische dieser Veränderungen bildet das selbständig entstandene freie spitzige Haarende. Scheidehüllen besitzt der embryonal veränderte Haarteil nicht. Überhaupt erscheint hier die Papillenfunktion nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ gestört zu sein.

Die Haare, die der Bestrahlung widerstehen, zeigen entweder wie die vorher genannten einen starken atrophierten Bulbus und können wieder vollkommen wuchsfähig werden, oder aber sie brechen ab und wachsen wieder nach. Verf. untersuchte zu gleicher Zeit, ob die Röntgenstrahlen imstande sind, das Achorion Schoenleini zu töten und fand, daß vom Abtöten des Pilzes keine Rede sein könne, da das Mycel sich manchmal gerade aus der Spitze des verdünnten Haarendes entwickelte.

Gaugele (Zwickau).

---

6) **F. Winkler.** Die Verbindung der Röntgentherapie mit der Franklinisation in der Behandlung des Lupus vulgaris.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 5.)

Methode und Erfolge der Röntgenbehandlung beim Lupus sind noch immer sehr strittig. W. benutzt jetzt weiche Röhren, mit denen er die Lupusknötchen zur Nekrose bringt; dann behandelt er wenige Tage später elektrostatisch (10 Minuten Büschelentladung und 2 bis 3 Minuten kleine Funken), und zwar täglich. Der Verf. ist mit diesem kombinierten Verfahren sehr zufrieden.

Jadassohn (Bern).

---

7) **R. Abbe.** The specific action of radium as a unique force in therapeutics.

(New York med. record 1907. Oktober 12.)

A. wendet Radium häufig mit Erfolg an und hält es für ein Spezifikum bei echten Neubildungen. Einzelne Heilungen von Sarkomen und Karzinomen bestehen schon 3 Jahre. Die besten Resultate geben 1stündige Sitzungen von 10 mg Radium bei kleinen und 4stündige bei größeren Neubildungen. Blutleere der bestrahlten Teile befördert die Wirkung. Pigmentmale, melanotische Gewächse, Riesenzellensarkome werden besonders günstig beeinflußt. Das Mittel ist wertvoll bei Naevis und Angiomen, weil es obliterierende Endarteriitis hervorruft und Bildung von fibrösem Gewebe befördert.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **O. Sohr.** Zur Technik der Schädelplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 465.)

Im Gegensatz zu Kocher, der operative Defekte des knöchernen Schädeldaches für unschädlich und als Ventile zur Druckausgleichung sogar für nützlich hält, sieht Verf. im exakten knöchernen Verschluß ein erstrebenswertes Ziel. Die Verfahren, welche zu diesem Ende führen, und deren chronologische Reihenfolge festzustellen, ist Hauptzweck der Arbeit, aus der sich vor allem ergibt, daß die von v. Hacker 1903 publizierte Methode der Schädelplastik, welche wiederum Durante veranlaßte, sein ähnliches Verfahren bekannt zu geben, von Garrè schon seit 1895 angewandt wurde.

Nach einer Übersicht über die Heteroplastik und freie Autoplastik, welche teils im Erfolge zu unsicher, teils in der Technik zu kompliziert

erscheinen, kommt Verf. auf die Einpflanzung von lebenden Knochenstücken, welche mit lebendem Gewebe durch Brücken in Verbindung stehen, und bespricht die bekannten Methoden von Wagner, Müller, König und Wolff.

Der von Durante zur Schädelplastik benutzte Lappen besteht aus Haut und Periost mit daran hängenden Teilen der Tabula externa. Die zuerzt von Garrè geübte Methode beschränkt sich auf die Bildung eines an einer Periostbrücke hängenden, aus Periost und Tabula externa bestehenden Lappens, und hat, wie an sieben Krankengeschichten aus Garrè's Tätigkeit gezeigt wird, folgende Vorteile:

Sie gestattet

1) durch das Zurückpräparieren der Kopfschwarte und Freilegen des Periosts eine genaue Übersicht über das Operationsfeld;

2) eine scharfe Kontrolle des vordringenden Meißels bei der Ablösung der Knochenlamelle;

3) eine leicht ausführbare, exakte Anpassung des Deckungslappens an die Größe und Form des Defektes, event. an der Hand eines Modells.

4) Infolge der seitlichen Verschiebung des Periost-Knochenlappens ist die Gefahr einer Nekrose ausgeschlossen.

5) Das Verfahren erzielt einen festen, durchweg knöchernen Verschluß des Defektes.

6) Die Resultate sind in kosmetischer Hinsicht sehr befriedigende. Da meist nur wenig mehr als die alte Narbe eröffnet wird, ist die Methode namentlich zur Plastik an der Stirn sehr zu empfehlen.

Reich (Tübingen).

---

9) **Bourguet.** Chirurgie du labyrinthe.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 9. p. 210.)

In den letzten Jahren ist wiederholt die operative Eröffnung der Labyrinthhohlräume ausgeführt worden, um die durch eine in ihrem Innern sich abspielende Eiterung bedingten Gefahren (Meningitis, Hirnabszeß) zu beseitigen. B. beschreibt nun auf Grund sehr sorgfältiger anatomischer Studien eine Operationsmethode, die von der vom Ref. angegebenen in einigen Punkten abweicht. Um den Facialis, der infolge seines Verlaufes durch die Labyrinthwand bei der Operation leicht verletzt werden kann, möglichst zu schützen, hat B. ein besonderes Instrumentchen, den »Protecteur facial«, konstruiert. Der Arbeit sind 7 sehr instruktive Abbildungen beigegeben.

Hinsberg (Breslau).

---

10) **Gaudrier et Descarpantries.** Anatomie de la veine mastoidienne.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 12. p. 548.)

Die Vena mastoidea kommt bei der otitischen Sinusthrombose als Transportweg für infektiöses Material manchmal in Betracht. Die



Verff. haben es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, durch Injektion an der Leiche den bisher noch wenig studierten Verlauf des Gefäßes festzustellen. Genaue Wiedergabe ihrer Resultate ist im Rahmen eines Referates nicht möglich. **Hinsberg** (Breslau).

11) **W. Uffenrode.** Zur Plastik der Mißbildungen der Ohrmuschel. (Aus der kgl. Poliklinik für Ohren- und Nasenkranke zu Göttingen, Prof. Dr. Bürkner.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Den bisher von Stetter, Burger usw. empfohlenen Methoden für Beseitigung der Katzenohrform reiht U. eine neue, in einem Falle der Bürkner'schen Poliklinik mit guter Wirkung angewandte, an. Nach gründlicher Vorbereitung der Schläfengegend wird ein Schnitt, 1 cm von der Auricula vor dem Tragus beginnend, über die Haargrenze hinaus nach oben geführt, darauf durch das Crus helicis, welches gespannt wird, ein Querschnitt senkrecht auf den ersten bis in die Cymba conchae gesetzt. Etwa 2 cm hinter und unterhalb von dem oberen Endpunkte des ersten Schnittes wird ein mit der Konkavität nach vorn gerichteter Schnitt entsprechend durch die Haut des Schläfenbeines nach unten und ein zweiter ebenso durch die Haut der Hinterfläche der Ohrmuschel, der dann über dem oberen Insertionswinkel der Auricula auf den ersten Längsschnitt trifft, angelegt. Dieser zuletzt umschnittene retroaurikuläre Lappen wird von seiner Unterlage lospräpariert, darauf die Auricula und besonders der losgelöste obere Teil in die Höhe gehoben und in den Winkel unter der Brücke des eben gebildeten Lappens entsprechend angenäht. Dieser wird nun nach vorn geklappt und den Verhältnissen entsprechend zugeschnitten, indem der entstandene Winkel der vorderen Seite des Lappens ausgeglichen wird. Die Spitze desselben kommt in die klaffende Lücke vom Crus helicis zu liegen. Nach sorgsamer Adaptierung werden alle Teile mit Aluminiumbronzedraht vereinigt.

Kramer (Glogau).

12) **Wieting.** Über den Nutzen und die Gefahren der der ein- und doppelseitigen Oberkieferresektion vorausgeschichten Carotisunterbindung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 1.)

Zur Blutsparung bei eingreifenden Operationen im Bereiche des Gesichtes ist die Absperrung des Carotisblutes das anerkannt souveräne Mittel, das aber zwecks Vermeidung der mit ihm verbundenen Gefahren nur auf bestimmte Methoden eingeschränkt werden muß. Völlig zu verwerfen ist mit Kocher die totale Unterbindung der Carotis communis bei alten Leuten, die W. auch für jugendliche Individuen für nicht ungefährlich befunden hat. Denn bei einem 16jährigen Knaben, dem wegen nach Stichverletzung eingetretenem Aneurysma spurium der Carotis communis und V. jugularis interna

beide großen Gefäße unterbunden werden mußten, beobachtete er eine mehrere Wochen anhaltende schwere Störung der sensorischen und motorischen Funktion, die schließlich allerdings in völlige Heilung überging. Es bleibt daher nur die Wahl zwischen temporärer Kompression der Carotis communis und Ligatur der Carotis externa. Für die temporäre Sperre der Carotis communis sollten, falls sie gewählt wird, immer nur die schonendsten Verfahren angewandt werden. W. führte sie einmal mittels dicksten Catgutfadens, der eben bis zum Verschwinden des peripheren Pulses zugeschnürt und zu Ende der Operation (ausgedehnte Unterkieferresektion) entfernt wurde, aus — der Pat. erlag nach einigen Stunden dem Eingriffe. Notwendig ist in praxi aber auch dieser Eingriff nur verschwindend selten; denn meistens wird eine auf das Stromgebiet der Carotis externa beschränkte Sperre völlig genügen, und hierfür ist die einfache Ligutar dieser Arterie das gegebene Verfahren. W. hat im Krankenhause Gülhane in Konstantinopel unter 28 meist sehr ausgedehnten Resektionen an den Oberkiefern im ganzen zehnmal die Unterbindung der Carotis externa ausgeführt, darunter bei drei Fällen doppelseitiger Resektion die doppelte Unterbindung. Der Erfolg hinsichts Herabsetzung der Blutung war stets der gewünschte, und hinsichts übler Folgen des Eingriffes ist nur ein Fall, der bei einer doppelseitigen Unterbindung vorkam, hervorzuheben, da bei diesem an die Unterbindung sich eine erhebliche Thrombose in der Carotis interna und communis, weniger in der externa anschloß. Pat. erlitt eine Nachblutung, eine halbseitige Lähmung und starb 24 Stunden nach der Operation. Das interessante, in Abbildung wiedergegebene Sektionspräparat zeigte, daß die Unterbindung der Carotis externa hart über der Gabelung der Communis angelegt war; außerdem hatte der Unterbindungsfaden, der über einer Arterienpinzette angelegt war, die Arterienwand eingerissen. W. zieht hieraus die Lehre, daß die Ligatur zweckmäßigererweise weiter peripheriewärts an der Carotis externa anzulegen sei, etwa zwischen dem Abgange der A. thyreoidea superior und der A. lingualis. Dann bleibt der Blutfluß aus der Carotis communis in die interna sicher ganz ungestört. Zur Verhütung von übermäßiger Thrombenbildung in der unterbundenen Carotis externa soll ferner die Arterie nicht mehr als unbedingt nötig isoliert werden, und die Fadenzuschnürung soll nicht mit aller Kraft erfolgen; es genügt, wenn das periphere Gefäßstück aufhört zu pulsieren. Die Nachblutung nach diesen Ligaturen ist infolge des sich hinterher einstellenden Kollateralkreislaufes stets ziemlich beträchtlich, weshalb als Regel aufzustellen ist, die Operationswunden kräftig auszutamponieren.

Am Schluß steht ein 24 Nummern zählendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) **A. Davidsohn.** Über die Nervenpfropfung im Gebiete des Nervus facialis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 427.)

Nach einer Übersicht über die ziemlich ermutigend lautenden Tierexperimente mit Nervenpfropfung im Facialisgebiete berichtet Verf. über Facialis-Accessoriuspfropfungen wegen totaler Facialislähmung aus der Heidelberger Klinik, von denen eine erfolglos, zwei von befriedigendem Erfolge begleitet waren.

Zusammen mit 27 fremden Accessorius- und 20 Hypoglossuspfropfungen werden die Resultate einer kritischen Durchsicht unterzogen.

Ein in neurologischem Sinne vollkommener Erfolg ist überhaupt nicht zu erzielen. In etwa der Hälfte der Fälle hatte die Accessoriuspfropfung die Wirkung, daß nach 4—7 Monaten die entstellende Asymmetrie des Gesichtes in der Ruhe gebessert oder beseitigt war, und etwas später die Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit begann, während die mimischen Bewegungen nur minimal blieben. Für die Überzahl der Fälle ist aber der exakte Nachweis nicht geführt, daß die Besserung überhaupt durch Propfung erfolgt ist; dagegen steht die Tatsache fest, daß selbst eine Jahre bestehende Facialislähmung noch spontan heilen kann.

Andererseits kommt es in allen Fällen bei Kontraktionen der Accessoriusmuskulatur zu Mitbewegungen im Facialisgebiete, die selbst einen exzessiven, grimassenhaften Grad erreichen können und damit äußerst störend werden, während in anderen Fällen die Mitbewegungen allmählich abnehmen. Dazu kommen regelmäßige Lähmungen im Gebiete des Stammnerven, die natürlich bei völliger Durchschneidung des Nerven am stärksten sind und beim Accessorius funktionelle und auch kosmetische Defekte setzen.

Im Gegensatz zur Accessoriuspfropfung sind die Erfolge bei Verwendung des N. hypoglossus schnellere, vollkommenere und durch Mitbewegungen weniger gestörte; doch darf man auch hierbei keine volle Wiederherstellung der Facialisinnervation erhoffen. Der Hypoglossusausfall macht sich nur vorübergehend und nicht sehr störend geltend.

Die Indikationsstellung zu Nervenoperationen bei Facialislähmung geht dahin, überall da, wo direkte Nervennaht oder Neurolyse möglich ist, diese sofort zu machen. Bei mehr als 1 Jahr bestehender Lähmung ist erste Voraussetzung für eine Operation, daß noch Muskelsubstanz nachweisbar vorhanden ist. Im übrigen soll man frische Lähmungen mindestens 6 Wochen intern behandeln und nur dann operieren, wenn nach dieser Zeit die elektrische Erregbarkeit der Muskeln sich verschlechtert oder erloschen ist, andernfalls auf Spontanregeneration warten. **Reich** (Tübingen).

14) **A. Meyer.** Die Eröffnung des peritonsillären Abszesses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Das Eingehen durch die Fossa supratonsillaris ist die physiologische Methode, weil sich die spontane Entleerung des Abszesses am häufigsten durch dieselbe vollzieht. Die »Häkchenmethode« verdient nach Verf.s Ansicht den Vorzug, weil sie nur ein einmaliges Eingehen erfordert. M. benutzt einen stumpfen M. Schmidt'schen Tonsillenschlitzer, der bei gerader Kopfhaltung und einfach herabgedrückter Zunge in die Fossa eingeführt wird, die dünne Membran durchstoßend; die Spitze dringt nun nach oben und außen soweit vor, bis man auf Eiter trifft. Dann folgt ein kurzer, kräftiger Zug, der die Öffnung erweitert.

Langemak (Erfurt).

---

15) **Gerber.** Das Sklerom, sein Vorkommen und seine Behandlung.

(Therapeutische Monatshefte 1907. Nr. 12.)

Die Arbeit enthält eine kurze Besprechung des Vorkommens sowie der Pathologie des Skleroms und gibt am Schluß eine Reihe wichtiger therapeutischer Winke. Bei Vorhandensein von Knoten empfiehlt Verf. Exzision und nachfolgende Kauterisation. Bei diffusen Infiltraten und stenosierenden Narbenbildungen sollen die Schrötter-schen Dilatationsmethoden in ihr Recht treten; zur Vermeidung einer Neubildung gelöster Synechien wird das Tragen von Prothesen empfohlen.

Hinsichtlich der Prognose betont Verf., daß die Prognose nicht absolut ungünstig zu stellen ist, wenn man die Kranken in nicht zu vorgeschrittenen Stadien in Behandlung bekommt. Durchaus schlecht ist sie bei ausgebreitetem Sklerom der Luftröhre.

Im allgemeinen betont G., daß es besser ist, das Sklerom zu verhüten als es zu heilen.

Silberberg (Breslau).

---

16) **J. Landström.** Über Morbus Basedowi. Eine chirurgische und anatomische Studie. 196 S.

Stockholm, **Norstedt & Söner,** 1907.

Von 52 Basedowkranken, die im Seraphimerlazarett in Stockholm operiert wurden, starben 3 im Anschluß an die Operation. 38 Pat. wurden genügend lange beobachtet; von ihnen heilten 52,6%, 18% wurden gebessert, 29% blieben ohne Erfolg. Die halbseitige Exzision des Kropfes mit gleichzeitiger Unterbindung der Arteria thyreoidea superior der anderen Seite gibt die besten Resultate (80% Heilungen, 20% Besserungen). Die Erfolge der Arterienunterbindungen müßten besser sein, wenn die Gefäße Endarterien wären. Die Ansichten hierüber sind noch recht wechselnd. Aus Injektionsversuchen des Verf. geht hervor, daß Anastomosen zwischen den Thyreoidealarterien normalerweise vorkommen, und daß sie in der Regel reichlich sind. Am konstantesten ist die am oberen Rande des Isthmus gelegene, bogen-

förmige Anastomose, durch die alle vier Arterien miteinander in Verbindung stehen. Neben den Anastomosen bedingt die Unzulänglichkeit der Operation auch die zum Teil schnelle Wiederherstellung der unterbundenen Gefäße.

L. empfiehlt die halbseitige Exzision unter Infiltrationsanästhesie. Bogenförmiger Schnitt am vorderen Rande des Kopfnickers, Unterbindung der Gefäße, subkapsuläre Exzision des Kropfes, von dessen Hinterfläche eine dünne Schicht an der betreffenden Stelle zurückbleibt, um den N. recurrens nicht zu verletzen. Dann erfolgt die Unterbindung der oberen Arterie der anderen Seite, damit die Epithelkörperchen sicher geschont werden.

Die postoperative Reaktion kann als eine Akzentuierung der spezifischen Krankheitssymptome erklärt werden, hauptsächlich auf Grund von psychischen Einflüssen im Zusammenhange mit der Operation.

Verf. spricht sich für die Frühoperation aus, zu der zwei Umstände — das Risiko einer Operation in späteren Stadien und die Tatsache, daß die schon entstandenen Herzerweiterungen sich nicht mehr zurückbilden — entschieden drängen.

Die bisherigen Erklärungen für die Entstehung des Exophthalmus genügen nicht. Auf horizontalen Serienschnitten durch den Orbitalinhalt hat sich nun gezeigt, daß der vordere Teil des Augapfels von einem zylinderförmig angeordneten, aus glatten Zellen bestehenden Muskel mit Ursprung am Septum orbitale und Insertion am Aequator bulbi umgeben ist. Diese Gewebsschicht umgibt wie ein Ring die vordere Hälfte des Augapfels sowie den Fornix conjunctivae und geht vorn in das Septum orbitale über. Der Muskel ist Antagonist der vier geraden Augenmuskeln und wird vom Sympathicus innerviert. Die einzelnen Augensymptome, auch das Doppeltsehen, finden durch die Entdeckung dieses Muskels, der bisher übersehen worden ist, eine ungezwungene Erklärung. Einzelheiten darüber müssen in der sehr interessanten Arbeit nachgelesen werden.

Zum Schluß weist Verf., der übrigens auch Anhänger der Theorie von Möbius ist und die Sympathicusresektionen verwirft, darauf hin, daß möglicherweise die Infektionskrankheiten eine Bedeutung als Ursache derjenigen Veränderungen der Schilddrüse haben, welche die Basedow'schen Symptome hervorrufen. **Glimm** (Magdburg).

Kleinere Mitteilungen.

17) **Levy-Dorn.** Einige Neuerungen im Röntgeninstrumentarium.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. beschreibt die Einrichtung des radiologischen Instituts im Rudolf Virchow-Krankenhaus, welche nach seinen Angaben ausgeführt worden ist. Neu, resp. teilweise neu von dieser Einrichtung sind: ein universeller Blenden- und Schutzapparat, gebaut von Siemens & Halske, ein Durchleuchtungstisch von Reiniger, Gebbert & Schall, ein Lagerungstisch für Durchstrahlungen von oben, Kassetten- und Schirmhalter, Schutzwand für Durchleuchtungen, ebenfalls von Reiniger,

Gebbert & Schall, eine bewegliche Schutzwand zum Halten eines Schirmes oder einer photographischen Platte, Durchleuchtungsapparate für Negative.

Die beschriebene Einrichtung leistet sicher Vorzügliches, kommt aber natürlich nur für große Krankenhäuser in Frage. **Gaugele** (Zwickau).

18) **Fürstenau.** Über einen neuen Röntgentiefenmesser.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. beschreibt ein neues zirkelartiges Instrument, mit Hilfe dessen es sehr leicht fällt, die Tiefenlage des Objekts im Körper zu erkennen. Das Instrument muß auf eine Röhrendistanz geeicht sein. Die Einrichtung des Zirkels gestattet dann, die Tiefenlage des Objekts in Millimetern abzulesen. Die theoretischen Berechnungen sind im Original nachzulesen. Das Instrument wird von der Firma Heinz Bauer & Co., Berlin W., geliefert. **Gaugele** (Zwickau).

19) **Kienböck.** Ein vertikaler Orthodiagraph.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. hat schon vor einigen Jahren eine Hängeblende angegeben, die sehr einfach und doch sehr praktisch ist. Dazu konstruierte er eine ebenfalls einfache orthoskopische Holzwand mit verstellbarem Schirmträger. Die ganze Einrichtung kann von jedem Schlosser und Tischler hergestellt werden und hat deshalb den Vorzug größter Einfachheit und Billigkeit. **Gaugele** (Zwickau).

20) **Haenisch** (Hamburg). Beitrag zur Röntgendiagnostik der Knochensyphilis.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 6.)

Die Röntgendiagnostik der Syphilis der Knochen ist bereits so weit fortgeschritten, daß man in vielen Fällen schon aus der Platte allein, selbst im Widerspruch mit der Anamnese, eine sichere Diagnose stellen kann. Verf. beschreibt mehrere Fälle. In dem einen Falle, bei einem 15jährigen jungen Mädchen, glich das Röntgenbild mehr einer bösartigen Neubildung. Auf eine Schmierkur hin jedoch ging der Prozeß wieder zurück und bildete sich wieder normaler Knochen. Offenbar handelt es sich um eine kongenitale Lues. **Gaugele** (Zwickau).

21) **Gottschalk.** Die Röntgentherapie nach ihrem heutigen Stande.

(Med. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereins 1907. Nr. 46—50.)

Aus G.'s Überblick über den heutigen Stand der Röntgentherapie seien folgende eigene Erfahrungen auf chirurgischem Gebiete hervorgehoben. Bei einem Kranken mit lienaler Pseudoleukämie wurden Milz- und Drüsenschwellungen günstig beeinflußt. Bei Gicht erzielte G. mehrfach Schmerzlosigkeit der erkrankten Gelenke; die Wirkung der Röntgenstrahlen beruht hier sowohl auf vermehrter Harnstoffausscheidung, als auch auf Lösung abgelagerter Urate durch Umlagerung der Moleküle. In fünf Fällen von Kropf konnte G. keine erhebliche Verkleinerung erzielen, gleichgültig, welcher Art die Kröpfe waren. Vier Fälle von Hautcancroid kamen zur Heilung, jedoch traten in einem Falle nach Heilung des Cancroids der Ohrmuschel später inoperable Drüsenmetastasen am Halse trotz tadelloser, rezidivfreier örtlicher Heilung auf. Bei der Behandlung von 8 inoperabeln, nach der Operation rezidivierten Brustkrebsfällen sah G. öfters Rezidivknoten schwinden und gewann den Eindruck, daß Schmerzlinderung und Verlängerung des Lebens oft zu erzielen seien. Drei ausführlicher mitgeteilte Fälle von nicht operiertem Brustkrebs wurden dagegen geheilt. Bei einem inoperablen Magenkarzinom erzielte G. Verkleinerung der Geschwulst, auffallende Besserung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme. Sechs Fälle von allerdings schwerem, p. op. rezidiviertem Sarkom erwiesen sich als refraktär gegen Röntgenbehandlung. Die Sarkome sind, wie G. näher erörtert, im Gegensatz zu den Krebsen durch Genese und Struktur vor den Röntgenstrahlen leidlich geschützt und werden nur indirekt beeinflußt, am ersten noch bei Ausgang des Sarkoms von der Haut oder den Lymphdrüsen;

dann werden diese für Röntgenstrahlen besonders empfindlichen Organe in erster Linie destruktiv getroffen, und dadurch wird dem Sarkom die ernährende Matrix entzogen. Gute Erfolge erzielte G. bei Angiomen, ferner bei etwa 40 Fällen von Lupus vulgaris, bei Drüsentuberkulose an Hals und Gesicht, Sykosis, Hypertrichosis und bei chronischen Ekzemen, insbesondere beim Gewerbeekzem.

Mohr (Bielefeld).

22) **Lang.** Mitteilungen aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke. 1. Folge.

Wien 1907.

Nach Angabe einiger technischer Neuerungen im Betriebe der Röntgen- und Finsenbestrahlung berichten zunächst Assistenten der Anstalt über die Bestrahlung der Ovarien während der Schwangerschaft; bei ihren Versuchen an Kaninchen fanden sie, daß die Bestrahlung der Ovarien trotz der Abdeckung des Uterus zum Rückgange der Trächtigkeit in der ersten Hälfte führt. Es handelt sich hierbei um eine Degeneration sowohl des eireifenden als auch des sekretorischen Parenchyms des Ovariums.

Es folgt dann der ärztliche Bericht der Heilstätte für Lupuskranke für das Jahr 1905; es werden dabei die operierten wie bestrahlten Fälle eingehend geschildert. Auf die Einzelheiten des Berichtes einzugehen, dürfte zu weit führen. Es sei hier nur erwähnt, daß von 289 operierten Pat. 197 später wieder untersucht werden konnten. Von diesen waren 173 vollkommen rezidivfrei (zum Teil über ein Jahrzehnt). Etwas weniger günstig scheint das Resultat bei der Finsenbestrahlung zu sein. Von 148 Pat. wurden 35 vollkommen geheilt, 20 fast geheilt; die übrigen Fälle waren mehr oder weniger gebessert.

Von großem Wert ist oft die Kombination beider Verfahren, namentlich dann, wenn nach der Belichtung noch ein umschriebener Rest zurückbleibt. Endlich ist über die Bestrahlung verschiedener Hautaffektionen mit Röntgenstrahlen und Radium berichtet.

Gaugele (Zwickau).

23) **C. Beck.** Über Kombinationsbehandlung bei bösartigen Neubildungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Das Wesen der vom Verf. befolgten Methode fußt auf folgenden Prinzipien:

1) Möglichst ausgedehnte Exstirpation der bösartigen Neubildung mit Anstrebung der prima intentio. Bei großen Defekten möglichste Deckung durch gleichzeitige sorgfältige Plastik. Nach Verlauf einer Woche intensive Röntgenbestrahlung in 2tägigen Intervallen bis zur Reaktion.

Bei vorgeschrittenen Neubildungen, wie sie speziell öfter beim Brustkrebs gefunden werden, ist der geschaffene Defekt offen zu belassen, so daß gleich nach der Operation täglich bestrahlt werden kann. Nach einer Woche sind die Ränder dann durch die sekundäre Naht (Seide) zu vereinigen. Nach einer weiteren Woche ist die Bestrahlung wieder aufzunehmen. Sobald Reaktion eintritt, ist die Behandlung zu unterbrechen.

3) Im Anfang ist die Bestrahlung stets in Verbindung mit Diaphragma vorzunehmen, da die Wirkung auf den ursprünglichen Herd viel intensiver ist. Später ist ohne Abdeckung ein möglichst großer Radius der Umgebung zu bestrahlen.

Die sehr instruktiven, durch gute Abbildungen erläuterten Fälle: Fibrosarkom des Fußrückens, Epitheliom der Fußsohle, ulzerierte, große, flächenhafte Neubildung der Ohr- und Gesichtsgegend (Lues?) müssen im Original eingesehen werden.

Unter Anwendung des Blendenverfahrens sah B. auch bei Basedowkröpfen nach Röntgenbestrahlungen, soweit es sich um kleine Kröpfe handelte, Besserung und Heilung. Die Beobachtungsdauer ist allerdings noch eine kurze.

In einem Falle hat B. ein Pyloruskarzinom temporär in die Bauchhaut eingenäht, um es zu bestrahlen. Der vorläufige Erfolg war ein guter, doch ist B. weit entfernt, daraus Schlüsse zu ziehen, sondern behält sich weitere Mitteilung vor.

Langemak (Erfurt).

24) **W. J. Morton.** Radium for the treatment of cancer and lupus.

(New York med. record 1907. November 9.)

M. hält die Wirkung des Radiums in der Behandlung von oberflächlichen Karzinomen für besser als die Röntgentherapie. Häufige wochenlange Sitzungen geben die besten Resultate. Radium regt nicht zu Neubildungen an. Bericht über 15 Fälle.

Loewenhardt (Breslau).

25) **W. B. Coley.** Inoperable sarcoma. A further report of cases successfully treated with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.

(New York med. record 1907. Juli 27.)

C. berichtet über 12 weitere, mit seiner Toxinmischung erfolgreich behandelte Sarkome. Weitere ausführliche Mitteilungen finden sich in dem Märzhefte des American journal of the med. sciences 1906, enthaltend 36 eigene Fälle und 60 von anderen erhaltene Resultate. Seitdem hat C. wiederum 6 Erfolge zu verzeichnen, also zusammen 42 behandelt; darunter sind 17 Rundzellensarkome, 17 Spindelzellensarkome, 2 Mischgeschwülste, 1 Chondrosarkom und 1 Epitheliom. 4mal fehlte zwar die mikroskopische Untersuchung, aber das klinische Bild soll gar keinen Zweifel an der Diagnose gelassen haben. 21 Pat. waren seit 5—14 Jahren genesen, 26 von 3—14, 10 von 10—14. Wenn alle Fälle zusammengerechnet werden, über die günstige Berichte einliefen, mögen es wohl »nahe an 100 sein«, wie C. am Schluß berichtet. Herstellung des Mittels und Anwendungsweise wird besprochen und auf frühere Publikationen verwiesen. **Loewenhardt** (Breslau).

26) **Mohrmann.** Über Lumbalanästhesie.

(Therapeutische Monatshefte 1907. Nr. 7 u. 8.)

Die groß angelegte Arbeit gibt uns einen historischen Überblick über das jetzt in der Chirurgie so oft angewandte Verfahren der Lumbalanästhesie. Wir finden darin weiter eine Besprechung der Erfahrungen bei Anwendung des Novokains, sowie der Neben- und Nachwirkungen, inwieweit Eiterungen der Lumbalanästhesie kontraindizieren, über das Entstehen von Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesie, sowie über Versuche mit in Kochsalzwasser gelösten Novokain-Suprarenintabletten. Am Schluß der Arbeit kommt Verf. zu folgenden Hauptsätzen:

1) Die von Bier und Dönitz empfohlene Technik gewährleistet das Gelingen der Lumbalanästhesie.

2) Indikationen zur Lumbalanästhesie geben ab: Abkürzung der Narkose, Kachexie des Pat., vorgeschrittene Herz- und Lungenerkrankungen, Chok nach frischen Verletzungen. Nachfolgende Narkose scheint ungefährlich.

3) Kontraindiziert ist die Lumbalanästhesie bei chronischen Eiterungen wegen der Gefahr der metastatischen Meningitis.

4) Augenmuskellähmungen und Nebenwirkungen werden zumeist nach Versagen der Anästhesie beobachtet. Es handelt sich dann wohl um eine schwere Intoxikation durch das Novokain, wobei das Suprarenin der Lösungen wohl zersetzt war.

5) Vorrätig gehaltene Lösungen sind unzuverlässig und gefährlich. Das Suprarenin soll erst stets vor Gebrauch zugesetzt werden, und zwar auf je 1 ccm 3 Tropfen der Lösung (1:1000). **Silberberg** (Breslau).

27) **F. Goldschwend.** Über 1000 Lumbalanästhesien mit Tropakokain. (Aus dem städtischen allgemeinen Krankenhaus in Linz.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 37.)

Die Anästhesie wird in der chirurgischen Abteilung jetzt fast ausnahmslos für alle Operationen vom Rippenbogen abwärts verwendet. Benutzt wird nur reines Tropakokain (1,2 ccm einer 10%igen, vorher durch Kochen sterilisierten, möglichst frischen Lösung). Der Pat. wird so gelagert, daß das mittlere Drittel der Brustwirbelsäule den tiefsten Punkt bildet. Von den besprochenen Nebenwirkungen ist

besonders zu erwähnen Kollaps in 11‰. Nur in einem Falle führte er zum Tode, bei dem aber fraglich ist, ob er durch das Tropakokain veranlaßt wurde (Krankengeschichte). Als große Seltenheit beschreibt Verf. den Eintritt von schwerem Aufregungszustand in einem Falle. Von den Nachwirkungen waren die häufigsten: Kopf- und Rückenschmerzen, Fieber (40%). Gegen die Kopfschmerzen half in der Mehrzahl der Fälle Wiederholung der Punktion; allerdings wurde diese Wirkung mehrmals auch bei Mißlingen der Nachpunktion gesehen. Steigt beim Fieber auch die Pulsfrequenz, so ist dies ein Zeichen eingetretener Komplikation. Erbrechen trat in 11% ein. In drei Fällen kam es ferner zu länger andauernder Paraplegie. Endlich wurde zweimal Abducenslähmung beobachtet und eine dauernde Peroneuslähmung. Die Zahl der Versager sank mit fortschreitender Technik von 25% auf 5%. Verf. führt sie auf kleine Fehler der Technik zurück.

Renner (Breslau).

28) **O. Füster.** Novokain als Lumbalanästhetikum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 225.)

Früher hatte T. Gelegenheit, über Lumbalanästhesie mittels Tropakokain in der v. Hacker'schen Klinik in Graz Beobachtungen zu machen, über die er berichtet hat (s. d. Bl. 1905 p. 953). Nunmehr konnte er in der Lotheissen'schen Abteilung des Franz-Josef-Spitals in Wien Erfahrungen über die Anwendung von Novokain Höchst sammeln und diese mit denen über die Tropakokainanästhesie vergleichen. Dieser Vergleich ist unbedingt zugunsten des Novokains ausgefallen, wie in vorliegender Arbeit des näheren ausgeführt wird.

Das Berichtsmaterial umfaßt 126 Operationen, in deren Mehrzahl 0,1 des Mittels mit Adrenalinzusatz zur Verwendung kam. Die beste Verwendungsart ist die mittels Auflösung zweier Tabletten in 10 ccm aufgefangenem Liquor cerebrospinalis. Die Tabletten werden nebst dem zum Auffangen des Liquor bestimmten Gläschen trocken bei 100° C sterilisiert, die Lumbalpunktion wird bei linker Seitenlage des Pat. mit heraufgeschlagenen Beinen und gesenktem Kopfe vorgenommen. Völlige Anästhesie wurde erzielt in 94,2% der Fälle (bei Tropakokain nur in 79,2%), mangelhaft war die Analgesie nur in 1,9% (bei Tropakokain nur in 11,9%), die Zahl völliger Versager war beiden Mitteln ungefähr gleich (in 4,8% der Fälle keine Anästhesie bei Tropakokain, in 3,8% des Novokain »teilweise ausreichende Anästhesie«). An intraoperativen Störungen wurden bei Tropakokain beobachtet: Kollapse, Erbrechen, Incontinentia alvi, Abkürzung der analgetischen Periode in 13,2% der Fälle — dagegen bei Novokain Erbrechen 7mal, Brechreiz 2mal, 2mal abgekürzte Analgesiedauer, also im ganzen in nur 10,5% der Fälle. Schwere postoperative Nachwirkungen des Novokains fanden sich niemals. Häufig waren aber leichte Temperatursteigerungen in den ersten Tagen und Kopfschmerzen, gegen die mehrmals Phenacetin gute Dienste tat. Einmal trat eine kurzdauernde Parese der unteren Extremitäten auf. Die Fälle von Versagern betreffen ausschließlich Individuen in jüngeren Jahren, wohingegen ältere Leute sehr gute Analgesien aufwiesen, auch das Mittel sehr gut vertrugen. Ob die Fälle von Erbrechen dem Medikament zur Last zu legen sind, ist recht zweifelhaft, da es sich hier meist um Operationen in der Bauchhöhle handelt, mithin auch die Reizung des Bauchfelles als Erbrechen erregend in Frage kommt. — Wennschon die Novokainlumbalanästhesie bislang allerdings noch nicht als eine vollkommene Behandlungsmethode gelten kann, ist sie nach F.'s Ansicht doch sicher imstande, mit der Inhalationsnarkose zu konkurrieren. Bei strikter Beobachtung der Kontraindikationen — Alter unter 15 Jahren, eitrige Prozesse und höchstgradige allgemeine Kachexie — erklärt F. das Novokain für ein quoad vitam ungefährliches Präparat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **Oelsner.** Erfahrungen mit der Lumbalanästhesie in 875 Fällen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 557.)

Ein Bericht über Sonnenburg's einschlägige Erfahrungen im Berlin-Moabiter Krankenhause seit dem Jahre 1904. Den besten Überblick darüber zeigt folgende Tabelle:

Mittel	Zahl der Fälle	Anästhesie: Versager	ungenügend	ausreichend	Nebenwirkungen	Nachwirkungen
Stovain	114	18	—	96	10	12
Novokain-Suprarenin	354	8	9	337	20	26
Stovain-Adrenalin (Riedel)	198	28	3	167	12	51
Stovain-Adrenalin (Billon)	200	9	4	196	6	17

Zur Vervollständigung dieser Zahlen ist noch hinzuzufügen, daß die Häufigkeit der »Versager« mit Zunahme der Injektionstechnik geringer wurde und daß auf frische Zubereitung der Injektionslösungen Wert gelegt wird. Betreffs Nebenwirkungen wird häufiger Abgang von Winden und Stuhlgang noch auf dem Operationstisch hervorgehoben, ein Vorgang, der, sonst unangenehm, bei eingeklemmten Brüchen, Appendicitiden recht erwünscht sein kann. Von üblen Nachwirkungen sind 6 Fälle schweren Kollapses zu registrieren, sowie 4 Fälle von Lähmungen, 3mal Abducenslähmung, 1mal Lähmung von Facialis und Hypoglossus. In den 3 ersten Fällen trat die Lähmung am 10. und 3. Tage, im letzten Falle erst nach 6 Wochen auf. Klinisch erinnerten diese Lähmungen an postdiphtherische Lähmungen. 3 Pat. starben infolge der Operation an aufsteigender Meningitis spinalis. In 2 Fällen mag eine vorhandene eitrig-pyämische Blutinfektion, schon vor der Injektion vorhanden, die Ursache der leptomeningitischen Infektion gewesen sein, wobei aber der Einstich in den Wirbelkanal dessen Inhalt zu einem Locus minoris resistentiae gemacht haben wird. Im 3. Falle wurden im Meningeaeiter bakteriologisch sicher Meningokokken nachgewiesen, eine ohne Analogon dastehende Beobachtung. Möglich, daß hier Pat. ein heimlicher Meningokokkenträger war, bei dem der Rückenstich die Entwicklung der Kokkenansiedlung am Zentralorgan vermittelte. Schließlich ist noch zu konstatieren, daß die Urinuntersuchung bei 60 mit Stovain-Adrenalin (Riedel) injizierten Kranken 47mal (in 78,33%) mehr oder weniger erhebliche Albuminurie mit Zylinderbildung nachwies. Die Dauer dieser Nierenaffektion wechselte zwischen 2 bis 28 Tagen und betrug im Durchschnitt 6 Tage; der Ausgang war stets günstig. Ob diese Nierenschädigung nur bei Stovain und nicht auch bei anderen Kokainderivaten vorkommt, ist noch nicht festgestellt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) W. N. Tomaschewski. Zur Kenntnis der Lumbalanästhesie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Aus ca. 400 Publikationen hat T. den Stoff zu seiner umfangreichen Arbeit zusammengetragen. Er klagt dabei lebhaft über die große Ungleichmäßigkeit und stellenweise Unvollständigkeit der Mitteilungen.

16002 Fälle (bis August 1906) stellt T. zusammen. Zu den Injektionen wurde benutzt

Kokain	in 39 %	der Fälle,
Tropakokain	» 33 %	» »
Stovain	» 19 %	» »
Eukain-β	» 2,6 %	» »
Novokain	» 2,5 %	» »
Kokain und Nebennierenpräparate	» 1,5 %	» »
Eukain-α	» 1,5 %	» »
Stovain und Kokain	» 1,3 %	» »
Alypin	» 0,2 %	» »
Nicht angegeben	» 10,0 %	» »

Über die leichten Komplikationen, die schnell vorübergehen, verbreitet T. sich nicht, erwähnt aber, daß in neuerer Zeit eine starke Abnahme dieser Nebenerscheinungen zu konstatieren ist, wohl wegen Verbesserungen der Technik.

Von Fällen, die schwere, aber vorübergehende Komplikationen boten, fand T. 16: 1mal 3 Tage anhaltende Temperatursteigerung und Bewußtseinsstörung, 1mal eine schwere Asphyxie, 2mal Meningitiden, 7mal Abducenslähmungen, 5mal Paresen und Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten.

Endlich gibt T. noch zwei Fälle, in denen dauernde Störungen auf die Injektion zurückgeführt wurden: 1) Der in diesem Blatt 1905 Nr. 36 p. 953 referierte Fall Walther's. (In dem Referat steht: »Entartungsreaktion bestand nicht«. T. schreibt: »Auf den elektrischen Strom reagieren Muskeln wie Nerven, aber die Muskeln geben Entartungsreaktion«.) 2) Ein Fall von Bier. Pat., der anfangs Kopfschmerzen hatte, klagte nach mehreren Monaten über Incontinentia alvi und Blutungen aus dem After. T. erkennt beide Fälle nicht an, er glaubt die Erscheinungen auf andere Ursachen als die Injektion zurückführen zu können.

Von 31 der Injektion zur Last gelegten Todesfällen scheiden elf von vornherein aus wegen ungenügender Mitteilung. Unter den übrigen 20 fallen zwei unzweifelhaft der Lumbalanästhesie zur Last: 1) Der Fall Freund's: Stovainisierung, Beckenhochlagerung, Atmungsstillstand. 2) Der Fall aus der Bier'schen Klinik: Irrtümliche Injektion 0,13 Tropakokain, (Erstickungs-) Tod nach wenigen Minuten.

Eingangs seiner Arbeit berichtet T. über die Erfahrungen, die in der Klinik seines Chefs Prof. N. A. Weljaminow (Petersburg) mit der Lumbalanästhesie, gemacht wurden. Es handelt sich um 50 Kranke (42 ♂, 8 ♀) im Alter von 13 bis 65 Jahren. In allen Fällen mit einwandsfreier Technik, d. i. 45, wurde eine tadellose Anästhesie erzielt. In 5 Fällen wurden unerhebliche Begleiterscheinungen beobachtet; in einem 6. (0,04 Stovain) wurde 2 Stunden nach der Operation die Atmung unregelmäßig, das Gesicht blaß, der Puls langsam, nach einer Stunde war aber wieder alles in Ordnung.

T. injiziert nach den üblichen Vorschriften. Meist nimmt er 0,08 Tropakokain in 3 ccm Flüssigkeit, die in eine 5 ccm-Rekordspritze aufgesogen werden. Er zieht 2 ccm Liquor in die Spritze und injiziert dann. Es ist seines Erachtens wichtig, möglichst wenig Liquor ablaufen zu lassen und nach der Injektion stets den Kopf des Kranken anzuheben, auch bei Trendelenburg'scher Lage.

Am Schluß warnt T. davor, schon jetzt Vergleiche mit Chloroform- usw. Statistiken zu ziehen, wenn auch schon soweit Klarheit herrsche, daß die Lumbalanästhesie für geeignete Fälle durchaus empfohlen werden müsse.

V. E. Mertens (Kiel).

31) **Groves.** Some remarks on spinal anaesthesia as based upon the personal observations of 30 cases.

(Bristol med.-chir. journ. 1907. Dezember.)

In 4 unter 30 mit Spinalanästhesie operierten Fällen floß kein Liquor cerebrospinalis ab, und es kam keine Analgesie zustande. Es handelt sich stets um anämische oder ältere, schwache Pat., bei denen der Druck im Subduralraume gewöhnlich gering ist; es kommt dann leicht zu Obliteration dieses Raumes, die Nadel drängt die kollabierten Wandungen zunächst vor sich her und durchbohrt sie schließlich, gelangt also nicht in den Subduralraum. G. betont die Vorteile der Spinalanästhesie für Bauchoperationen bei sehr schlechtem Allgemeinzustand, indem der Chok fast völlig beseitigt wird. **Mohr** (Bielefeld).

32) **B. Chajes.** Zur Kenntnis »traumatischer Epithelcysten«.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Nach einer vor 2—3 Jahren erlittenen Verletzung entwickelte sich bei dem 32jährigen Kranken auf dem rechten Scheitelbein eine kirschgroße, harte Geschwulst mit glatter Oberfläche, verschieblich, mit der Haut nicht verwachsen. Die mikroskopische Untersuchung der soliden, rein epidermoiden Geschwulst ergab, daß die Zellen im wesentlichen die normalen Verhornungsvorgänge durchmachten, ohne daß irgendwie fettige, schleimige oder seröse Entartungsvorgänge vorlagen. In den

bisher beschriebenen 75 Fällen ist dieser Befund nie erhoben. Die Entstehung aus spiraligem Zellwachstum deutete die Stellung der Zellkerne, die aus ihrer senkrechten Lage stellenweise allmählich in die Horizontale übergingen, an.

C. empfiehlt dringend, in jedem Falle die Exstirpation solcher Gebilde vorzunehmen, da eine bösartige Umwandlung beobachtet worden ist.

Langemak (Erfurt).

33) **Syme.** Some cases of head injury.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. Oktober 20.)

Drei bemerkenswerte Fälle von Schädelverletzung.

Das Interesse des ersten Falles, einer Depressionsfraktur, liegt darin, daß es sich nach dem Operationsbefund um eine genau auf das sog. Broca'sche Sprachzentrum lokalisierte Hirnverletzung handelte. Es bestand rein motorische Aphasie; der Fall spricht demnach für die ursprünglichen Ansichten Broca's, Charcot's u. a., gegen die neuern Anschauungen von Pierre Marie, der das motorische Sprachzentrum in der Wernicke'schen Region lokalisiert.

Bei dem zweiten Pat. mit traumatischer Blutung aus dem hinteren Aste der Meningea media wurde wegen starker Hirndruckerscheinungen erst 36 Stunden nach dem Trauma eingegriffen; nach Ausräumung eines großen Blutergusses trat auffallend rascher Rückgang aller Erscheinungen ein, obwohl die Hirnoberfläche sich nicht sofort wieder ausdehnte, und das entfernte Knochenstück sofort wieder eingesetzt wurde.

Im dritten Falle handelte es sich um eine reine Commotio cerebri, ohne Knochenverletzung und ohne intrakranielle Blutung (wie die Autopsie zeigte), die nach 3 Tagen völliger Bewußtlosigkeit zum Tode führte. Das Gehirn zeigte keine makroskopisch sichtbaren Veränderungen, jedoch fanden sich in verschiedenen inneren Organen Zeichen kongenitaler Lues. **Mohr** (Bielefeld).

34) **C. Remy.** Balle de revolver tolérée pendant six ans. Mort rapid en deux jours.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. Oktober.)

Bei zunächst reaktionslos im Gehirn eingeheilten Geschossen pflegen häufig nach einer kürzeren oder längeren Zeit vollständigen Wohlbefindens Sekundärerscheinungen einzutreten, und zwar nach R. in dreierlei Form: 1) in dauernden Schmerzen wechselnder Intensität, 2) in Übergang in Paralyse, 3) und das am häufigsten, tritt unter ganz akuten, schwersten Gehirnerscheinungen rasch der Tod ein. Zu dieser letzten Gruppe gehört R.'s Fall. Bei einem 34jährigen Manne war ein 6 mm-Geschoß in die rechte Schläfe eingedrungen, hatte den Bulbus zerstört und war in zwei Teile zersprungen, welche im Röntgenbild in 3 bzw. 5 cm Tiefe zu sehen waren. Nach 5 Jahren völligen Wohlbefindens und ungestörter Arbeitsfähigkeit ein epileptischer Anfall, genau 1 Jahr später ein zweiter. An diesen, der nicht nach dem Jackson'schen Typus verlief, schloß sich unter hoher Temperatursteigerung ein komatöser Zustand an, in welchem der Kranke 19 Stunden nach Beginn der ersten Erscheinungen trepaniert wurde. Das Gehirn war verwachsen, die Meningen gerötet. Das eine Geschoßstück, 1 cm tief in der Rinde steckend, wurde leicht extrahiert, wobei eine 8 cm tiefe, umfangreiche, mit Flüssigkeit gefüllte Höhle eröffnet wurde. Auf das zweite Geschoßstück wurde verzichtet, die Höhle drainiert. Tod nach 5 Stunden, nach Wiederkehr des Bewußtseins. R. glaubt, daß die schweren Erscheinungen auf einen Durchbruch der Cyste in die Ventrikel zurückzuführen seien.

Wegen der oben erwähnten, dem Verletzten von seinem Geschoß drohenden Gefahren, für die R. statistische Belege bringt, will er in jedem Fall auch bei Fehlen jeglicher Symptome die Entfernung des Fremdkörpers anraten, wenn derselbe nicht tiefer wie 5 cm sitzt. Sitzt er tiefer, so operiert R. nur, wenn bedrohliche Symptome auftreten. Die Lage des Fremdkörpers bestimmt er mittels eines eigenen Apparates, mit Hilfe dessen er in einem Falle die Lokalisation und die Entfernung eines Geschosses in 17 Minuten bewerkstelligen konnte.

Vorderbrügge (Danzig).



35) **Kotzenberg.** Zur Frage der operativen Behandlung der idiopathischen Epilepsie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 326.)

Verf. unterscheidet zwischen Epilepsie und Hemiepilepsie, die beide als Krankheitsbillder vollwertig nebeneinander stehen. Beide können zu dem sog. Status epilepticus führen und traumatisch bedingt sein, doch ist es vorzugsweise die Hemiepilepsie, welche traumatischen Ursprung hat.

Unter Adoption der Kocher'schen Anschauung, daß auch bei genuiner Epilepsie die Trepanation mit Duraexzision durch Veränderung der Druckverhältnisse das Leiden günstig zu beeinflussen geeignet sein kann, wurden in der Kümmell-schen Abteilung 16 Fälle von idiopathischer Epilepsie trepaniert.

Von diesen konnten 13 nachuntersucht werden. Bei 11jähriger Beobachtungdauer waren zwei Pat. mit genuiner Epilepsie durch die Operation dauernd geheilt. Bei 3—4jähriger Beobachtungsdauer ergab sich bei drei bis vier Fällen eine wesentliche Besserung der Erkrankung. Sechs andere, jüngere Fälle waren durch die Operation nicht beeinflußt worden; von diesen starben drei verschieden lange Zeit nach dem Eingriff im epileptischen Anfall. Ein Todesfall erfolgte kurz nach der Operation, doch war es fraglich, ob es sich wirklich um eine genuine Epilepsie und nicht vielmehr um eine luetische Encephalitis gehandelt hat, obgleich der Fall von neurologischer Seite als sichere Epilepsie angesprochen wurde.

Bei Hemiepilepsie wurde die Trepanation über dem zuerst krampfenden Zentrum, sonst über der linken Frontotemporalgegend ausgeführt unter Bildung eines Weichteil-Knochenlappens. Regelmäßig wurde die Dura ausgedehnt exzidiert und auf längere Drainage resp. Tamponade Wert gelegt.

Bei der trostlosen Prognose der genuinen Epilepsie ermutigen die zwei bis drei Dauerheilungen und drei entschiedenen Besserungen zu weiteren Versuchen mit der von Kocher inaugurierten operativen Behandlung.

Reich (Tübingen).

36) **H. Denks.** Tumor des Occipitallappens des Gehirns, durch Operation geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 300.)

Der 27jährige Pat. mit obiger Affektion litt seit etwa Jahresfrist an exazerbierenden Kopfschmerzen und Erbrechen. Als wegen Gesichtsstörungen eine Augenuntersuchung vorgenommen wurde, ergab diese einen Befund, der zur genannten Diagnose und operativen Behandlung führte. Die Diagnose und Lokalisation gründete sich auf das Vorhandensein einer doppelseitigen Stauungspapille, einer totalen rechtsseitigen Hemianopsie und einer beträchlichen Einschränkung des linken Gesichtsfeldes. Rindenreizsymptome fehlten. Ein Trauma oder Lues waren auszuschließen.

Bei der Eröffnung des Schädels mit Bildung eines Weichteil-Knochenlappens über dem Occipitallappen des Gehirns fand sich unter einer bläulich verfärbten, nicht pulsierenden Stelle der Dura eine Geschwulst mit einer zweimarkstückgroßen Oberfläche, die mit der Dura verwachsen war. Die aus einer dunkel-rötlichen, derben Masse, einem von der Dura ausgehenden Spindelzellensarkom bestehende Geschwulst war scharf umgrenzt, reichte weit in die Tiefe, den ganzen Hinterlappen durchsetzend, konnte aber leicht mit dem Finger ausgeschält werden.

Die Blutung stand auf Tamponade. Es erfolgte anstandslose Wundheilung unter knöcherner Einheilung des Lappens.

Nach 5 Wochen war die Stauungspapille verschwunden und dafür eine Atrophie vorhanden. Nach $1^1/_2$ Jahren der Augenbefund sogar etwas besser als vor der Operation; Pat. psychisch und körperlich durchaus munter und imstande, seine Geschäfte als Landwirt zu verrichten. **Reich** (Tübingen).

37) **A. Exner.** Über basale Cephalokelen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 23.)

Mehr pathologisch-anatomisch, aber auch chirurgisch interessierende Abhandlung, betreffend ein in der Wiener Klinik von Hochenegg beobachtetes neu-

geborenes männliches Kind. Dasselbe zeigte außer einer medianen Oberlippenspalte bei vorhandenem Philtrum und einer medianen Spalte des hinteren Gaumens eine dünnwandige, taubeneigroße, hinter dem Alveolarfortsatz des Oberkiefers sitzende Cyste, deren Stiel aus einer Lücke der Schädelbasis heraustrat. Diese Cyste wurde brandig, und gegen Ende seines 1. Lebensmonates starb das Kind unter meningitischen Erscheinungen. Die Sektion zeigte auf der Schädelbasis eine auf Kosten des Sieb- und Keilbeines entstandene, ovale, 19 mm lange, 7 mm breite Lücke, die als Bruchpforte für eine Hydromeningoencephalokele gedient hatte. Und zwar hatte das stark erweiterte Vorderhorn des rechten Seitenventrikels diese Bruchpforte passiert. Von Wichtigkeit ist, daß im hinteren Teile der Schädelspalte sich ein braunrotes Gewebe fand, das sich histologisch als drüsiges Hypophysengewebe erwies; denn dieser Befund gibt den Schlüssel zur genetischen Erklärung für die Schädelspaltbildung. Die Hypophyse entwickelt sich aus einer Ausbuchtung des Schlundepithels und wächst von hier aus gegen das Hirnbläschen vor. Eine Persistenz dieses Schlund und Schädelhöhle verbindenden »Hypophysenganges« ist die Grundlage zur Bildung der Hirnbruchpforte. Die mediane Oberlippenspalte seines Falles erklärt E. als Hemmungsbildung infolge von Nichtzusammenwachsen der »Processus globulares« (His) der sich entwickelnden Oberlippen. Die vorhandene Gaumenspalte erklärt sich durch die aus der Schädelbasisspalte begreifliche Verbreiterung der Schädelbasis. Auch gibt letztere einen Erklärungsgrund für einen eigentümlichen fistulösen Kanal, der, in der Medianlinie gelegen, am Alveolarfortsatz mit einem kleinen Loche beginnend, submukös sagittal weiter geht und in der Gaumenspalte endigt. Wahrscheinlich handelt es sich um den unverödeten embryonalen Canalis incisivus.

Die Beschreibung der anatomischen Details ist unter Beifügung von Abbildungen sorgfältig und gut verständlich ausgearbeitet. In der zur Erläuterung der Persistenz des Hypophysenganges angezogenen Literatur finden sich mehrere Beobachtungen dieser Anomalie, verschiedene Grade von deren Ausbildung kennzeichnend. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

38) **Chavanne et Troullieur.** De le section intra-cranienne du nerf auditif.

(Annal. des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 9.)

Die Verff. berichten über 3 Fälle, bei denen zur Beseitigung quälender Ohrgeräusche die intrakranielle Durchschneidung des N. acusticus vorgenommen wurde. Die Erfolge sind wenig ermutigend: 2 Pat. starben an den Folgen der Operation, der dritte blieb am Leben, bekam aber zu seinen Ohrgeräuschen, die 1 Jahr nach der Operation noch vorhanden waren, eine Facialislähmung und Schwindel.

Hinsberg (Breslau).

39) **Lennoyez.** Affections pyocyaniques de l'oreille.

(Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 10.)

L. weist darauf hin, daß der Pyocyaneus, der sich nicht selten im Gehörgang bei Otitis externa und bei chronischen, seltener bei akuten Mittelohreiterungen findet, durchaus nicht immer als harmlose Saprophyte aufzufassen ist, daß er vielmehr häufig schwere Erkrankungen mit hohem Fieber und auffallend heftigen Schmerzen verursacht. Er stellt die Literatur übersichtlich zusammen und berichtet über persönliche Erfahrungen. Experimentell konnte er feststellen, daß eine Pyocyaneusinfektion der Ohrmuschel des Kaninchens regelmäßig eine schwere Perichondritis verursacht. Auch die beim Menschen beobachtete Perichondritis scheint meist auf den Pyocyaneus zurückzuführen zu sein.

Hinsberg (Breslau).

40) **Rothschild.** Ein Eall von retrobulbärer teratoider Geschwulst. Krönlein'sche Operation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Es handelt sich im obenstehenden Falle um eine kirschgroße retrobulbäre Geschwulst, die zwischen Periorbita und Muskeltrichter auf der temporalen Seite

des Auges lag. Sie wurde durch die Krönlein'sche Operation unter Erhaltung des Bulbus und seiner Mobilität entfernt. **Borchard** (Posen).

41) **J. N. Roy.** Primary melanosis of the palate; nasobuccal fistula of recent sarcomatous origin.

(New York med. record 1907. November 2.)

R. hat einen Fall von melanotischem Sarkom des harten Gaumens beobachtet; bei dem Kranken soll sich schon 20 Jahre vorher Pigmentation, »als primäre Melanosis« bezeichnet, allein an dem jetzigen Sitz der Neubildung gezeigt haben.

Loewenhardt (Breslau).

42) **W. Sterling.** Ein Fall von Syphilis der Kiefergelenke.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 11.)

Bei einem vor 5 Jahren syphilitisch infizierten Pat. entwickelten sich allmählich Beschwerden beim Kauen und Aufmachen des Mundes, und zwar in beiden Kiefergelenken. Eine Auftreibung des Jochbeines, der unteren Temporalgegend, des Kiefergelenkes fand sich besonders links. Auf spezifische kombinierte Behandlung trat wesentliche Besserung, wenn auch keine völlige Heilung ein.

Jadassohn (Bern).

43) **P. Steiner.** Beiträge zur Behandlung des Lippenkrebses.

(Orvosi Hetilap 1908. Nr. 1.)

Verf. bespricht auf Grund des Materials der Dollinger'schen Klinik die chirurgische Behandlung des Lippenkrebses. Es wurden im letzten Dezennium 200 Fälle operiert, und zwar 158 primäre und 42 Rezidivkrebse, die Verf. betreffs der Dauerheilung einer Nachuntersuchung unterzog. Es kommt Verf. zu folgendem Schluß: Der Lippenkrebs kommt beim Manne 10mal häufiger vor als bei Frauen. Der Krebs der unteren Lippe ist 12mal, der oberen Lippe 3mal häufiger beim Manne. Der Krebs der unteren Lippe ist 12mal häufiger als der Krebs der oberen Lippe. An der unteren Lippe gibt es keine Prädilektionsstelle für den Krebs, an der oberen sitzt der Krebs am häufigsten in der Mittellinie. Der Lippenkrebs kommt meist bei Feldarbeitern vor, und zwar zwischen dem 55. und 60. Jahre. Vorhergegangene Entzündungen, Psoriasis, Leukoplakie, Narben entarten häufig karzinomatös. Eine 3jährige Rezidivfreiheit wurde in den primären Fällen in 70,7%, eine 5jährige in 69,6% erzielt. Eine 3jährige Rezidivfreiheit wurde in den Rezidivfällen nur in 16% erzielt. In $^2/_3$ der rezidivierten Fälle trat der Tod im ersten Jahr ein. (Selbstbericht.)

44) **A. D. Pawlowski.** Zur Frage von der Glossitis acuta staphylococcica.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 44.)

Unter diesem Namen beschreibt P., als Krankheit sui generis eine Zungenaffektion, die im südwestlichen Rußland — Gouv. Kiew — ziemlich oft vorkommt. Das Volk auf dem Lande lebt recht unreinlich, wäscht den Körper selten, und P. fand sehr oft auf der Haut den Staphylokokkus albus, der auch das genannte Zungenleiden verursacht. Es äußert sich in Rötung und Schwellung der Zunge und im Auftreten von Bläschen und Papeln an der Oberfläche, die kleine eiternde Erosionen zurücklassen und nach einigen Tagen ausheilen. Die Krankheit tritt meist bei Kindern nach erschöpfenden Allgemeinleiden auf. Aus dem Eiter züchtete P. Reinkulturen des Staphylokokkus albus und erzielte durch Impfung derselben auf die lädierte Zunge von Meerschweinchen ähnliche Zustände.

Hückel (Wel. Bubny, Poltawa).

45) **H. Ito** und **Y. Soyesima.** Zur Behandlung der Facialislähmung durch Nervenpfropfung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 203.)

Verff. verfügen über sechs Fälle von Nervenpfropfung wegen Facialislähmung, welche in der japanischen Universitätsklinik Kyoto operiert sind. Zur Vernähung

mit dem Facialis wurde zweimal der Accessorius und viermal der Hypoglossus verwendet. Die Technik war stets so, daß ein läppchenförmiges Längsstück des verwerteten Nerven mit zentraler Basis gebildet und in einen Längsschlitz des Facialis eingenäht wurde, nachdem dieser zwischen Foramen stylomastoideum und Parotis frei gemacht worden. Die Lähmung war stets rheumatischer Natur und hatte mindestens 1 Jahr bis in maximo 35 Jahre bestanden. Die Nachbehandlung bestand, abgesehen von Elektrizität und Massage, in methodischen Übungen vor dem Spiegel. Bei zwei jugendlichen, 14- resp. 20jährigen, Kranken trat in einigen Gesichtsmuskeln schon sehr frühzeitige Reaktion auf, sonst erfolgte die teilweise Wiederherstellung der gelähmten Muskeln erst nach einigen Monaten (zwei Fälle), resp. nach einem Jahre (ein Fall). Der Erfolg macht sich wesentlich bei mimischer Ruhe durch wesentliche Besserung der Gesichtsasymmetrie bemerkbar; ein aktives mimisches Muskelspiel ist nicht erreicht, so daß Verff. die Operation nur als eine »ästhetische« bezeichnen möchten. Die beiden mit Vernähung des Accessorius behandelten Kranken hatten über unwillkürliche Mitbewegungen im Gesicht bei Heben des Armes zu klagen, während bei den mit Verwendung des Hypoglossus Behandelten die anfänglichen Ausfallserscheinungen betreffs Sprechens und Schlukkens in einigen Wochen fast vollständig schwanden.

Das bisher über Erfahrungen mit diesen Operationen veröffentlichte Material (57 Fälle, und zwar 35 Accessorius-, 22 Hypoglossusanastomosen) ist in der Abhandlung kurz besprochen. Am Schluß steht ein 105 Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

46) **R. Wilmanns.** Über die mediane Halsfistel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 549.)

Wenige Monate vor der Operation war bei einem 6jährigen Mädchen spontan eine bisher latente mediane Halsfistel nach außen durchgebrochen, die trotz mehrfacher Eingriffe nicht zu definitivem Verschluß kam. Es wurde daher unter Resektion des Zungenbeines die Fistel von ihrer äußeren Mündung bis zum Foramen coecum exstirpiert. Sie bestand in ihrem peripheren Abschnitt aus einem epithellosen, in entzündliches Gewebe eingebetteten Gange, in ihrem zentralen Teil aus drei mit hohen, zum Teil mehrschichtigen Epithelzellen ausgekleideten Gängen, die sich zu einem Gange vereinigten. In der Nachbarschaft fand sich typisches Schilddrüsengewebe und in der Zungenbasis ein Herd wohl ausgebildeten Knorpels.

Die Fistel war also wohl zweifellos aus dem Ductus thyreoglossus hervorgegangen.

Da in zwei anderen Fällen von medianer Halsfistel nach unvollständiger Operation und spontanem Verschluß je 10 Jahre später ein Rezidiv auftrat, so empfiehlt Verf. die radikale Ausrottung unter Resektion des Zungenbeines.

Reich (Tübingen).

47) **F. Lehnerdt.** Zur Kenntnis der Narbenstrikturen und Narbenverschlüsse nach Intubation nach Beobachtungen im Leipziger Kinderkrankenhause.

Berlin 1907.

Verf. verwertet in seiner Arbeit das Diphtheriematerial des Leipziger Kinderkrankenhauses der Jahre 1892—1905 zur Beurteilung der Schädigungen durch die Intubation, insonderheit der Entstehung der Narbenstenosen und ihrer Beziehungen zur sekundären Tracheotomie. Es ist ein wesentlicher Unterschied zwischen den Jahren 1892 bis 1901 und 1902 bis 1905. Denn während in dem ersten Zeitraume bei 988 Intubierten mit 151 Sekundärtracheotomien nur 2 Stenosen beobachtet sind = 0,2%, sind in der zweiten Gruppe unter 551 mit 196 Sekundärtracheotomien 14 Narbenstenosen = 2,5%. Diesen auffallenden Unterschied glaubt Verf. dadurch erklären zu müssen, daß 1903 und 1905 besonders schwere Diphtherieepidemien vorlagen. Beweis hierfür die Tatsache, daß die Mortalitätsziffer, die nach der Einführung der Serumbehandlung von 45% auf durchschnittlich 15% gefallen war, in diesen Jahren wieder auf 21,7% und 21,3% stieg. Die sekundäre

Tracheotomie wurde wegen Dekubitalgeschwüren ausgeführt, wenn die klinischen Symptome für ein solches sprachen und sich bei fortgesetzter Intubation an Intensität steigerten. Bereits am 2.—3. Tage wurden alsdann kurzdauernde Probeintubationen vorgenommen, während zu Dauerintubationen erst vorgegangen wurde nach Eintritt der Vernarbung. Unter 14 Stenosen sind 2 impermeabel, 8 permeabel I. Grades, d. h. solche, bei denen die kleinste Tubusnummer durchging, 4 II. Grades, die nur durch feine Sonden und Bougies passierbar waren. Von ihnen sind 5 geheilt, 3 gebessert, 5 gestorben — 2 Masern, 2 Pneumonien, 1 Arrosionsblutung nach Tracheotomie. Nach diesen Resultaten glaubt Verf., daß die sekundäre Tracheotomie bei Dekubitalgeschwüren im allgemeinen nicht zu verwerfen ist, vielmehr erst gefährlich wird bei tiefgreifenden Geschwüren und schwerer Zerstörung des Kehlkopfes. **Coste** (Breslau).

48) **N. Wolkowitsch** (Kiew). Zur Frage über den Kehlkopfkrebs und speziell dessen operative Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 42.)

Bei den 24 von W. operativ behandelten Pat. mit Kehlkopfkrebs — 19 Männer und 5 Frauen, meist im 46.–65. Lebensjahre — kamen folgende Operationen zur Ausführung: a. Thyreotomie mit Entfernung der Neubildung im Gebiete des Stimmbandes und seiner nächsten Umgebung: 2 Fälle. b. Partielle Kehlkopfexstirpation: 7 Fälle. c. Totale Kehlkopfexstirpation: 15 Fälle, zu denen noch ein 16. hinzukommt, in dem diese Operation nachträglich stattfand, nachdem einer Partialoperation ein Rezidiv nachgefolgt war. An unmittelbaren Operationsfolgen starben nur 3 Kranke, alle an Totalexstirpation, an Sepsis dabei genau genommen nur 1. An Tuberkulose und anderen Erkrankungen, sowie an zufälligen Ursachen starben 7. Bei 5 Pat. wurde ein Rezidiv beobachtet, und zwar bei einem erst nach mehr als 2 Jahren nach der Operation. Das Schicksal eines Pat. ist unbekannt, die übrigen 7 Pat. sind $1^7/_{12}$ bis mehr als 8 Jahre rezidivfrei.

Bei der wichtigsten Operation, der totalen Kehlkopfexstirpation, werden folgende drei Aufgaben erörtert: radikale Entfernung alles Erkrankten, Verhütung von Wundinfektion, zweckmäßige postoperative Ernährung. Zu einer radikalen Operation ist die Mitentfernung infizierter oder verdächtiger Drüsen erforderlich (von W. in 13 Fällen vorgenommen). Sie wird zwecks Verhütung von Infektion vor Inangriffnahme des Kehlkopfes erledigt und bedingt bei Verwachsung der Drüsen mit der Jugularvene nicht selten deren Resektion, hier und da auf beiden Seiten. Ist der allenfalls erhaltbare Kehlkopfteil kleiner als die Hälfte des Organes, so entferne man lieber den ganzen Kehlkopf; denn die Erhaltung kleiner Kehlkopfreste hat keinen sonderlichen Vorteil. Zur Verhütung von Wundinfektion dient erstens die Einnähung des Luftröhrenstumpfes in das untere Wundende, wobei zu bemerken, daß W.'s Schnittführung vom Zungenbein bis zur Incisura sterni reicht. Durch dieses Verfahren wird allerdings der Gebrauch eines künstlichen Kehlkopfes ausgeschlossen; doch fand W. dieses Instrument nicht nur unpraktisch, sondern auch überflüssig; denn alle Pat. können mindestens eine genügende Flüstersprache erlernen, ausnahmsweise (ein Pat. W.'s) sogar ein laut vernehmliches Sprechen. Zweitens kommt es auf eine zulängliche Vernähung der Schlundwunde mit der Zungenbasis an, für die eine erhaltbare Epiglottis von großem Vorteil ist. Meist ist diese Schlundvernähung oder Plastik nur in der Längsrichtung möglich, fünfmal gelang sie W. in querer Richtung. Zur Schonung dieser Nähte bei der Nachbehandlung ist der Kopf durch Bindenwicklung in vornüber gebeugter Richtung zu fixieren. Die Wundhöhle zwischen Luftröhrenstumpf und Schlundteil der Wunde wird mit Jodoformgaze drainiert und darüber genäht. Für die postoperative Ernährung führt W. schon auf dem Operationstisch eine weiche Magensonde ein und läßt dieselbe behufs ausschließlicher Nahrungszufuhr durch sie bis über 2 Wochen lang liegen, bis Schluckversuche zeigen, daß nur noch minimale Flüssigkeitsmengen aus dem Schlund in die Wunde geraten. Das Verfahren hat sich durchaus bewährt und wird zur Nachahmung empfohlen.

Zum Schluß stehen in Tabellenform die 24 Krankengeschichten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

49) **E. Stumme.** Ein Fall von Basedow mit Tuberkulose einer Glandula parathyreoidea.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 265.)

Die Mitteilung aus der Hochenegg'schen Klinik in Wien hat besonderes Interesse für die Frage der physiologischen Bedeutung der »Epithelkörperchen« (Glandulae parathyreoideae). Eine 22jähriger Pat., die an Lungentuberkulose und Basedow litt, wurde mit bestem Erfolg einer Kropfoperation unterzogen. An dem fast mannsfaustgroßen Operationspräparat ist das obere Epithelkörperchen zu sehen, während das untere fehlt. Das Epithelkörperchen ist tuberkulös degeneriert, wie histologisch des näheren beschrieben, auch durch zwei mikroskopische Abbildungen erläutert wird.

Klinisch wird besonders die nach der Operation hergestellte bedeutende Herabsetzung des sogenannten »Facialissymptomes« hervorgehoben. Vor der Operation trat bei der Pat. beim Beklopfen der Wange etwas unterhalb des vorderen Teiles des Jochbogens deutliches Zucken des betreffenden Mundwinkels ein, nach der Heilung war dies, einer Übererregbarkeit des Facialis zuzuschreibende Symptom so weit zurückgegangen, daß immer erst nach ein paar Schlägen eine kaum merkliche, aufs Lippenrot beschränkte Zuckung eintrat. Außerdem schwanden die Lungenbeschwerden fast ganz, die Basedowsymptome ebenfalls sehr erheblich.

In der Besprechung finden sich sehr interessante Notizen über die physiologischen Funktionen der Epithelkörperchen in gesundem und krankem Zustande, besonders bei Tuberkulose, die bei ihnen bislang nur erst sehr vereinzelt nachgewiesen ist (6 Fälle von Pepere). Die Übererregbarkeit des Facialis ist auf eine physiologische Epithelkörpercheninsuffizienz zurückzuführen. Das kranke Epithelkörperchen war in »seiner physiologischen Pflicht beeinträchtigt, um so mehr als der vorhandene Basedow gesteigerte Ansprüche an sie stellte«, so daß das der Bindung entgangene Toxin (Hyperthyreoidismus!) zur Übererregbarkeit des Facialis führte. Die Verkleinerung des Kropfes brachte Reduktion der Anforderungen, und die Epithelkörperchen wurden ihrer Aufgabe wieder gerecht.

Das interessante zum Schluß der Arbeit gegebene Literaturverzeichnis weist 36 neuere Schriften über Epithelkörperchen nach.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

50) **W. M. Rokizki.** Zur Ösophagoplastik.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

R. empfiehlt, plastischen Operationen an der Speiseröhre stets die Gastrostomie vorauf zu schicken. Im folgenden Falle glaubt er dem Vorhandensein der Magenfistel einen wesentlichen Anteil am Erfolge zuschreiben zu müssen.

Die 46jährige Pat., der vor mehreren Jahren eine Speiseröhrenstriktur dilatiert worden war, kam mit total impermeabler Striktur. 16 cm hinter der Zahnreihe begann der Verschluß. Aus vitaler Indikation wurde gastrostomiert.

Operation: Von unten und von oben wurden Sonden in die Speiseröhre eingeführt und diese von links her an zwei Stellen inzidiert, darauf die 6—7 cm lange Narbenpartie halb gespalten und aufgeklappt, worauf sie $1^1/_2$—2 cm breit war. Von einer Lichtung waren kaum Spuren zu sehen. Zur Herstellung des Rohres wurde ein länglicher Hautlappen mit unterer Basis benutzt, der mit der Epidermis nach innen in 2 Zeiten an seine Stelle gebracht wurde. 4 Monate später — inzwischen war fleißig bougiert worden — wurde ösophagoskopiert: von 16—23 cm war der Ösophagus leicht sackförmig erweitert, und zwar nach links vorn. Die Farbe war blasser als die des übrigen Ösophagus. Die Narbe und die eingeklappte Haut waren schwer zu unterscheiden, aber durch Falten voneinander getrennt.

V. E. Mertens (Kiel).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 8. Sonnabend, den 22. Februar 1908.

Inhalt.

I.

Aus der experimentell-biologischen Abteilung des pathologischen Instituts zu Berlin. Vorstand Prof. Dr. A. Bickel.

Überleitung des Vena cava-Blutes in die Vena portae mittels terminolateraler Gefäßanastomose.

Von

Dr. Ludwig Meyer in Berlin.

In Nr. 36 dieses Zentralblattes (1902) beschreibt Professor Iginio Tansini eine Methode, nach welcher in seiner Klinik zu Palermo die Eck'sche Fistel an Hunden hergestellt wurde, und zwar wurde dort die terminolaterale Einpflanzung der Vena portae in die Vena cava ausgeführt. Am Menschen wurde dieselbe Operation einmal von Vidal (Périgneux) ausgeführt und auf dem französischen Chirurgenkongreß zu Paris 1904 veröffentlicht.

Umgekehrt hierzu wird es nun Fälle geben, wo es indiziert erscheint, die Vena cava in ihrer Kontinuität zu unterbrechen und

streckenweise zu resezieren, und zwar zentralwärts vom Eintritt der Nierenvenen. Bis jetzt war dies nur möglich, wenn die Cavaunterbindung durch krankhafte Stenosierung ihres Lumens vorbereitet war, und sich Kollateralen schon gebildet hatten. Die bis jetzt in der Literatur beschriebenen Fälle sind in einer Arbeit von Draudt aus der Königsberger Klinik in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXVIII p. 109 zusammengestellt.

Ich glaube nun für die Ligature brusque, d. h. für die unmittelbare Unterbindung und Durchschneidung der Vena cava analog der Herstellung einer Eck'schen Fistel eine Methode vorschlagen zu können, die dem Cavablute sofortigen Abfluß gestattet.

Ich habe am Hunde die Vena cava inferior oberhalb — d. h. zentralwärts — der Nierenvenen quer durchschnitten und endständig derartig in die Seitenwand der Vena portae implantiert, daß das Körperblut seinen Weg jetzt von der Vena cava durch die Pfortader in die Leber nimmt und von dort aus durch die Vena hepatica dem oberen Abschnitte der Vena cava wieder zufließt.

Die Technik dieser Operation, die von mir am Hunde ausgeführt worden ist, entspricht ungefähr der von Tansini veröffentlichten.

Der Hund wird auf ein rollenförmiges Kissen zur Laparotomie gelagert und ein Schrägschnitt, 2 cm unter dem Processus xiphoideus beginnend, 10 cm lang in der Richtung auf die Spina iliaca ant. sup. dextra gemacht. Nach Durchtrennung der Muskulatur und Eröffnung des Peritoneums werden die Därme und das Pankreas aus der Laparotomiewunde herausgewälzt, in ein mit heißer, physiologischer Kochsalzlösung getränktes Tuch gepackt und nach links gezogen. Jetzt beginnt die eigentliche Hauptoperation.

Die in durchscheinendes Bindegewebe eingebette Vena portae wird stumpf mit langer Hohlsonde und anatomischer Pinzette in möglichst weiter Ausdehnung freipräpariert und ein $1^1/_2$ cm langer Abschnitt derartig zwischen gummiarmierten Pinzen abgeklemmt, daß alle in den betreffenden Abschnitt hineinmündenden Gefäße mitgefaßt werden und bei der jetzt folgenden Längsschlitzung nicht bluten können.

Unmittelbar wird jetzt die Vena cava von der Unterlage freipräpariert, zentralwärts unterbunden, peripherwärts mit einer gleichfalls gummiarmierten Pinze abgeklemmt und dazwischen sehr dicht an der Ligatur quer durchschnitten.

Es erfolgt jetzt die terminolaterale Einnähung des klaffenden Cavalumens in den longitudinal eingeschnittenen Schlitz der Vena portae, was bei der außerordentlichen Zartheit der letzteren nicht ganz leicht und nur mittels der von Herrn Kollegen Stich in Bonn angegebenen sehr feinen Nähmaterialien möglich ist; andere Utensilien reißen in die zarte und sehr brüchige Vena portae Löcher, und das Versuchstier verblutet sich aus den Stichkanälen. Wichtig für das

Gelingen der Operation ist sorgfältige Freipräparation der Vena portae in möglichst großer Ausdehnung, da im Unterlassungsfalle durch die Traktion der eingenähten Vena cava die zarte Vena portae gegen fälschlich stehen gebliebene quere Bindegewebszüge abgeknickt wird und tödliche Stauung im Darm und den unpaaren Bauchorganen entsteht.

Der operierte Hund konnte am 11. Dezember 1907, das ist 9 Tage post operationem, in der Berliner medizinischen Gesellschaft vorgestellt werden. Zucker oder Eiweiß sind weder unmittelbar nach der Operation noch im weiteren Verlauf im Harn nachgewiesen worden. Ebensowenig sind andere Stauungserscheinungen aufgetreten. Der Hund hat die Operation um 15 Tage überlebt und damit den Beweis erbracht, daß er bei richtiger Funktion der Fistel die Ableitung des Blutes durch die Leber verträgt, während andere Hunde schon bei geringfügiger Stenosierung der Vena portae am 2. Tage post operationem unter Stauungserscheinungen zugrunde gingen. Die Versuche werden von mir unter steter Kontrolle von Stoffwechseluntersuchungen seitens des Kollegen Ehrmann fortgesetzt, und verweise ich auf die demnächst erscheinenden Veröffentlichungen.

II.

Aus der chirurgischen Abteilung des Alt-Katharinenkrankenhauses in Moskau.

Eine Modifikation der Roux'schen Ösophago-jejuno-gastrostomie.

Von

P. Herzen, ord. Arzt.

Es ist der sehnlichste Wunsch der Pat. mit Osophagusstenosen, wieder die Möglichkeit zu haben, Speisen per os einnehmen zu können; und dieses ist so selbstverständlich; denn nur der Kau- und Schluckakt können die komplizierten Reflexe auslösen, welche die Magenverdauung leiten. Diesem so natürlichen Verlangen der Kranken sucht die Methode meines hochverehrten Lehrers Roux auf äußerst geistreiche Weise nahe zu kommen, und zwar durch Bildung eines neuen aus Darmrohr bestehenden subkutanen Ösophagus.

Roux löst von der Mesenterialwurzel des Dünndarmes ein langes oberes und kurzes unteres Segment ab. Zur Ernährung dieses langen, auf diese Art mobil gemachten Darmteiles dient nur die auf einem dünnen Stiel nachgebliebene Art. jejunalis und die sie begleitende Vene. Die Darmkontinuität wird durch einen Murphy'schen Knopf hergestellt, während der mobilisierte Teil nach oben und vorn vom Netz und Colon transversum verlegt, der lange Abschnitt durch einen unter die Haut bis zum Jugulum gemachten Tunnel geführt und dort die Darmöffnung in einem kleinen Hautschnitt vernäht wird. Das

kurze Segment des mobilisierten, nach oben verlegten Darmteiles wird in der Gegend der kleinen Magenkurvatur implantiert.

Roux machte diese Operation mit Erfolg an einem Kinde, welches an einer gutartigen Ösophagusstenose litt, und nimmt an, daß die zweite Phase dieser Operation, d. h. die Verbindung des Darmes mit der Speiseröhre, keine Schwierigkeiten machen wird. Ich (auch andere: Kocher, Lambotte, Gramse) versuchte die typische Roux-sche Operation an einem Krebskranken. Der Pat. (wie bei den anderen) ging 4 Tage nach der Operation an allgemeiner Schwäche zugrunde. Bei der Sektion erwies sich der mobilisierte Darmabschnitt nicht gangräneszíert, es waren sogar schon gewissermaßen Verwachsungen mit dem umgebenden Gewebe eingetreten; die Schleimhaut jedoch erwies sich geschwellt und mit Blut gefüllt; im Mesenterium geringe Blutaustritte, ferner noch ein wenig Blut in dem anliegenden Teile der Bauchhöhle. —

Ich hatte bei der Sektion den Eindruck, als ob diese Erscheinung nur in Abhängigkeit stehe vom behinderten Blutabfluß aus der Darmschlinge oder aber von einer Kompression der Vene im Stiel und schließlich noch von einer partiellen Drehung des Stieles um seine eigene Achse. —

Die Roux-Operation hat einige schwer zu vermeidende schwache Seiten:

1) die lange Dauer und Schwierigkeit der Operation;
2) die recht beträchtliche Länge des Schnittes der Mensenterialwurzel;
3) die ungenügende Blutzirkulation im mobilisiertem Darmabschnitt.
4) die Möglichkeit einer Achsendrehung des Stieles;
5) die Kompression des Querkolon.

Mir gelang es gewissermaßen, diesen Mängeln abzuhelfen:

1) Man kann die ganze Operation nicht in zwei, sondern in drei Phasen teilen, d. h. zuerst den Darm zum Halsteil zuführen — alsdann ihn in den Magen implantieren und schließlich ihn mit dem Ösophagus vereinigen. —

Auf diese Weise wird die Dauer der ersten Phase bedeutend verkürzt, die gerade dann ausgeführt werden muß, wo die Pat. am meisten geschwächt sind.

2) Man kann das lange obere Segment des mobilisierten Darmteiles durch die breite Öffnung im Mesokolon und Lig. gastrocolicum in die obere Hälfte der Bauchhöhle und von hier aus durch den subkutanen Tunnel bis zum Halse führen.

Diese letztere Variation erwies sich als eine äußerst wertvolle: der Schnitt der Mesenterialwurzel wurde bedeutend kürzer, ferner legte sich der Darm direkt auf den Magen, so daß zur nachfolgenden Implantation die Bildung eines unteren freien Segments, das nach oben gezogen werden muß, um den Magen zu erreichen, schon nicht mehr nötig war.

Der Schnittwinkel des Mesenterium wird mit einer Naht an den unteren Winkel der Öffnung des Mesokolon befestigt und der Darm

ebenfalls mit einer Naht an den oberen Winkel derselben Öffnung. Auf diese Weise wird auch die Drehung vermieden.

Ein weiterer Vorzug dieser Modifikation liegt in einer freieren Blutzirkulation im mobilisierten Darmteil. Wie schon oben erwähnt, dient nur eine Arterie und Vene, die im dünnen Stiele nachblieben, zur Ernährung des langen isolierten Darmteiles. Nach meiner Modifikation existiert eigentlich gar kein Stiel; unter dem unteren Schnittpunkt der Mesenterialwurzel bleiben Darm und Mesenterium völlig unversehrt; daraus ist es ersichtlich, daß nicht nur eine Art. jejunalis den isolierten Darm mit Blut versorgt, sondern auch alle übrigen mit Hilfe von breiten kollateralen arteriellen Bögen.

Auf diese Weise werden die fünf schwachen Punkte der ersten Phase der Roux'schen Methode zum Teil vermieden.

Der obere Abschnitt des aus dem Duodenum abgehenden Dünndarmes wird seitlich im Darm implantiert. Zum Schluß erhält man für die erste Hälfte der ersten Phase das, was ich Jejunostomia retrocolica antethoracica cervicalis Y-formis nannte. Wenn der Pat. sehr schwach ist, so kann man an dieser Stelle die Operation unterbrechen.

Nachdem der Pat. sich erholt, an Kraft zugenommen, wird in der zweiten Sitzung die zweite Hälfte der ersten Phase der Operation Roux ausgeführt, und zwar: nach Loslösung des Darmes von den Verwachsungen im Epigastrium geht man bis zum Magen. An der bequemsten Stelle, etwa 10 cm vom Rippenrande entfernt, wird der Darm quer bis zum Mesenterium durchschnitten; eine Verletzung des letzteren muß sorgfältigst vermieden werden; man kann sich stets davon überzeugen, daß in dem dem Magen vorliegenden Raum ein großes Plus an Darmschlingen sich befindet, und ist es daher am Platz, ca. 20 cm des Darmrohres zu resezieren, indem man es vom Mesenterium loslöst, das völlig unverletzt bleibt. Die Öffnung des unteren Darmabschnittes wird völlig vernäht, der obere Abschnitt implantiert sich leicht an die kleine Magenkurvatur. Der Vorzug dieser Technik besteht darin, daß bei voller Erhaltung sämtlicher Gefäße des subkutan gelegenen, jetzt zum Ösophagus werdenden Darmes seine Länge mehr verkürzt wird als bei der Roux'schen Operation, ferner seine Lage bedeutend gerader und die Funktion des dicken Querdarmes keineswegs gestört wird. —

Die letzte Phase der Roux'schen Operation, d. h. die Verbindung des Darmes mit der Speiseröhre, stellt nichts Besonderes vor, ich muß jedoch an dieser Stelle bemerken, daß eine primäre Verbindung der Darmschleimhaut mit der der Speiseröhre gewisse Schwierigkeit haben kann infolge des Unterschiedes des Zylinderepithels des einen und Plattenepithels des anderen.

Die Jejunostomia retrocolica antethoracica cervicalis Y-formis wurde von mir an einem sehr schwachen Krebskranken am 3. September 1907 ausgeführt. Er fühlte sich nach der Operation so gebessert, daß er von einer Fortsetzung derselben Abstand nahm und ins Dorf fuhr. Er fütterte sich teils per os, teils durch die Darmfistel. —

Die ganze Roux'sche Operation, nach der von mir modifizierten Methode, führte ich an einer 20jährigen Pat. aus, die an einer fast völligen Stenose des Ösophagus, 6 Monate nach einer Intoxikation mit H_2SO_4, litt. Die Operation zerfiel in drei Phasen.

Die erste Phase, 10. September 1907, verlief typisch in der oben beschriebenen Weise, wobei die Länge des Randes des Mesenterialschnittes 28 cm betrug und drei Art. jejunalis unterbunden werden mußten. — Die zweite Phase am 4. Oktober 1907. Es wurden ca. 20 cm Darmrohr im Epigastrium rezeziert. Der Magen erwies sich nicht groß und nach hinten gezogen — die Implantationsstelle etwa die Mitte der kleinen Kurvatur an der vorderen Magenwand. Nach dieser Operation begann die Pat. flüssige Speisen, gehacktes Fleisch und Brot durch die Darmfistel zu sich zu nehmen. — Die dritte und letzte Phase am 17. November 1907. Der Darm wird in einer Länge von 12—15 cm mobil gemacht und sein Rand schräg angefrischt der Ösophagus wird isoliert, seine engste Stelle befindet sich etwa dem Jugulum entsprechend; eine sehr dünne Sonde passiert sie nur mit Mühe und stößt 15 cm niedriger auf ein Hindernis. — Der Ösophagus wird durchtrennt, sein unteres Ende fest vernäht, sein oberes Ende ein wenig seitlich und der Länge nach noch inzidiert und mit dem Darm vernäht. Eine schräge Verbindung der Speiseröhre mit dem Darm soll einen leichteren Übergang der Speise von ersterem zum zweiten bewerkstelligen. Am 8. Tage nach der Operation hatte sich eine Fistel der Speiseröhre gebildet. Deswegen wurde per os bis zum Brustteil des Darmes eine Verweilsonde eingeführt und gleichzeitig mit gesteigerter Ernährung durch die Sonde begonnen. Am 21. Tage nach der Operation schloß sich die Fistel, die Sonde wurde entfernt, und die Pat. schluckt jetzt normal. Jetzt sind 4 Wochen verflossen, seit die Pat. per os Brot, gehacktes Fleisch, Eier usw. zu sich nimmt. Die Darmperistaltik vollzieht sich subkutan vorzüglich bei Eintritt eines jeden neuen Bissen.

Die Pat. demonstrierte ich auf dem VII. russ. Chirurgenkongreß in Petersburg, und erfreut sie sich gegenwärtig einer guten Gesundheit.

III.

Zur plastischen Bildung eines neuen Ösophagus.

Von

Prof. Dr. Wullstein,

I. Assistent an der Kgl. chirurg. Universitätsklinik zu Halle a. S.

In einem am 21. Dezember 1907 (Nr. 51) in diesem Zentralblatt erschienenen Originalartikel teilt Bircher unter dem Titel »Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Ösophagus« eine Methode der Bildung einer künstlichen Speiseröhre aus der Brusthaut mit, welche ich in der völlig gleichen Weise in der Deutschen med. Wochenschrift 1904 Nr. 20 als »antethorakale Ösophago-Jejunostomie« beschrieben habe[1].

Das von Bircher jetzt publizierte Verfahren unterscheidet sich nur dadurch von dem meinigen, daß er den oben mit dem Halsteil des Ösophagus verbundenen, antethorakalen Hautschlauch nach unten hin mit dem Magen in Verbindung bringt, während ich aus ganz bestimmten anatomischen Gründen, die ich in meiner vor nun fast 4 Jahren erschienenen Arbeit ausführlich dargelegt habe, den Magen absichtlich vermieden und den Hautschlauch mit dem Jejunum in

[1] Diese Arbeit ist im Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 32 von Borchard (Posen) referiert.

Kommunikation gebracht habe. Dieser Punkt ist aber absolut unwesentlich; das prinzipiell Neue des Verfahrens liegt darin, daß ein innerhalb des Rumpfes resp. intrathorakal gelegenes Organ einen plastischen Ersatz an der Körperoberfläche findet.

Und insofern können auch die Verfahren von Gluck und Roux, so angebracht und vorteilhaft sie auch in dem einen oder anderen Falle sein mögen, doch immerhin nur als Modifikationen meiner prinzipiell neuen Methode angesehen werden. Diesen Standpunkt erkennt auch Kocher an, der in der neuesten (fünften) Auflage seiner chirurgischen Operationslehre bei der Schilderung des Roux'schen Verfahrens schreibt: »Wir heben hervor, daß der Gedanke einer Ösophago-Jejunostomie schon von Wullstein geäußert worden ist. W. schlug auf Grund von experimentellen Beobachtungen vor, einen Darmabschnitt antethorakal zu lagern und ihn mit der am Halse herausgezogenen Speiseröhre plastisch zu vereinigen — zum Ersatz der intrathorakalen Speiseröhre bei Verschluß derselben«.

Die auf sehr exakten Erwägungen und anatomischen Beobachtungen beruhende Roux'sche Modifikation meiner Methode (Semaine médicale du 23 janvier 1907) hat allerdings den Vorteil, daß der die antethorakale Kommunikation herstellende Ersatzteil des Ösophagus durch ein mit Peristaltik ausgestattetes Organ gebildet wird. Dabei ist es nach den Erfahrungen Kocher's, welche er sogleich bei dem ersten nach den Roux'schen Angaben operierten Falle — älterer Mann mit Cardiakrebs — machte, sicher, daß man wahrscheinlich nur bei jugendlichen Individuen, jedenfalls nicht in jedem Falle, wie Roux meinte, »ohne Schädigung der Lebensfähigkeit des Darmes ein genügend langes Stück Jejunum (sans inconvénient pour la vitalité de l'intestin un segment jéjunal assez long)« bis auf »einen oder mehrere arterielle Hauptstämme als Stiel (comme pédicule un ou plusieurs piliers artériels)« isolieren kann, weil sonst, wie in dem Kocher'schen Fall und in zwei von Tuffier operierten Fällen, in dem so isolierten Darmabschnitt die Zirkulation erlischt und damit das Roux-sche Verfahren unmöglich wird. Sicher werden auch bei dem Roux'schen Verfahren die Chancen für eine genügende Ernährung des isolierten Jejunalstückes bessere sein, wenn Roux diesen über den Rippenbogen antethorakal nach oben gezogenen Darmteil nicht **vor** dem Querkolon entlang, sondern, wie ich das in der oben erwähnten Arbeit beschrieben habe, **hinter** dem Querkolon »durch eine Lücke des Mesocolon transversum und Lig. gastrocolicum durchführte« und so eine Kompression des Gefäßstieles durch das Querkolon vermiede.

Andererseits hat der ungefähr 1/2 Jahr nach meiner Publikation operierte und wiederum 1/2 Jahr später auf dem Chirurgenkongreß (1905) demonstrierte Fall von Gluck, bei dem er in einer nach meiner Ansicht allerdings nur für inoperable Karzinome des Ösophagus empfehlenswerten Vereinfachung meiner Methode den Halsteil des Ösopha-

gus mit der Magenfistel antethorakal durch einen nach oben zu trichterförmig endenden Gummischlauch verband, ergeben, daß dieser antethorakale, plastische Ersatzteil der Speiseröhre der Peristaltik keineswegs bedarf; — wenigstens hat das den Teilnehmern des damaligen Kongresses von Gluck demonstrierte Kind aufs beste gezeigt, wie schnell und ohne jede Stockung es auch ohne Peristaltik seinen großen Appetit selbst durch breiige Kost zu befriedigen imstande war.

IV.

Nachtrag zu meiner Mitteilung über Fascien- und Hautnaht in Nr. 2 ds. Blattes. Verwendung von Staffelschnittten.

Von

P. Sick.

Herr Prof. Girard in Genf hatte die Freundlichkeit mir zu schreiben, daß er bei Hernien eine Fascienverdoppelungsnaht seit 15 Jahren verwende (Korresp. f. Schweizer Ärzte 1894, 6; ref. dieses Zentralblatt 1894, p. 915; Handbuch von Bergmann-Bruns, 3. Aufl. III, p. 535) und sie vor Noble auch für andere Bauchoperationen bewährt fand (Girard, Sur la cure rad. de la hernie inguin. XIII. Congr. internat. d. sc. méd. Paris 1900). Der untere Rand der gespaltenen Obliquus externus-Fascie wird am Lig. inguinale, der obere Rand 3 bis 4 cm über das mediale Blatt heraufgezogen, mit Catgutknopfnähten darüber fixiert. Später verwendete Girard auch die fortlaufende Catgutnaht (vgl. 1900) mit bestem Erfolg und betont außer der Verdoppelung der Fascie die Vermeidung des Übereinanderliegens der Nahtetagen in der Wunde.

Letzteres wird — durch staffelförmige Durchschneidung der Bauchwandschichten (z. B. bei Medianschnitt Durchtrennung der Haut 2—6 cm von der Mittellinie, in dieser Spaltung die Linea alba) einfacher erreicht. Die Vorzüge solcher »Staffelschnitte« für glatteste Heilung, gelegentliche Drainage, kosmetische Rücksichten, bedürfen neben dem Hauptvorzug der Einfachheit kaum der Andeutung. Daneben werden bei Perityphlitis, bei manchen Probelaparotomien die bekannten Gitter- oder Bratrostschnitte (McBurney 1894) angewandt. Gerade bei Probelaparotomien kachektischer Leute sind sie von besonderem Wert, da sie sofortiges Aufstehen nach wenigen Tagen gestatten.

Die größere Einfachheit und Raschheit der Ausführung dürfte auch für die beschriebene Eine Fascienfaltnaht sprechen, besonders in Fällen, wo am Abdomen nicht so reichliches Fascienmaterial zur Verfügung steht und den dünnen freipräparierten Bindegewebsblättern besser nicht zwei Nähte in geringem Abstand voneinander zugemutet werden.

---

1) **A. v. Korányi** und **P. F. Richter.** Physikalische Chemie und Medizin. Ein Handbuch unter Mitwirkung zahlreicher bekannter Autoren. Bd. I.

Leipzig, **Georg Thieme,** 1907.

Das Buch ist in allererster Linie für die wissenschaftliche Medizin gedacht. Die »physikalisch-chemische Einleitung und Methodik« von Roloff (Halle) ist erschöpfend und so ausführlich, daß sie für jeden, der sich wissenschaftlich mit der Materie beschäftigt, unentbehrlich wird.

Es ist gerade jetzt, wo die physiologischen Phänomene vielleicht zu einseitig (?) durch biologische Überlegungen erklärt werden, besonders interessant, von so kompetenter Seite, wie von Loewy (Berlin) über »Respiration«, von Oker-Blom (Helsinfors) über »Blut«, von Höber (Zürich) über »Resorption, Lymphbildung und Sekretion«, von Boruttau (Berlin) über »Muskel- und Nervenphysiologie« und von Botazzi (Neapel) über »Regulation des osmotischen Druckes im tierischen Organismus« die physikalisch-chemische Auffassung vertreten zu sehen.

Durch die Darstellung der Materie von so anerkannten Autoren wird naturgemäß die Wichtigkeit der physikalisch-chemischen Methoden besonders eindringlich gemacht. Der Leser versteht es, daß besonders mit Rücksicht darauf, daß noch ein so großer Teil der Methodik bislang unbenutzt blieb für die Erforschung von medizinischen Problemen, die Vertreter der Richtung, wie es in dem Vorworte des Handbuches angedeutet wird, mehr auf eine größere Selbständigkeit ihres Wissenszweiges hinstreben. Auf diesem Wege ist das Handbuch jedenfalls der beste Anfang.

Für den praktischen Mediziner wird nach der Ankündigung der bald nachfolgende II. Band interessanter werden, da hierin gezeigt werden soll, wieviel besonders Pathologie und Therapie der physikalisch-chemischen Forschungsrichtung verdanken. **Heile** (Wiesbaden).

---

2) **de Quervain.** Spezielle chirurgische Diagnostik für Studierende und Ärzte. Preis M. 15.—.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1907.

Das Buch behandelt die chirurgische Diagnostik in dem Kleide persönlicher Erfahrung des Verf.s. Hierdurch gewinnt das ganze Buch vor allem an Lebendigkeit der Sprache und Art der Darstellung. Da die Chirurgie, einschließlich der Knochenbrüche usw., behandelt wird, wurde die konzentrierte Darstellung vielfach notwendig. Nach der Ansicht des Ref. wird das Buch aber gerade durch die geschickte, übersichtliche Zusammenfassung wertvoll für den praktizierenden Arzt, der es gelernt hat, sich für die Chirurgie, insbesondere auch für die strittigen Grenzgebiete zwischen innerer Medizin und Chirurgie zu interessieren.

Zur Einführung in die Chirurgie für den jungen Studenten hat die Art der Darstellung vielleicht gewisse Bedenken; das Buch dürfte wohl für den ersten Anfänger zuviel voraussetzen. Auffällig ist es, mit welcher Meisterschaft Verf. gleich zu Anfang die kardinalen Punkte in der Hirnchirurgie kurz, präzis und dabei vollkommen erschöpfend hervorhebt. Naturgemäß klingen ihm bei seiner erfreulichen, lebhaften persönlichen Darstellung viele Kapitel zum Ruhme seines Lehrers Kocher aus, ohne daß man hierdurch irgendwie den Eindruck bekäme, als würde die Materie einseitig dargestellt. Das Wichtigste ist, daß Verf. in der Tat eine Diagnostik nach eigener praktischer Erfahrung schreiben konnte. Die meisterhafte Beherrschung der weitläufigen Materie wird noch besser zum Ausdrucke gebracht durch zahlreiche beigegebene Abbildungen, die brillant reproduziert sind. Die Bilder sind nicht zu sehr schematisiert, und die rein schematischen Skizzen, wie z. B. bei der Appendicitis, illustrieren vorzüglich die betreffenden Krankheitsbilder.

Bei der ungewöhnlich guten Ausstattung und einem Umfange von über 600 Seiten ist der Preis von 15 Mark ein sehr geringer.

Helle (Wiesbaden).

---

3) **J. Schaefer.** Der Einfluß unserer therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung. Experimentelle Untersuchungen über: heiße Umschläge, Thermophor, Heißluftbehandlung, Eisblase, feuchte Verbände, Prießnitz'sche Umschläge, Spiritusverbände, Jodpinselung, Pflasterbehandlung und die Bier'sche Stauung. 237 S. mit 11 zum Teil farbigen Tafeln.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1907.

Verf. hat in der vorliegenden Arbeit versucht, experimentell die Einwirkung verschiedener alltäglicher Behandlungsmethoden auf die Entzündung klarzulegen und die Indikationen für ihre Anwendung festzustellen.

Als Versuchsobjekt dient das Kaninchen, in wenigen Fällen das Meerschweinchen und das Schwein. Als entzündungserregende Mittel werden sterile mit Höllensteinlösung von verschiedener Konzentration (1 : 10 bis 1 : 1000) oder mit virulenten Staphylokokken imprägnierte Catgut- resp. Seidenfäden benutzt. An genau symmetrischen Stellen werden derartig behandelte Fäden durch und unter die Haut gebracht. Die eine Seite wird therapeutisch beeinflußt, während die andere als Kontrolle dient. Nach gewünschter Zeit werden die Hautstücke exstirpiert und mikroskopisch untersucht. Die mikroskopischen Untersuchungen enthalten verschiedene interessante Details, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann; hervorgehoben werden muß aber das Ergebnis, daß dem Lymphgefäßsystem eine selbständige und hervorragende Rolle für die günstige Beeinflussung der Entzündung zuzukommen scheint.

Auf Grund derartig angestellter Versuche kommt S. zu folgenden, für die Praxis wichtigen Resultaten:

Die feuchte und die trockene Wärme sind in ihrer Wirkung ziemlich gleich. Je nach dem Stadium der Entzündung wird ein Infiltrat verringert, beseitigt oder ganz verhindert. Bei zu hohen Temperaturen (im Tierversuch über 41° bei feuchter und 46° bei trockener Temperatur) hört die günstige Wirkung auf. Ein schon bestehender Abszeß wird durch die starke Lymphbildung bei Anwendung der Wärme praller, sein Durchbruch daher begünstigt. Wo deshalb eine stärkere Füllung vermieden werden muß (z. B. Nähe des Peritoneums), ist die Wärmewirkung kontraindiziert. Die Wärmewirkung ist nachhaltig, noch 24 Stunden nach dem Aussetzen nachweisbar.

Im Gegensatze zur Wärmewirkung, die durch indirekte Veränderungen am Blut- und Lymphgefäßapparat zustande kommt, ist die günstige Beeinflussung der Entzündung durch die Eisblase auf direkte Gewebseinflüsse zurückzuführen (verlangsamte Zirkulation, Resorption, Beeinflussung der Aktivität der Leukocyten durch die Kälte). Zur Beseitigung schon entwickelter Infiltrate ist die Kältewirkung deshalb nicht geeignet. Die Wirkung der Kälte ist nicht nachhaltig. Sobald sie ausgesetzt wird, tritt eine um so stärkere entzündliche Reaktion ein. Die Untersuchungen ergaben ferner, daß die gewöhnliche Schweinsblase eine viel bessere Wirkung ausübt als die Gummiblase.

Der Einfluß der feuchten Verbände (bei Zimmertemperatur angelegt) ist vollkommen verschieden, je nachdem man sie unter impermeablen Abschluß stellt oder nicht. Unter einem frisch angelegten mit impermeablem Stoff versehenen feuchten Verband erfolgt anfangs eine geringe Steigerung der entzündlichen Erscheinungen, die bei längerem Liegenbleiben des Verbandes der Einwirkungen der feuchten Wärme weichen. Die zum Verband gewählte Flüssigkeit ist ohne wesentlichen Einfluß. Prinzipiell verschieden hiervon sind die nicht mit impermeablem Stoffe versehenen Verbände (Prießnitz'sche Verbände). Bei ihnen tritt sowohl im Beginn wie im weiteren Verlauf eine Verstärkung der entzündlichen Reaktion auf.

Fast vollkommen überein mit der Wärmewirkung stimmt die Wirkung der Spiritusverbände: günstige Beeinflussung der entzündlichen Vorgänge auf indirektem Wege und sehr gute Nachwirkung; jedoch sind auffällige individuelle Schwankungen zu verzeichnen. Am besten bewährt hat sich die Salzwedel'sche Vorschrift. Durch bestimmte Zusätze (Salizyl, Resorzin) kann die Wirkung erheblich erhöht werden.

Jodtinktur und die übrigen hautreizenden Mittel zeigen nur geringen therapeutischen Erfolg.

Die Ergebnisse der Stauungsbehandlung stimmen mit denen Bier's und seiner Schüler überein. Auch hier schreibt Verf. den Veränderungen am Lymphgefäßsystem eine große Bedeutung zu.

Altschüler (Straßburg i. E.).

---

*

4) **Mannel.** Zur Bakteriologie der akuten und chronischen Appendicitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 396.)

Dem Bedürfnis nach ätiologischer Aufklärung der verschiedenen Formen und des verschiedenen Verlaufes der akuten Appendicitis suchten mehrfache Untersuchungen vom bakteriologischen Standpunkt aus gerecht zu werden, allerdings mit sehr verschiedenen Resultaten. An der Hand von 37 akuten Appendicitisfällen nahm Verf. diese Frage wieder auf und stellt den bakteriologischen Befund in Parallele zum anatomischen und klinischen, womit er zu folgenden Resultaten gelangt:

Die akute Appendicitis befällt meist Individuen in den ersten drei Dezennien des Lebens.

Das Bakterium coli commune allein oder vergesellschaftet mit Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken usw. bildet das Hauptkontingent der Appendicitiserreger. Eine reine Streptokokkenappendicitis wurde nie beobachtet; deren Vorkommen scheint geographischen Schwankungen zu unterliegen. Weder der Verlauf der Erkrankung noch der anatomische Befund lassen einen Rückschluß auf die Qualität der Erreger zu. Das Bakterium coli allein kann schwere und leichte Krankheitsbilder erzeugen, und die Kombination mit Streptokokken bedingt keine nachweisbare Deviationen.

Der Keimgehalt oder die Sterilität eines peritonitischen Ergusses bei Appendicitis hing durchweg von der Integrität der Muscularis (inkl. Serosa) ab. Ist die Muscularis zerstört, so enthalten auch die serösen Frühexsudate die Bakterienflora der Appendix.

Der im freien Intervall entfernte und dem Normalzustande gewöhnlich am nächsten kommende Wurmfortsatz ist nie steril; er enthält hauptsächlich Bakterium coli commune, in der Mehrzahl der Fälle sogar in Reinkultur. Er zeichnet sich jedoch dann durch Sterilität aus, wenn längere Zeit vor der Abimpfung bereits verschließende Prozesse eingetreten waren.

Reich (Tübingen).

---

5) **J. v. Bókay.** Bradykardie im Verlaufe der Wurmfortsatzentzündung im Kindesalter.

(Orvosi Hetilap 1908. Nr. 2.)

Verf. erwähnt, daß die größeren Monographien über Appendicitis sich kurz oder gar nicht mit dem Verhalten des Pulses beschäftigen und berichtet über seine Wahrnehmungen von Bradykardie im Verlaufe der Appendicitis: Im Resorptionsstadium der periappendikulären Entzündungsprodukte kommt es meist zu einer Bradykardie, die tagelang, manchmal über 2 Wochen anhält. Auch nach Entleerung appendikulärer Abszesse ist sie erst tagelang zu beobachten, und nach sekundärer Appendektomie kann sie sich einstellen und längere Zeit anhalten. Der Puls schwankt bei Kindern zwischen 7—16 Jahren zwischen 52—80. Die Puls- und Temperaturkurve zeigt auch im bradykardi-

schen Stadium keinen Parallelismus, Hypopyrexie wurde nicht beobachtet. Die Bradykardie ist nicht als ungünstiges Zeichen aufzufassen, im Falle von periappendikulärer Exsudation kann sie ein Zeichen des Resorptionsvorganges sein. Nach diesen Beobachtungen mißt Verf. der Bradykardie bei der Appendicitis eine gewisse semiotische Bedeutung bei.

P. Steiner (Klausenburg).

---

6) **D. Kulenkampff.** Über die Behandlung der Appendicitis.

(Mitteilungen aus den Hamburger Staatskrankenanstalten Bd. VII. Hft. 5.)

Die therapeutischen Grundsätze der Lenhartz'schen Abteilung. Da die Resultate der Frühoperation die der exspektativen Behandlung übertreffen, so soll wo möglich vor 2×24 Stunden operiert werden, indes mit der Einschränkung, daß der Krankheitsprozeß noch auf den Wurmfortsatz beschränkt ist, daß peritonitische Erscheinungen fehlen und endlich sicher jeder Abszeß auszuschließen ist. Letzteren zu diagnostizieren macht L. weitesten Gebrauch von der Punktion. Er hält dieselbe für völlig ungefährlich, wenn sie unter aseptischen Kautelen ausgeführt wird. Es genügt hierbei nach Ansicht des Verf. in den meisten Fällen, die äußere Haut kurz vor der Punktion mit Watte und Äther gründlich aber vorsichtig zu reinigen. Ist der Eiter durch eine Punktion nachzuweisen, so wird sofort therapeutisch soviel wie möglich abgesaugt. Die therapeutische Wirkung besteht darin, daß in manchen — durchaus nicht allen — Fällen die Eiterung auch ohne Inzision zum Stillstande kommt. Vor allem sollen die Schmerzen, die Schwellung und Beschwerden schnell und sicher beseitigt werden. Lenhartz verwirft die prinzipielle operative Behandlung der allgemeinen Peritonitis, ist vielmehr für ein exspektatives Vorgehen.

Coste (Breslau).

---

7) **F. Cahen.** Zur Operation der Nabel- und Bauchbrüche.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXXXII.)

Die zahlreichen Mißerfolge der Bauchbrüche nach Condamin und Bruns mittels Exzision des Nabels und Schichtennaht der Bauchdecken schiebt C. einmal auf eine elastische Retraktion der Aponeurose und auf die Zerrung, die die quere Bauchmuskulatur an der Aponeurose bzw. der Linea alba und der Längsnarbe ausübt. Die Muskelplastiken hält er für unbrauchbar; sie haben nur Wert, wenn das abgelöste Muskelstück mit seinen Nerven in Verbindung bleibt und durch die Nähte nicht zu sehr in seiner Ernährung geschädigt wird. Die Methoden von Maydl, Pólya, Mayo u. a. eignen sich nicht für große Bauchbrüche oder haben sonstige Nachteile. Es geht aber aus den verschiedenen Vorschlägen hervor, daß die transversale Naht der Bauchaponeurose bessere Erfolge gibt als die longitudinale.

C. schlägt von einem queren Bogenschnitt aus den Nabel mit dem oberen Hautlappen in die Höhe. Nach Verschluß des Bauchfelles wird auf einer Seite die vordere Rectusscheide ausgiebig freigelegt und aus derselben ein rechteckiger Lappen geschnitten, dessen

Basis in der Höhe des unteren Randes der Bruchpforte liegt. Der Lappen wird von dem M. rectus abgelöst, umgeklappt und über die Bruchpforte geschlagen. Er muß so breit sein, daß sein oberer und unterer Rand die Bruchpforte überragt. Die freien Ränder des Lappens werden mit Knopfnähten an der Bauchaponeurose befestigt. Die Lücke in der Aponeurose läßt sich bei einer Lappenbreite von 2 bis 3 cm durch Nähte zusammenziehen. Die Hautwunde wird beim Querschnitt drainiert. Den Bruchsack hat C. bei Kindern in zwei Fällen nicht entfernt, sondern einfach versenkt.

Die Methode ist im wesentlichen von Heinrich schon angegeben. C. hat sie bei Nabelbrüchen fünfmal mit dauerndem Erfolg angewendet. Auch in einem Falle von Bauchdeckenfibrom, in dem der große Defekt durch zwei Aponeurosenlappen gedeckt wurde, war der Erfolg ein guter.

E. Moser (Zittau).

---

8) **Th. Hausmann.** Über das Tasten normaler Magenteile.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XIII. Hft. 3.)

Um Magenteile tasten zu können, sucht H. zunächst mit steiler Fingerhaltung die hintere Bauchwand zu erreichen, um auf dieser Unterlage den Magen oder die in Betracht kommenden Organe zu fixieren. Mit oberflächlicher Tastung kann der Pylorus nur bei schlaffen, mageren, eingezogenen Bauchdecken gefühlt werden, und zwar nur, wenn er sich kontrahiert und wandständig wird. Mittels tiefer Palpation ist der kontrahierte Pylorus aber auch bei Personen mit Fettbauch zu tasten, sofern nur dabei die Bauchdecken schlaff sind. Fehlt dickes Fettpolster, so brauchen die Bauchdecken dazu nicht einmal schlaff zu sein. Der schlaffe Pylorus wird selbst mit der Tiefenpalpation auch nur bei hochgradig schlaffen und mageren Bauchdecken der Tastung zugänglich. Meteorismus macht sie unmöglich.

Der kontrahierte und fühlbare Pylorus schwindet oft unter fühlbarem Gurren, worauf schon Obraszow und Cohnheim aufmerksam gemacht haben. Das Kontraktionsspiel des Pylorus ist nicht nur von dem Reiz eingeführter Ingesta (Wassertrinken) abhängig, sondern auch von allgemeinen nervösen und psychischen Einflüssen.

Zur Orientierung tut man gut, vor dem Pylorus erst das Colon transversum zu tasten, was nur bei stark gespannten Bauchdecken, bei Gasauftreibung und bei starkem Fettbauch unmöglich ist. Das Colon transversum unterscheidet sich vom Magen durch seine passive Verschieblichkeit, durch den fehlenden Konsistenzwechsel, durch die größere Länge des palpierten Zylinders und durch die Möglichkeit, diesen weiter nach rechts zu verfolgen. Dabei tut man gut, mit der Palpation des Blinddarmes zu beginnen und das Kolon von dort aus abzutasten.

Zum Aufsuchen des Pylorus tastet man, nötigenfalls nur mit zwei oder drei Fingern, den Raum zwischen Rippenrand und Wirbelsäule von oben her nach unten zu ab. Kontraktionstypus und Kontraktions-

dauer des Pylorus ist oft sehr verschieden. Das Kollern oder Spritzen, das am Ende der Kontraktion auftritt, ist nicht konstant. Meist fühlt man den Pylorus rechts von der Mittellinie, oft aber auch in der Mitte, bisweilen sogar links.

Ausgehend von der Pyloruspalpation hat H. gefunden, daß man häufig die große Curvatur fassen kann. Wenn man auf der vorderen Wirbelsäulenfläche mit der Tastung schrittweise von oben nach unten geht, so fühlt man den unteren Magenrand als eine fußwärts gerichtete Stufe beim Exspirium von unten nach oben an den Fingern vorüberstreichen. Die Leichtigkeit der Tastung hängt von der Dicke der Magenwand ab. Bei stärkerer Flüssigkeitsfüllung des Magens kann man den unteren Magenrand nicht als Stufe fühlen, man hat vielmehr nur das Gefühl einer Resistenz. Bei Ektasie infolge Pylorusstenose hat man den bekannten tastbaren ballonförmigen Magen.

Beim Fühlen der unteren Magenwand entsteht auch ein deutliches Gurrgeräusch, das H. als exspiratorisches Gurren bezeichnet. Dieses Geräusch fehlt nur selten, stellt sich nach Einnahme einer kleinen Flüssigkeitsmenge leichter ein. Wo die Palpation der großen Curvatur und das Erzeugen des exspiratorischen Gurrens gelingt, ist der Höhenstand der unteren Magengrenze im Liegen anatomisch genau angegeben. Die Aufblähung des Magens kann die untere Grenze tiefer anzeigen infolge Magendehnung. Der Unterschied zwischen diesen beiden Befunden kann als Ausdruck des tonischen Verhaltens der Magenwandungen angesehen werden.

Die Höhe der unteren Magengrenze nach dem Nabel anzugeben, kann zu Irrtümern führen, da der Nabel verschieden hoch, 2—10 cm über der Interspinallinie, liegen kann. Für die Höhenbestimmung der großen Curvatur muß außerdem die Atmungspause bestimmend sein.

Das Hartbleiben des Pylorus während einer einmaligen Untersuchung ist noch nichts Beweisendes für das Vorhandensein einer Geschwulst.

Zwischen dem getasteten Colon transversum und Pylorus kann man bisweilen auch noch die Pars horizontalis inferior duodeni tasten, aber — wie das Pankreas — mit Sicherheit nur dann, wenn man daneben das Colon transversum und die Pars pylorica fühlen kann. Die Tastung des normalen Pankreas ist sehr schwer, die des Colon transversum leicht.

H. glaubt den normalen Pylorus in etwa 18% der Fälle mit der Tiefenpalpation tasten zu können und in 25% die normale große Curvatur. Die Möglichkeit der Palpation des Pylorus bedeutet keine manifeste Ptose, wenn auch eine gewisse Schlaffheit der Bänder dazu notwendig sein mag. **E. Moser** (Zittau).

9) **O. Kiliani.** The surgical treatment of ulcer of the stomach.

(New York med. record 1907. November 23.)

K. hält allein die Gastroenterostomie für die Operation der Wahl bei Magengeschwür. Der Circulus vitiosus des peptischen postoperativen Geschwüres konnte in seinen Fällen immer vermieden werden infolge der verbesserten Technik und der richtigen Nachbehandlung. Die Exzisionsmethoden behandeln nur das Geschwür für sich, wirken aber nicht direkt gegen Dilatation, motorische Insuffizienz und Spasmus, während die Anastomose sofort Stagnation und Fermentation durch richtige Abführung der Ingesta aus dem Magen aufhebt.

Loewenhardt (Breslau).

---

10) **Helferich.** Zur Prognose und technischen Ausführung der Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 360.)

H. weist darauf hin, daß es für den Erfolg der Gastroenterostomie von Wichtigkeit ist, für ein möglichst baldiges Funktionieren der Magen-Darmfistel Sorge zu tragen. Der Operierte soll deshalb, bevor er ins Bett gebracht wird, aufgesetzt und sanft geschüttelt werden, um den an dem Operationsgebiete zusammengeschobenen Darmteilen wieder zur Entfaltung und normaler Lage zu verhelfen; dann lagere man den Operierten möglichst bald mit dem Oberleib etwas höher und gebe ihm baldmöglichst flüssige Nahrung.

Bei der technischen Ausführung der Operation nimmt H. eine leichte Darmverengerung am zuführenden Darmende vor durch Darmfaltungsnähte, während der abführende Darmschenkel unter möglichst großem Winkel von der Magenöffnung wegführt. (Detaillierte Beschreibung in der Arbeit von Paul Graf: »Ein Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen«.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) **Marek.** Über die Folgen des Verschlusses der Gekrösarterien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 174.)

Verf., Professor an der medizinischen Klinik der tierärztlichen Hochschule in Budapest, hat früher behufs pathogenetischer Aufklärung über die bei Pferden häufig vorkommende Thrombose der vorderen (beim Menschen oberen) Mesenterialarterie zahlreiche Tierexperimente über die Zirkulationsstörungen im Gekrösgebiet angestellt. Nach Erscheinen der den gleichen Gegenstand betreffenden Arbeit von Niederstein (vgl. d. Bl. 1907 p. 395), in der der Autor andere Resultate erhielt als M., hat letzterer neuerdings, z. T. auch die von Niederstein benutzte Experimentiertechnik verwendend, eine Serie von Versuchen zur Sache angestellt, über deren Ergebnisse er Bericht erstattet.

Betreffs aller Einzelheiten auf das Original verweisend, geben wir hier nur die wichtigsten Schlußergebnisse der Arbeit. M. erklärt die von Niederstein aufgestellten vier verschiedenen Typen mesenterialer Zirkulationsstörungen weder vom pathogenetischen noch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus für begründet; vielmehr reicht die Einreihung derselben unter den Begriff des hämorrhagischen Infarktes einerseits und der anämischen Gangrän andererseits, wie sie von Sprengel ursprünglich vorgeschlagen wurde, aus. »Die vollständige Absperrung des arteriellen Zuflusses zu irgendeinem Gebiete verursacht anämische Gangrän, die Verlegung von Arterien bzw. Venen gesondert oder gleichzeitig bei ungenügendem Kollateralkreislauf dahingegen hämorrhagischen Infarkt. Das Bild des letzteren gestaltet sich dann verschieden je nach dem Verhältnis zwischen dem Gesamtquerschnitt der jeweilig vorhandenen Anastomosen und der Ausdehnung des Ausschaltungsgebietes oder mit anderen Worten, je nach dem Grade der Stromverlangsamung und der Höhe des intrakapillaren Druckes.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Frage der Bedeutung des „Rovsing'schen Symptoms“.

Von

Oberarzt Dr. Carl Lauenstein,
Hamburg.

Rovsing hat an etwa 200 Fällen von Appendicitis regelmäßig beobachtet, daß er durch einen rasch, kurz und stoßweise in der Gegend der Flexur ausgeübten Druck seiner Hand einen Schmerz in der Coecalgegend auslösen konnte. Es schien sich hier um eine eben so einfache wie sinnreiche Ergänzung unserer bisherigen Hilfsmittel der Appendicitisdiagnose zu handeln, die gewiß von allen denen, die sich mit dieser ebenso wichtigen wie tückischen Krankheit zu beschäftigen haben, nicht nur mit Freuden begrüßt, sondern wohl auch trotz der Kürze der Zeit schon vielfach bestätigt worden ist. Es scheint jedoch nach der folgenden Mitteilung, daß dies Rovsing'schen Erkennungszeichen keineswegs für Appendicitis eindeutig ist.

Vor kurzem wurde der 50jährige Arbeiter C. F. nachmittags in das Hospital aufgenommen, nachdem er 2 Tage zuvor abends um 10 Uhr plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Leibes und Erbrechen erkrankt war. Bis auf eine Typhuserkrankung vor 25 Jahren und einen 3 Wochen dauernden »Hexenschuß« der rechten Seite vor 5—6 Jahren war er stets gesund gewesen. Er klagte über heftige Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, die höher saßen als die Blinddarmgegend. Kein Ikterus. Temp. 39, Puls 120, Atmung 24, Zunge dick grau belegt. Leib etwas meteoristisch aufgetrieben, bei der Atmung stillstehend. In der Ileocoecalgegend weder Resistenz noch Dämpfung, aber unter der nicht wesentlich vergrößerten Leberdämpfung, von der Gallenblasengegend nach der rechten Weiche zu, eine etwa handbreite Dämpfung. Hier starke Druckempfindlichkeit, jedenfalls stärker als in der Blinddarmgegend, wo, wie in einer handbreiten Zone um die Gallenblasengegend herum, ein mäßiger Druck auch nicht ganz unempfindlich war. Übte man nach der Rovsing'schen Anweisung einen kurzen,

raschen Druck auf die linke Untèrbauchgegend, so gab der Kranke jedesmal prompt einen Schmerz unter der Leber an, an der Stelle, die der größten Druckempfindlichkeit entsprach. Auch der aufnehmende Assistent hatte schon von dem positiven Ausfall des Rovsing'schen Symptoms berichtet. Ohne Kenntnis des Rovsing'schen Symptoms würde ich nun zunächst und wohl ausschließlich an eine akute Cholecystitis gedacht haben. So aber dachten wir auch an eine Appendicitis bei aufwärts geschlagenem Wurmfortsatz mit Perforation an der Spitze. Ich legte aber der Sicherheit wegen den Schnitt so, daß man auch die Gallenblase gut erreichen konnte, nämlich in der Längsrichtung durch die Mitte des rechten Rectus abdominis. Im Leibe etwas Serum, die Därme mäßig aufgetrieben. Das große Netz unter der Leber zusammengeballt und die prallgefüllte, intensiv gerötete, mit Fibrin beschlagene vergrößerte Gallenblase deckend. Nach stumpfer Ablösung des Netzes wurden aus der Gallenblase durch Heberpunktion etwa 100 ccm eines penetrant jauchigen braunen Eiters entleert. Sonst enthielt die Gallenblase noch etwa 30 Steine, linsen- bis bohnengroß, glatt, teils platt, teils rund und von dunkelbrauner Farbe. Einnähung der Gallenblase in den oberen Winkel des Peritoneums unter Schluß der übrigen Wunde.

Das Rovsing'sche Symptom war in diesem Falle verbunden mit einer entzündlichen Affektion in der Gallenblasengegend. Daß es so prompt zustande kam, ist nach dem Befunde leicht erklärlich. Die entzündete Gallenblase ragte etwa zwei Finger breit über den scharfen Leberrand nach abwärts, so daß sie mit ihrer Kuppe dem Querkolon dicht aufliegen mußte. Außerdem stand sie durch das aufwärts geschlagene und entzündlich mit ihr verklebte große Netz mit dem Querkolon in der allerinnigsten Berührung. Kein Wunder, daß hier das Rovsing'sche Symptom an der Gallenblase ausgelöst wurde. Es ist mir in hohem Grade wahrscheinlich, daß dies Symptom, dessen Bedeutung ich nicht im geringsten unterschätzen möchte, gelegentlich bei irgendeinem anderen entzündlichen Vorgange beobachtet werden wird, falls dieser nur in unmittelbarer Nachbarschaft des Kolon liegt. Die Bedeutung des Symptoms liegt meiner Ansicht nach darin, daß es uns die Möglichkeit gibt, das Vorhandensein und den Sitz einer dem Kolon dicht anliegenden entzündlichen umschriebenen Erkrankung zu erkennen. In dieser Richtung wird man es weiter zu prüfen haben und voraussichtlich unter die wertvollen diagnostischen Hilfsmittel begrenzter entzündlicher Abdominalerkrankungen im allgemeinen einreihen dürfen. Verständlich ist, daß Rovsing es so oft bei Appendicitis gefunden hat. Aber ein pathognomonisches Zeichen für die Appendicitis ist es nicht.

Januar 1908.

---

12) H. Hamann. Ein Fall von Ruptur des Duodenum durch Hufschlag.

Inaug.-Diss., Kiel, 1907.

Ein 9jähriger Junge wurde von einem Pferd vor den Bauch geschlagen in die Gegend des Nabels, kurz nachdem er Nahrung zu sich genommen hatte. Er soll längere Zeit bewußtlos gewesen sein und erbrach nachher eine mäßige Menge Mageninhalt, anfangs ohne, später mit etwas Blutbeimengung. Der Leib war $2^1/_2$ Stunden später stark gespannt und druckempfindlich, rechts mehr als links.

Bei der Laparotomie bot sich als Befund zunächst nur eine mäßige Sugillation des Mesocolon transv. und ascend. in der Nähe des Leberwinkels. Beim Anheben des Mesocolon ascend. entstand plötzlich ein Emphysem des Mesocolon transv. etwas rechts von der Wirbelsäule, das sich langsam unter der Serosa des Mesocolon und Colon ascendens ausbreitete. Nach stumpfer Durchtrennung des Mesokolon fand sich ein etwa markstückgroßes Loch mit hervorquellender Schleimhaut in dem absteigenden Teil des Duodenum. Die Wunde wurde parallel der Längsachse des vertikalen Teiles zweireihig vernäht, dann der Mesokolonschlitz mit den Peritonealrändern der Laparotomiewunde beiderseits vereinigt, so daß zur Nahtstelle im Duodenum ein Kanal gebildet wurde, der von der freien Bauchhöhle abgeschlossen war. Der Kanal wurde tamponiert, die Wunde im übrigen vernäht.

Eine sich einstellende Gallenfistel schloß sich bald wieder, so daß der Kranke nach 4 Wochen entlassen werden konnte.

Dem Erbrechen in den ersten Stunden kommt ein diagnostischer Wert für Darmperforation zu, besonders wenn es galligen Charakter annimmt.

E. Moser (Zittau).

13) C. H. Peck. Perforated gastric and duodenal ulcer; a report of eight cases.

(New York med. record 1907. Dezember 7.)

Von den 8 Pat. mit perforierenden Magen- und Duodenalgeschwüren, welche P. operierte, genasen 5, bei denen die akuten Perforationssymptome 4, 6, 8, 13 und 29 Stunden bestanden. Gastroenterostomie wurde in keinem Falle ausgeführt, sondern stets einfacher Nahtverschluß ohne Anfrischungs- oder Exzisionsversuche. Es starb ein 3 Tage nach der Perforation und ein 53 Stunden später operierter Pat., während ein bereits durch Verklebungen geschütztes Geschwür ebenso wie das einzige Duodenalgeschwür mit Erfolg operiert wurden. Im ganzen handelte es sich also um 7 Magen- und 1 Duodenalgeschwür. **Loewenhardt** (Breslau).

14) H. Moffat. A case of typhoid perforation of the appendix; operation and recovery.

(New York med. record 1907. Juli 13.)

M. operierte mit Erfolg einen Fall von perforierender Appendicitis infolge typhöser Erkrankung.

Es ist einigermaßen schwierig, den Typhus an sich von der Appendicitis zu unterscheiden, da Schmerzen, Empfindlichkeit und Spannung des Leibes bei beiden vorhanden sind. »Wenn aber muskuläre Rigidität hinzukommt mit gleichzeitigem Erbrechen und plötzlichem Fieberanstieg, ist Appendicitis anzunehmen.« Eine sorgfältige Blutzählung sei wertvoller als die Widal'sche Probe, die erst am 10. Tage nach der Erkrankung gewöhnlich positiv ausfallen soll. Dagegen sei die Leukocytenzahl bei Typhus immer gering.

Operation sei bei Typhusappendicitis nicht notwendig, außer wenn Perforation eintritt. **Loewenhardt** (Breslau).

15) R. Kothe. Zur Behandlung der diffusen fortschreitenden Peritonitis mittels permanenter rektaler Kochsalzinfusionen.

(Therapie der Gegenwart 1907. Nr. 10.)

K. berichtet über eine Reihe von Fällen der Sonnenburg'schen Abteilung in Moabit, bei denen eine bestehende progrediente Peritonitis durch rektale Kochsalzinfusionen sehr günstig beeinflußt worden ist. Unter 12 Fällen von Peritonitis bei Appendicitis gelang es 9 zu heilen. Verf. sieht in den rektalen Kochsalzinfusionen ein äußerst wertvolles Mittel zur Behandlung der Peritonitis und zur Verhütung derselben in Fällen, wo die Gefahr der Entstehung — besonders nach langdauernden, nicht streng aseptisch durchführbaren Laparotomien — nahe liegt.

Die in Anwendung gebrachte Technik ist genau die Katzenstein'sche Methode.

Silberberg (Breslau).

16) Fitig. Die Bedeutung der Enterolithen des Processus vermiformis im Röntgenogramm.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

F. zeigt uns das Bild eines Steines im Wurmfortsatz, der verhältnismäßig deutlich zu sehen war. Er glaubt, daß die Röntgenographie in der Diagnostik der Perityphlitis kein Feld gewinnen wird, weil wirkliche anorganische Konkretionen sehr selten vorkommen und dann häufig mit dem Schatten des Darmbeines zusammenfallen. Dagegen besitzen diese Enterolithen eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber den Harnleitersteinen.

Gaugele (Zwickau).

17) **D. Sheitlis.** Streptococcemia accompanying appendicitis.
(New York med. record 1907. November 2.)

S. berichtet einen Fall von direkter Infektion der Blutbahn durch eine Streptokokkenappendicitis. Eine Kontinuitätstrennung in der Schleimhaut des Wurms läßt die normal in der Lichtung anwesenden Streptokokken in Lymph- und Blutgefäße eintreten; wenn die Funktion der Leber als Gegenwirkung nicht genügt, gehen die Bakterien in den allgemeinen Kreislauf über. In den Blutkulturen fand sich auch der Staphylokokkus albus. Der kurz vor dem Tode aus einem Bläschen am Vorderarm entnommene Eiter enthielt Streptokokkenreinkultur.

Loewenhardt (Breslau).

18) **H. Mohr.** Über Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes.
(Medizinische Woche 1907. Nr. 31 u. 32.)

Es handelt sich um einen der seltenen Fälle einer primären, isolierten Einklemmung des Wurmfortsatzes.

60jährige Frau, die vor 9 Jahren zum erstenmal eine haselnußgroße, bisweilen wieder verschwindende Anschwellung in der rechten Leistengegend bemerkt hatte, bekam plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib oberhalb der Leistengegend. Die Anschwellung wurde in den nächsten Tagen größer. Nach 5 Tagen war die sehr empfindliche Geschwulst hühnereigroß. Der pralle Bruchsack war nirgends verwachsen. Nach Spaltung der ödematösen Sackwandung floß trübes Serum ab, und es fand sich im sonst leeren Bruchsack das periphere Ende des eingeklemmten Wurmfortsatzes samt einem Teil seines Mesenteriolum. Nach Erweiterung des äußeren Schenkelringes durch Einreißen des Lig. Gimbernati konnte der Wurm vorgezogen werden, der, etwa 6 cm lang, $2^1/_2$ cm proximalwärts von der Spitze eine Schnürfurche zeigte, die auch am Mesenteriolum zu erkennen war. Das distale Ende war verdickt. Der proximale Teil von Wurm und Blinddarm war völlig normal. Es wurde noch ein darunter befindlicher Leistenbruch entfernt. Die Heilung verlief glatt.

Am aufgeschnittenen Wurm war entsprechend der Schnürfurche ein scharf begrenztes Geschwür zu sehen.

Neben angeborenen und erworbenen Anomalien weist der Umstand, daß die meisten Fälle von Wurmeinklemmung bei Erwachsenen ältere Frauen mit Schenkelhernien betreffen, auf eine gewisse Prädisposition des Alters hin, die durch Ausdehnung des Dick- und Tiefertreten des Blinddarmes gegeben ist. Erinnernd an Kölliker's Fall, in dem bei Streckung des Beines heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend auftraten, gab auch in M.'s Fall die Kranke an, sie habe die größten Schmerzen gehabt, wenn sie nach längerem Stehen in vornübergebeugter Stellung aufgestanden und umhergegangen sei. Im übrigen waren die Allgemeinerscheinungen in diesem Falle keine stürmischen, dementsprechend lag auch kein schwerer Grad von Einklemmung vor. Der Fall spricht somit auch gegen die Behauptung Rose's, daß die Einklemmungen des Wurmfortsatzes besonders schwere seien.

E. Moser (Zittau).

19) **Dege.** Die Hernia cruralis pectinea sive Cloquetii.
(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Die noch spärliche Kasuistik der Cloquet'schen Hernien wird unter Wiedergabe der bisher beobachteten Fälle durch einen in der Abteilung von F. Krause operierten Fall bereichert. Die Hernia cruralis pectinea breitet sich nach dem Durchtritte durch den engen inneren Schenkelring nicht in dem ihr gerade gegenüber liegenden, lockeren Zellgewebe aus, sondern wendet sich direkt nach hinten, durchbricht die Fascia pectinea und gräbt sich in der tiefen Muskulatur ein Bett. Sie ist unzweifelhaft eine Abart des Schenkelbruches. Der Bruchsack liegt ganz medial, unmittelbar am Gimbernat'schen Bande, ruht hinten direkt auf dem horizontalen Schambeinaste. Der Durchbruch durch die Fascie erfolgt dicht unterhalb des horizontalen Schambeinastes, und zwar durch präexistierende Spalten oder

Lücken in der Fascia pectinea, wahrscheinlich vergrößerte Gefäßlücken. Daher muß der Cloquet'sche Bruch von den Schenkelgefäßen stets durch die Fascia pectinea getrennt sein, meist liegen jedoch außerdem dünnere oder dickere Muskelschichten zwischen Vene und Bruchsack. Immer liegt der Bruch in einer tieferen Gewebsschicht als die Schenkelgefäße, er kann daher bei lateraler Ausdehnung auch hinter die Gefäße gelangen. Diese Hernienart wurde bisher nur bei Frauen beobachtet, zweimal doppelseitig, viermal rechts, einmal links, siebenmal findet sich keine Angabe. Von neun operierten Kranken wurden nur zwei geheilt, die übrigen kamen wegen falscher Diagnose zu spät in die chirurgische Behandlung. Die Kleinheit des Bruches und die versteckte Lage erschweren die Diagnose sehr, sorgfältigste Untersuchung in verschiedenen Lagen ist daher notwendig. Eine Verwechslung mit einer Hernia obturatoria ist leicht möglich.

Laugemak (Erfurt).

20) **P. H. Hosch.** Das primäre Magensarkom mit cystischen Lebermetastasen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 98.)

Die aus der pathologisch-anatomischen Anstalt der Universität Basel hervorgegangene Arbeit liefert genauen anatomischen und histologischen Bericht über Sektion eines an Magensarkom mit cystischen Lebermetastasen gestorbenen 55jährigen Pat., dessen Krankengeschichte vom Bürgerspital in Basel beigebracht ist. Der Krankheitsverlauf war sehr chronisch: seit 3 Jahren Abnahme der Gesundheit, seit $1^1/_2$ Jahren starke Gewichtsabnahme, die letzten 8 Monate Bettlägerigkeit im Spital. Klinisch war Magenkarzinom angenommen, und auch der makroskopische Sektionsbefund, sattelförmige, exulzerierte Geschwulst der kleinen Kurvatur, Lebermetastasen mit Bildung großer Cysten, sprach für diese Diagnose. Erst die mikroskopische Untersuchung stellte ein großzelliges Spindelzellensarkom mit reichlichem Bindegewebsstroma, wahrscheinlich ausgegangen von der Magenmuscularis, fest. Dabei hebt H. im allgemeinen die Schwierigkeit, karzinomatöse und sarkomatöse Geschwulst ohne mikroskopische Untersuchung auseinander zu halten, hervor und äußert die Vermutung, daß bei regelmäßiger Anwendung dieser die Häufigkeit von Magensarkomen sich wahrscheinlich als größer herausstellen wird, als sie bislang angenommen ist. Die bisher bekannt gemachten Fälle von Magensarkom hat H. gesammelt, ihre Zahl beträgt, sechs im pathologischen Institut von Basel beobachtete hinzugerechnet, 85. Von diesen besitzen nur neun, also ca. $^1/_{10}$ der Fälle, Lebermetastasen, während Metastasenbildung überhaupt in 39 Fällen notiert ist.

Die klinische Differentialdiagnose zwischen Magenkrebs und Sarkom ist schwierig — möglich, daß gelegentlich die mikroskopische Betrachtung erbrochener Geschwulsttrümmer auf die richtige Spur leiten könnte. Chirurgisch kommt für das Magensarkom dieselbe Therapie in Frage wie für das Karzinom.

Beigaben zur Arbeit sind drei makro- und mikroskopische Abbildungen, welche die Tumoren darstellen und ein 118 Arbeiten aufzählendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **P. Graf.** Ein Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 365.)

G. hat das einschlägige Material von Helferich's Klinik in Kiel aus den Jahren 1899—1905, im ganzen 96 Fälle, bearbeitet. Darunter befinden sich 9 perforierte Magengeschwüre, nach deren Abzug also 86 Fälle mit 8% operativer Mortalität. Über das spätere Geschick der Überlebenden (78 Pat., dazu 3 geheilte Perforationsfälle) konnte, 2 Kranke ausgenommen, hinreichend Nachricht eingezogen werden, 57 konnten zudem in der Klinik selbst nachuntersucht werden, so daß die Endresultate genügend klargelegt sind. Dieselben sind je nach der Natur der die Operation bedingenden Krankheitszustände sehr variabel, insbesondere ergaben sich bei der am häufigsten zur Behandlung kommenden Affektion,

dem Magengeschwür, erhebliche Unterschiede, je nachdem es sich um eine pylorische stenosierende Geschwürsnarbe handelt, oder um noch bestehendes Pylorusgeschwür, oder um Geschwür des Magenkörpers. G. hat die verschiedenen Resultatsgüten mit den Zensurzahlen I, II, III, IV gekennzeichnet, wobei auf I die Pat. gerechnet sind, die dauernd arbeitsfähig, im allgemeinen beschwerdefrei, ohne Diät leben, auf II die, die den Anforderungen des Lebens genügen, aber leichtere Beschwerden zurückbehalten haben, auf III die, welche nur bei Diät und Schonung ein erträgliches Dasein führen, auf IV die, die annähernd die alten Beschwerden haben. I und II können deshalb als gute, III und IV als schlechte Erfolge gezählt werden. Da die häufigst behandelte Magenkrankheit, wie bemerkt, das Geschwür, die am häufigsten ausgeführte Operation aber die Gastroenterostomie war, ist eine Übersicht über die wichtigsten Resultate am einfachsten durch teilweise Reproduktion der beiden hierauf bezüglichen, von G. gelieferten Tabellen zu geben.

A. Geschwürstabelle.

	Methode	Erfolge		Mißerfolge				Zusammenfassung der Resultate
		I	II	Operative Mortalität	Spätmortalität am Geschwür	III	IV	
Narbige Pylorusstenose nach Ulcus 19	Gastroenterostomie 18	7	6	—	—	1	3	14 gute 4 schlechte = 22% d. Leb. 0 Mortalität.
	Pyloroplastik 1	—	1	—	—	—	—	
Ulcus pylori 21	Gastroenterostomie 17	8	4	1 (Chloroformtod)	—	1	3	14 gute 5 schlechte = 26% d. Leb. 2 † p. op.
	Resektion 3	1	1	1 (Kollaps)	—	—	—	
	Jejunostomie 1	—	—	—	—	—	1	
Ulcus des Magenkörpers 21	Gastroenterostomie 14	6	—	1 (Pneumonie)	2 (Perforat. Kachexie)	1	1	9 gute 5 schlechte = 35% d. Leb. 3 unsichere 4 † p. op.
	Jejunostomie 4	1	—	3 (Blutung bz. Perforation)	—	—	—	
	Gastroanastomose 2	1	—	—	—	1	—	
	Pexis 1	—	1	—	—	—	—	
Sa.: 61	61	24	13	6 †	2	4	8	

Hiernach verhält sich also die operative Mortalität bei Narbe (Pylorusstenose), Ulcus pylori, Ulcus corporis wie 0 : 2 : 4. Entsprechend sind die Endresultate: bei Pylorusstenose 22% Mißerfolge, bei Ulcus pylori 26%, bei Ulcus corporis 35%.

Betreffs B., der Gastroenterostomietabelle seien folgende Daten wiedergegeben:

Gesamtzahl der Operationen: 67,
Erfolge: 41 { 27mal Resultat »I«, 14mal Resultat »II«,
Mißerfolge: 20, und zwar
operative Todesfälle: 3,
spätere Todesfälle: 2,
Resultat »III«: 6,
Resultat »IV«: 9.

Außer den Pylorusstenosen (23 Fälle) und den Geschwürsfällen wurden der Operation auch 9 Gastroptosen unterzogen (7 gute Erfolge), sowie 2 neuropathische Magenaffektionen (Hysterie und Tabes), beide ohne Erfolg. Als typische physiologische Folgen der Gastroenterostomie bezeichnet G. auf Grund seiner Nachuntersuchungen: 1) Besserung der motorischen Funktion in der Regel bis zur Norm, selten darüber, 2) Herabsetzung der Azidität des Magensaftes, 3) Rückgang der

Ektasie in gewissen Grenzen, nur in einer Minderzahl bis zur normalen Größe, was für das Befinden und die motorische Funktion nicht nachteilig ist. »Die Jejunostomie ist wegen ihrer Unzuverlässigkeit hauptsächlich bei Blutungen möglichst einzuschränken.« »Für Ptose und Atonie ist der Gastroenterostomie der Vorzug zu geben vor der Pexis (Ventrofixatio) und Plicatio allein.«

Im übrigen wurde in der Kieler Klinik eine nachträgliche Verengung der Magen-Darmkommunikation beobachtet, 3mal infolge narbiger Retraktion, 1mal infolge einer als Unikum dastehenden Karzinombildung der Kommunikationsstelle. Die 4 Fälle werden näher berichtet. Als kasuistisch besonders interessant sind ferner hervorzuheben 12 Fälle entzündlicher Geschwulstbildung bei ulzerös-narbiger Pylorusstenose und 9 Fälle akuter Geschwürsperforation. Die ersteren zeichneten sich durch sehr chronischen Verlauf aus (8 Kranke litten bereits mehr als 10 Jahre), gaben aber recht gute Erfolge; denn von 8 bei ihnen gemachten Gastroenterostomien resultierten 6 sehr gute und 2 gute Dauererfolge (4 Geschwülste wurden reseziert). Von den Perforationsfällen gelang es 3 operativ zu retten. 2 Pat. der Klinik bekamen nach einer Magenoperation (Gastroenterostomie bzw. Jejunostomie) eine Perforation und starben beide ohne zweite Operation.

Die bevorzugte Operationsmethode für die Gastroenterostomie war die Retrocolica posterior nach v. Hacker, und wurde bald Naht, bald Knopf, in letzter Zeit aber nur noch die Naht dabei verwendet. Zur Sicherung vor Circulus vitiosus wendet Helferich eine Verengung des zuführenden Darmschenkels und eine Verziehung des Darmes nach links an. Das Verfahren wird unter Beifügung einer erläuternden Figur genau beschrieben.

Zum Schluß der Arbeit stehen die gesamten Krankengeschichten und ein 204 Nummern enthaltendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) **Jollasse.** Beitrag zur Röntgendiagnose des Sanduhrmagens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. konnte an drei Pat. das Bestehen eines Sanduhrmagens, sowohl durch den Wismutschatten als mit der Sonde im Röntgenbilde nachweisen. In einem vierten Falle aber ließ das Röntgenbild scheinbar einen Sanduhrmagen erkennen, während die Autopsie einen gesunden Magen ergab. Pat. litt an Leberschwellung und Karzinom des Duodenum. Die Einschnürung der Magenwand war offenbar bedingt durch spastische Kontraktionen der Muskulatur. **Gaugele** (Zwickau).

23) **G. Costa** (Vizzini). Occlusioni intestinali da causa interna ed ernie esterne.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 7.)

Innere Einklemmungen in Verbindung mit Hernien können zu unausweichlichen diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten führen. Zumeist stehen sie mit pathologischen Zuständen in der Hernie in einem kausalen Zusammenhang.

C. bringt mehrere einschlägige Fälle zur Kenntnis:

1) 52jähriger Bauer, linksseitige, stets freie Hernie; Inkarzeration seit 18 Stunden. Keinerlei auffällige äußere Erscheinungen; nur bei der Herniotomie besonders viel Bruchwasser und Peritonealflüssigkeit, die zur genaueren Untersuchung der benachbarten Darmschlingen aufforderten und die Konstatierung eines Volvulus der Flexur ermöglichten. Heilung nach 16 Tagen, Wohlbefinden nach 3 Jahren.

2) 32jähriger Bauer, rechtsseitiger Leistenbruch. Häufige paroxysmale Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend unter jedesmaliger Bildung einer apfelgroßen, umschriebenen Geschwulst daselbst, die auf Massage allmählich zurückging. Während eines foudroyanten Anfalles Operation: Ein strangförmig geschrumpfter Netzzipfel, mit dem freien Ende im Leistenbruche verwachsen, hatte eine Ileumschlinge gedreht und stranguliert; Resektion der gangränösen Schlinge, Heilung.

3) 27jähriger Mann. Innere Einklemmung durch doppelte Strangulation des Ileum infolge eines angeborenen, omphalomesaraischen Stranges vom rechten

Nabelrande zum Mesenterium der betreffenden Schlinge. Gleichzeitig besteht ein rechtsseitiger Leistenbruch, der einen verwachsenen Netzzipfel enthält; er scheint nicht inkarzeriert gewesen zu sein. Resektion des schnürenden Stranges. Heilung.

4) 29jähriger Bauer, hat seit Jahren seine Hernie in der rechten Leistenbeuge bei Schmerzanfällen stets selbst teilweise reponiert, aber dabei eine schmerzhafte Geschwulst im Bauche beobachten können. Die Operation ergibt eine untere Dünndarmschlinge, deren Schenkel »gewehrlaufartig aneinander gelötet« sind, im Bauch oberhalb eines verwachsenen Netzbruches im Bruchsack. Resektion. Heilung.

Diese kurz referierten Fälle geben C. Anlaß zu einer äußerst sorgfältigen kritischen Arbeit, die das Hauptgewicht auf die Diagnose und ihre Konstruktion legt und außerdem zahlreiche andere Fälle aus des Autors offenbar sehr reichem Material erwähnt. **J. Sternberg** (Wien).

24) **A. Jenckel.** Atresia acquisita intestini.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 330.)

Während angeborene Dünndarmatresien bekanntlich nicht allzu ungewöhnlich sind, stellen im späteren Leben erworbene sehr seltene Vorkommnisse dar und können, durch Strangulationen verursacht, nur dann zur Entwicklung gelangen, wenn dem Kot durch Herstellung eines abnormen Weges — äußerer widernatürlicher After oder fistulöse Darmanastomosierung — ein Abgang eröffnet ist. J. beschreibt zwei in der Göttinger Klinik beobachtete einschlägige Fälle, von denen einer nach Brucheinklemmung, der zweite durch innere Einklemmung entstanden war. In Fall 1 handelt es sich um eine 46jährige Frau, die, vor 5 Monaten außerhalb der Klinik wegen Brucheinklemmung herniotomiert, einen widernatürlichen After zurückbehalten hatte und zu dessen Beseitigung laparotomiert wurde. Die Operation führte auf ein Knäuel stark verwachsener Därme, aus welchen die früher eingeklemmte Schlinge herauspräpariert und reseziert wurde. Darmnaht usw., Tod infolge von Peritonitis. Das Resektionspräparat wird abgebildet und eingehend beschrieben. Es zeigt, stark miteinander verwachsen, ein zuführendes weites und ein verengtes abführendes Ende, beide blindsackförmig verschlossen, ferner die Kotfistel (Anus praeternaturalis) und als Fortsetzung des zuführenden Stückes ein Fragment verengten und verödeten Darmes. Die speziellen Befunde am Präparat sind auch histologisch genau durchforscht und geben dem Autor zu einer Hypothese über die Art der früheren Darmeinklemmung Anlaß. J. glaubt, es habe sich damals um eine Einklemmung von 2 Darmschlingen gehandelt, und es sei bei der Herniotomie nur eine partielle Reposition gelungen. Im Anschluß an diese Mutmaßung wird beiläufig auf die Frage von den »2 Darmschlingen im Bruchsack« bzw. von der »retrograden Einklemmung« eingegangen, des weiteren auch der wenigen sonst bekannten (5) Fälle von Dünndarmatresie nach Brucheinklemmung mit Kotfistel gedacht. In Fall 2 wurde eine Frau wegen Ileus laparotomiert, und zwar wurde oberhalb verengter, im Douglas liegender Dünndarmschlingen eine erweiterte Schlinge mit dem Kolon mittels Murphyknopf in Anastomose gebracht. Pat. genaß, doch wurde der Knopf nicht ausgestoßen. 15 Monate später gelangte Pat. wegen abermaligen Ileus neuerdings zur Laparotomie, wobei man in einen mit gangränösem Darm zusammenhängenden Abszeß geriet und sich nach dessen Tamponade mit Anlegung einer Kotfistel begnügte. Die Sektion der am nächsten Tage gestorbenen Frau zeigte, daß die bei der ersten Operation gemachte Darmanastomose sich erheblich verengt hatte. Aboral von ihr endigte der Dünndarm blind mit völlig verwachsenem Ende und enthielt hier den Murphyknopf. Die Fortsetzung dieses Darmendes fand sich erst nach längerem Suchen in einiger Entfernung, in starke Verwachsungen gebettet, sehr verengt und ebenfalls blind obliteriert, übrigens mit einer kleinen Perforation versehen. Außerdem zeigte sich an anderer Stelle Darmbrand infolge von Einklemmung durch feste Stränge, wobei zu bemerken, daß Pat. früher Puerperalfieber (mit Parametritis) durchgemacht hatte, und daß als Grund auch des ersten Ileusanfalles Darmeinklemmung durch von dieser Erkrankung hinterlassene Verwachsungen usw. angesehen wurde. — Ent-

stehung der völligen Darmdurchtrennung nebst Blindverschluß beider Enden in diesem Fall erscheint unschwer erklärbar. Die Anlegung der Ileum-Kolonanastomose entlastete das Einklemmungsgebiet am Darm, an dem nun ohne Schaden Durchschnitt des Darmes durch die einklemmende Falte, gefolgt vom Zuwachsen beider Enden, zustande kommen konnte. Der zweite Ileusanfall ist wohl ausschließlich der eingetretenen Verengung der Darmkommunikationsöffnung zur Last zu legen. J. ist geneigt, für dies Ereignis die Benutzung des Murphyknopfes zu beschuldigen und glaubt, daß die Anastomosenbildung mittels Darmnaht zumal mit Separatcatgutnaht der Schleimhaut einen Schutz vor dergl. Verengungen gewährt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **Borsséky.** Blinddarmtorsion.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 49.)

Bei einem 40jährigen Mann stellten sich 3 Tage vor der Aufnahme in die Réczey'sche Klinik kolikartige Bauchschmerzen, Erbrechen, Stuhlverhalten ein. Bei der Aufnahme fand sich in der linken unteren Bauchgegend eine Resistenz, die Diagnose wurde auf Volvulus der Flexura sigmoidea gestellt. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie wurde festgestellt, daß die Resistenz in der linken Bauchhälfte nicht durch das S romanum, sondern durch den unter Drehung um 180° nach links verlagerten Blinddarm bedingt war. Es lag ein partieller Situs inversus der Därme vor. Nach Retorsion des Blinddarmes glatte Heilung.

Die Torsion des Blinddarmes ist selten, nach der Statistik von Weinreich (1901) sind in der Literatur nur 24 Fälle bekannt.

P. Steiner (Klausenburg).

26) **B. K. Finkelstein.** Ein Fall von Volvulus des Blinddarmes und Einklemmung des Dünndarmes in einer angeborenen Öffnung des Mesenteriums.

(Praktitscheski Wratsch 1907. Nr. 46. [Russisch.])

23 Jahre alter armenischer Arbeiter, am Tage vorher erkrankt. In der Anamnese leichte Anfälle von unvollständigem Ileus. Deutliches Symptom v. Wahl's rechts unten vom Nabel. Der Darm nimmt frei ein großes Klysma auf. Während des folgenden Tages 3mal Erbrechen. Operation 2 Tage nach Erkrankung. Der Blinddarm hat ein eigenes Gekröse, ist um 360° in der Richtung des Uhrzeigers gedreht. Zwischen dem Gekröse des Blinddarmes und demjenigen des Dünndarmes ein Spalt von der Gekröswurzel bis zum Darm. In diese Öffnung ist eine Schlinge des Ileum geraten und eingeklemmt und hat sich von rechts nach links über den Blinddarm geschlagen. Narben und frische Entzündungssymptome am Gekröse. Lösung des Darmes, Schnitt, Entleerung des Blinddarmes von sehr reichlichen Kotmassen. Naht dieses Schnittes, dann des Spaltes im Gekröse, wobei gleichzeitig das Blinddarmgekröse an der hinteren Bauchwand fixiert wird. Schluß der Bauchwunde. Glatter Verlauf, Heilung.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

27) **Herrmann.** Über einen einfachen auswechselbaren Kotfänger bei künstlichem After.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1907. Nr. 22.)

Ein kurzes Knierohr aus Zelluloid ist an der kreisförmigen Einfallöffnung für den Kot mit einem lufthaltigen Gummiring umrandet und wird mit diesem mittels einer Gabel und federnden Leibriemens gasdicht über die Mündung des künstlichen Afters gestülpt. Der nach unten gerichtete, abgeplattete Schenkel des Rohres trägt einen Gummibeutel von 18 cm Länge und 9 cm Breite, der über einem Wulste des Rohres durch einen Gummiring luftdicht festgehalten wird und sich leicht gegen einen neuen auswechseln läßt. Der ganze Apparat kann aus der Gabel herausgenommen und gegen eine Zelluloidplatte vertauscht werden, die eine mit Tierkohle bestäubte Wattelage gegen die Afteröffnung preßt. 3 Abbildungen.

Gutzeit (Neidenburg).

28) **H. Ito und Y. Soyesima.** Beitrag zur operativen Behandlung der Hirschsprung'schen Krankheit.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 459.)

Die Verff. bringen zwei einschlägige in der Klinik zu Kyoto (Japan) mit gutem Erfolge operativ behandelte Fälle. Fall 1: 14jähriger Knabe, der, seit der Geburt an Incontinentia alvi leidend, meist nachts unwillkürlich Kot ins Bett ließ. Befund: schlechte Ernährung, Anämie, Leibesauftreibung, träge Peristaltik des augenscheinlich sehr vergrößerten Dickdarmes, erhebliche Kotstauung, sowohl im Mastdarm als im unteren Dickdarm, hier eine tastbare Pseudogeschwulst bildend, After jedoch gut geschlossen. Trotz passender Diätregulierung, regelmäßiger Darmspülung, digitalen Kotausräumungen keine Besserung, deshalb Laparotomie. Es wird eine breite seitliche Anastomose zwischen dem untersten Teile des Dünn- und dem oberen Teile des Mastdarmes angelegt und von der anastomosierten Stelle aufwärts etwa 20 cm lang der Dickdarm gefaltet, so daß sein Durchmesser auf die Hälfte verkürzt wird. Hiernach Besserung, doch nicht ausreichend, da sich wieder stagnierende Kotgeschwülste bilden. Darum 2 Monate nach der ersten Operation Relaparotomie, bei der die Darmanastomose gut durchgängig befunden wurde. Vornahme der partiellen Darmausschaltung, indem analwärts von der Anastomose der Dünndarm quer getrennt, beiderseits blind verschlossen und versenkt wird. Hiernach gutes Endresultat. Gute Ernährung, Beseitigung der Inkontinenz, regelmäßige, spontane Defäkation. Fall 2 betrifft einen 4monatigen Knaben, seit der Geburt mit Verstopfung und zeitweisem Erbrechen behaftet, am erweiterten Bauch starke Peristaltik zeigend. Bei der Laparotomie vorfallende stark geblähte Därme wurden punktiert und reponiert. Schlängelung der abnorm langen Flexur. Anlegung einer Kotfistel an der Regio iliaca sinistra. Das Ausfließen einer Unmasse Kotes aus der Fistel wirkte sehr erleichternd. Nach einem Monate spontane Heilung der Fistel, spontan erfolgende Kotentleerungen durch den After, allgemeines Wohlbefinden.

Fall 1 sehen Verff. als ein echtes Megakolon, »eine Art Riesenwuchs des Kolon« an, bei dem sich ihnen die partielle Darmausschaltung in sehr guter, zu Nachahmung auffordernder Weise bewährte. In Fall 2 hat ihrer Ansicht nach nur ein Pseudomegakolon vorgelegen. Fälle der letzteren Art können im späteren Lebensalter der Kranken spontan in normale Verhältnisse übergehen, bedürfen deshalb kaum operativer Behandlung, von welcher vielmehr hier tunlichst abzusehen ist.

In allgemeinen Bemerkungen zur Sache, bei denen die Verff. ausgedehntes Literaturstudium verwerten, werden kurz gefaßte aber anscheinend erschöpfende Zusammenstellungen über die verschiedenen klinischen Theorien zur richtigen Deutung der »Hirschsprung'schen Krankheit«, sowie über die mannigfachen chirurgischen Methoden zu ihrer Behandlung und das bislang auf diesem Gebiete geleistete gegeben. Literaturverzeichnis von 204 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **D. Roberts.** Gradual anal dilatation by a new method.

(New York med. record 1907. Dezember 14.)

R. gibt ein neues Instrument an, welches im wesentlichen aus einem hantelförmigen Kautschuckballon mit einem besonders starken Gebläse besteht und das durch ein Spekulum in den After eingeführt wird. Wiederholte Anwendung in richtigen Intervallen brachte unter anderem Heilung von Strikturen.

Loewenhardt (Breslau).

30) **A. S. Schtscherbakow.** Zur Kasuistik der spontanen Milzruptur.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 50. [Russisch.])

Pat., 34 Jahre alt, Bäcker, hat eben eine schwere Krankheit (Typhus?) überstanden. Fieber, starker Husten. Beim Hinaufsteigen auf einen Ofen fing er an heftig zu husten und spürte dabei, daß etwas im Unterleibe zerriß. Tod am

nächsten Tage an Verblutung. Sektion: im Bauche 1 kg Blut; Milz fast total quer zerrissen, Kapsel matt, weißlich, löst sich leicht ab. Milzsubstanz weich, morsch, zerfließt bei Fingerdruck. Sonst in den Organen außer Fettdegeneration keine Veränderungen. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

31) **G. J. Baradulin.** Milzcysten nicht parasitären Ursprunges.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Der 34jährige Pat. zog sich vor 6 Jahren durch Fall eine heftige Rückenmarksquetschung zu. Vor 4 Jahren spürte er zuerst Schmerzen im Epigastrium, die sich von Zeit zu Zeit wiederholten. Vor einigen Wochen bemerkte er zufällig eine kleine Geschwulst unter dem linken Rippenbogen, die schnell wuchs. Es wurde eine Dämpfung gefunden, die in der Axillarlinie an der 5. Rippe begann und in einer Geschwulst von der Größe des Kopfes eines Erwachsenen aufging, unbeweglich, prall-elastisch, fluktuierend. Rechts reichte sie bis in die rechte Mammillarlinie, nach unten bis in Nabelhöhe. Der Blutbefund: 3864000 Erythrocyten, 11400 Leukocyten, 60% Hämoglobin. Probepunktion: dunkelbraune Flüssigkeit mit Blutkörpern, Cholesterin, Fibrin.

Operation: Die Cyste enthielt 3 Liter Flüssigkeit. Sie war derart verwachsen, daß sie nur eröffnet und eingenäht werden konnte. Völlige Heilung nach 5 Monaten.

Blutbefund nach 6 Wochen: 4068000, 14200, 75%. Die »Leukocytose« führt B. auf die Tamponade zurück.

Die Cystenwand bestand aus 1) einer dichten Bindegewebsschicht mit wenig Zellen und 2) aus einem inneren bindegewebigen Netz mit vielen Zellen; an einzelnen Stellen fanden sich Endothel und Fibrin. Ein aus der Tiefe genommenes Stück wies dieselben Schichten auf und außen noch etwas atrophisches Milzgewebe.

V. E. Mertens (Kiel).

32) **A. W. Schatski.** Ein Fall von Splenektomie infolge Lymphangiom der Milz.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 50. [Russisch.])

Mädchen von 18 Jahren mit einer Geschwulst, die vor $1^1/_2$ Jahren in der Milzgegend bemerkt wurde und jetzt den ganzen Unterleib bis zur Symphyse einnimmt. Linke Lunge: Dämpfung unten bis zur 5. Rippe in der Axillarlinie. Herz nach rechts verdrängt. Splenektomie (Prof. Gubarew); Milz frei, keine Verwachsungen. Nach Herauslagerung vor die Bauchhöhle wurde die A. lienalis mit einer Klemme gefaßt, dann das Mesenterium der Milz ohne vorherige Abbindung von unten durchschnitten und dabei ein paar kleine Arterien abgeklemmt. Oben wurde der Pankreasschwanz durchnäht und durchschnitten. Nach Entfernung der Geschwulst wurden die gefaßten Arterien mit einer Catgutligatur unterbunden, der Stumpf des Mesenteriums vernäht und an der Bauchwandwunde befestigt. Tampon für 2 Tage, glatte Heilung. Am 7. Tage war die ganze linke Lunge gedämpft; Probepunktion — blutig-seröses Exsudat; Impfung auf Nährböden blieb erfolglos. 23 Tage nach der Operation war das Exsudat resorbiert. Pat. menstruierte wieder (seit $1^1/_2$ Jahren Amenorrhöe). Nach 3 und nach 5 Monaten trat von neuem Exsudat in der Pleura auf. Diagnose: Tumor pulmonis. Allgemeinzustand recht gut; Blutuntersuchung vor (und nach) der Operation: Hämoglobin 75% (95 bis 85%), rote Blutkörperchen 4000000 (4880000), weiße: 20000 (9970—12000). Die entfernte Milz wog 5,1 kg, Größe: 35×22×17 cm.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

33) **C. Nordmann.** Ein Fall von Leberruptur.

Inaug.-Diss., Kiel 1907.

Bei einem 18jährigen Schlosser, der aus der III. Etage zur Erde gefallen war, stellten sich Schmerzen in der Lebergegend ein. Man konnte im rechten Epigastrium eine Flüssigkeitsansammlung nachweisen. Bei der Operation wurden im

Bauche große Blutgerinnsel gefunden. Als Quelle der Blutung entdeckte man nach Emporziehen des Rippenbogens und Einkerbung des Lig. suspensorium im äußeren, oberen, hinteren Teil der Leber ein hühnereigroßes abgequetschtes Stück, das zusammenhangslos in dem Winkel lag. Da auf Drainage die Blutung nicht stand, wurde die Leber an dieser Stelle durch sechs tiefgreifende Catgutnähte vernäht. Nach 20 Tagen wurde ein subphrenischer Abszeß mittels Rippenresesektion entleert. Bei Verbandwechseln und einer späteren Auslöffelung wurde noch viel abgequetschtes Lebergewebe entfernt. Dann trat Heilung ein.

Die Leberzerreißung war hier also durch eine einseitige Gewalteinwirkung zustande gekommen. Chok und Kontraktion der Bauchdecken hatten bei dem Verletzten gefehlt. **E. Moser** (Zittau).

34) **Goldammer.** Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 41.)

Die umfangreiche Arbeit berichtet über 228 Fälle von Erkrankungen der Gallenwege, in erster Linie von Cholelithiasis, die in der Kümmell'schen Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses von 1895—1906 operativ behandelt wurden.

Die Bearbeitung dieses Materials hält sich unter Wiedergabe sämtlicher Krankengeschichten an die bekannte Einteilung von Kehr und führte im wesentlichen zu einer Bestätigung der von Kehr und Körte veröffentlichten Anschauungen und Ergebnisse auf dem Gebiete der Gallenwegchirurgie. Das Referat kann sich daher darauf beschränken, einen Überblick über die Operationserfolge und die Indikationsstellung Kümmell's zu geben.

Die Gesamtmortalität der Gallensteinlaparotomien betrug 20,9% (Kehr 26,2%). Bei unkomplizierten Fällen ergab sich eine Sterblichkeit von 4,7%, bei gutartigen Komplikationen von 14,3%, bei bösartigen Komplikationen von 85,7%; letztere sind in einer Häufigkeit von 19,8% vertreten.

In Übereinstimmung mit Kehr und Körte wurde operiert, wenn innere Kuren erfolglos waren, wenn die Krankheit von Anbeginn so auftrat, daß interne abwartende Behandlung gefährlicher erschien als operative, schließlich aus besonderer Rücksichtnahme auf soziale Verhältnisse.

Die Indikation zur Operation ist demnach gegeben: 1) bei der akuten, infektiösen Cholecystitis in jedem Stadium; 2) bei der rezidivierenden Cholecystitis, wenn auch zwischen den Anfällen Krankheitssymptome vorhanden sind, welche Erwerbsfähigkeit und Lebensgenuß beeinträchtigen; 3) bei Hydrops und chronischem Empyem der Gallenblase; 4) bei pericholecystitischer Eiterung; 5) bei jedem chronischen Choledochusverschluß; 6) bei Kombination jeder Form des Gallensteinleidens mit Morphinismus; 7) bei sonst unheilbaren Folgezuständen der Cholelithiasis: Cholangitis, Leberabszeß, Perforationsperitonitis, sekundären Veränderungen an Magen und Darm; 8) bei Karzinomen der Gallenwege; bezüglich deren Resultate ist auf die Arbeit von Friedheim (Bruns' Beiträge Bd. XLIV) zu verweisen.

Meist wurde der pararektale Längsschnitt, mitunter aber auch der Kocher-sche Schräg- und Kehr'sche Wellenschnitt gewählt.

Das operative Vorgehen gegenüber der Gallenblase ist ein bedingt konservatives: sie wird exstirpiert, wenn der Cysticus organisch verschlossen ist, wenn ihre Muskulatur infolge Überdehnung irreparabel gelitten hat, wenn ihre Wand durch ulzerative Prozesse zerstört, durch Entzündung geschrumpft und verdickt oder aber karzinomverdächtig geworden ist.

Die Cystektomie, deren Technik nicht von der gewöhnlichen abweicht, wird nicht als konkurrenzlose Operation geübt, sondern auch der konservativen Cystendyse und Cystostomie ein genau umschriebenes Gebiet eingeräumt. Voraussetzung für Cystendyse ist, daß die Gallenblase völlig frei von entzündlichen Veränderungen ist, daß normale Galle aus dem Hepaticus nachfließt und mit Sicherheit alle Steine entfernt werden können. Unter diesen Bedingungen kürzt diese

vielfach verworfene Operationsmethode den Heilungsverlauf ganz erheblich ab und schafft zugleich wieder physiologische Verhältnisse.

Alle übrigen Fälle gehören der Cystostomie, welche stets einzeitig vorgenommen wird, wobei der Fixation am Peritoneum die Eröffnung vorausgeht.

Choledochotomie zur Drainage der Gallenwege gilt nicht als Normalverfahren. Sie wird nur ausgeführt wegen sonst nicht entfernbarer Steine und bei stärkerer Infektion des Ganges. Nahtverschluß oder Drainage des Ganges wird nach ähnlichen Indikationen gewählt.

Von 134 Pat., deren Schicksal ermittelt werden konnte, waren 15 gestorben, darunter einer an den Folgen des Gallensteinleidens. 102 Operierte waren völlig gesund und beschwerdefrei; Rezidive, d. h. Wiederholung der Koliken, wurden in 6,8% berichtet, während in 11,8% Steine zurückgeblieben waren.

Reich (Tübingen).

35) **Rolleston.** Congenital obstruction of the common bile duct.

(Brit. med. journ 1907. Oktober 12.)

R. beschreibt einen Fall von angeborenem Verschluß des Choledochus bei einem hereditär luetischen Kinde, das unter zunehmendem Ikterus und Abmagerung 3 Wochen nach der Geburt starb. Der Ikterus trat erst 7 Tage nach der Geburt ein. Auf Grund des klinischen und Sektionsergebnisses hält R. den Verschluß für bedingt durch luetisches Granulationsgewebe. Der Fall hätte dann nur ein einziges Gegenstück in dem von Beck 1884 beschriebenen.

Weber (Dresden).

36) **Barth.** Intrahepatische Cholelithiasis und deren Behandlung durch langdauernde Hepaticusdrainage.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1907.

Bei einem 54jährigen Manne wurde wegen chronischen, lithogenen Choledochusverschlusses der Choledochus inzidiert und der Hepaticus drainiert, obwohl nach Extraktion eines großen Steines aus demselben kein Stein mehr nachweisbar war. Im Verlaufe der Nachbehandlung wurden beim Spülen öfters Steinchen und ockergelbe, zylindrische, den feineren Gallengängen entsprechende Gebilde herausgeschwemmt. Erst nach 13 Monaten fanden sich keine Bröckel mehr in der Galle, so daß Drainage und Spülung fortgelassen werden konnten, worauf sich die Fistel schloß. Die Spülungen, die noch dazu in den letzten Monaten von der Frau des Pat. vorgenommen wurden, waren ebenso wie der Gallenverlust ohne Beschwerden ertragen worden. Unter Berücksichtigung der Literatur wird das Krankheitsbild der intrahepatischen Cholelithiasis kurz geschildert. Für die Therapie betont Verf. die Bedeutung der »langdauernden« Hepaticusdrainage. **Strauss** (Nürnberg).

37) **Mayo Robson.** On cholecystectomy; the indications and contraindications for its performance.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 26.)

Unter fast 1000 Operationen an den Gallenwegen hat M. nur 94mal die Gallenblase entfernt. Auch nach ihrer Entfernung können sich neue Steine bilden, und zwar im Choledochus und in den großen Gallenwegen, während die Wiederkehr von Steinen nach der Cholecystostomie ein sehr seltenes Ereignis ist. Die Gallenblase ist durchaus kein überflüssiges Organ, das man ohne weiteres fortzunehmen berechtigt wäre. Der Galle wird während ihres Aufenthaltes in der Gallenblase sehr viel Schleim beigemischt (nach R.'s Untersuchungen bis 72 ccm täglich). Dieser Schleim macht die Galle weniger reizend, wie aus den Experimenten Flexner's hervorgeht. Wahrscheinlich führt der Verlust der Gallenblase zur Erweiterung des Choledochus und der großen Gallengänge, wie dies Verf. mehrere Male beobachtet hat. Wäre das regelmäßig der Fall, so wären alle Möglichkeiten einer Neubildung von Steinen und einer Stauung zur Leber hin mit Cirrhose in Leber und Pankreas als deren Folge gegeben.

Es sollte daher die bewährte Cholecystostomie nicht gar so schnell durch die Ektomie ersetzt werden, wie es heute so oft geschieht. Indiziert ist die Ektomie bei Krebs; kleiner, geschrumpfter, wertloser Gallenblase; bei erweiterter und hypertrophierter Gallenblase infolge Striktur im Cysticus; Empyem der Gallenblase; Schleimfistel; schwerer Verletzung der Blase. Dagegen soll für die gewöhnliche Form der Cholelithiasis die Cholecystostomie als Normaloperation ihre Geltung behalten.

Auf der anderen Seite ist Verf. ein eifriger Befürworter der Operation an sich in jedem Falle von Gallensteinen überhaupt, weil er von dem ursächlichen Zusammenhange zwischen Stein und Krebs auf Grund seiner langen Erfahrungen fest überzeugt ist. Es gibt kein sichereres Mittel, der Krebsbildung vorzubeugen, als die Entfernung des dazu führenden Reizes: der Steine. **Weber** (Dresden).

38) **Solowoff.** Cholecystenteroanastomosis retrocolica.

(Chirurgia 1907. Nr. 130. [Russisch.])

Kurze Mitteilung, eingeleitet mit der Bemerkung, daß die Cholecystenteroanastomosis retrocolica, wie sie Brentano in Nr. 24 d. Bl. in Vorschlag bringt, schon vor 4 Jahren von Herzen auf dem II. Kongreß der russischen Chirurgen in Moskau beschrieben wurde (was den deutschen Chirurgen nicht bekannt sein konnte. Ref.).

S. operierte einen einschlägigen Fall von chronischer Gallenstauung, veranlaßt durch Pankreaskarzinom. Seine Technik unterscheidet sich von der Brentano's lediglich durch den Umstand, daß Brentano eine leergestrichene Jejunumschlinge durch einen stumpf durchbohrten Schlitz im Mesokolon an die Gallenblase heranzieht und nach Beendigung der Anastomose das Mesokolon auf der Gallenblase fixiert. S. bohrt ebenfalls den Schlitz in das Mesokolon, zieht aber die Gallenblase hindurch zur Jejunumschlinge und befestigt zum Schluß den Schlitz des Mesokolon auf dem Jejunum in der Nähe der Anastomose. Sonst ist die Operation die gleiche.

(Welche der beiden Methoden zu wählen ist, dürfte sich von Fall zu Fall entscheiden, da die Methode nach S. nur bei stark vergrößerter, bzw. überdehnter und sehr beweglicher Gallenblase auszuführen ist. Ref.) **Oettingen** (Berlin).

39) **Fullerton.** Anastomosis between the common bile duct and the duodenum for obstructive jaundice.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 26.)

Bei einem 66jährigen Manne mit schwerem, zunehmendem Ikterus machte F. die Choledochoduodenostomie mittels Knopfes. Es handelte sich um chronische Pankreatitis mit Erweiterung des Choledochus bis zur Weite eines Dünndarmes. Da es unmöglich war, bei der Operation vom gestauten Choledochus her Galle auf der geöffneten Gallenblase heraus zu pressen, so legte F. die Anastomose nicht an der Gallenblase, sondern am Choledochus an. Bis zur letzten Untersuchung bestand ein Dauererfolg von 5 Monaten. Solche Choledochenterostomien sind noch von den Gebrüdern Mayo, von Sprengel, Riedel und Swain beschrieben worden **Weber** (Dresden).

40) **Kotzenberg.** Operative Entfernung eines Tumors des Ductus omphalomesentericus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 289.)

Ohne charakteristische Anamnese entwickelte sich bei einer multiparen, anämischen Frau eine mannskopfgroße Geschwulst im Bauche, die, etwas nach links von der Mittellinie gelegen, mit den linken Adnexen zusammenzuhängen schien. Bei der Laparotomie wies sie mehrfache Verwachsnngen mit Bauchwand, Därmen und Netz auf, die sich aber leicht lösen ließen. Der Stiel, durch den die Geschwulst mit dem Darme zusammenhing, ging unmittelbar ohne scharfe Grenze aus einem Meckel'schen Divertikel hervor. Unter Resektion des Divertikels wurde

die Geschwulst entfernt und glatte Heilung erzielt. Es handelte sich um eine weiche, solide Geschwulst mit mehrfachen Erweichungsherden, deren histologische Untersuchung zur Diagnoseeines primären Sarkoms führte. Es wird angenommen, daß sich dieses auf dem Boden eines nicht ganz zurückgebildeten Ductus omphalo-mesentericus entwickelt hatte. **Reich** (Tübingen).

41) **N. M. Kakuschkin.** Zur Lehre von den Geschwülsten des großen Netzes.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 45—50.)

Pat., 28 Jahre alt, von Kindheit an mit einem Herzfehler behaftet, mit 1 bis 2 Aborten und Gonorrhöe in der Anamnese, kinderlos, kam mit einer Geschwulst im Unterleibe, die vor 5 Monaten bemerkt wurde, in Prof. Ratschinski's Klinik. Diagnose: Netzgeschwulst oder Cyste des linken Eierstockes. Operation: Netz stark mit den Genitalien und dem Darme verwachsen, von zahlreichen Cysten durchsetzt, die linsen- bis nußgroß, die größte faustgroß sind. Rechte Tube verdickt, mit dem Eierstock verwachsen; linke Adnexe fest mit der Geschwulst verlötet. Resektion des Netzes mit Zurücklassung des oberen rechten Drittels; da die Adnexe stark verändert sind und am Uterus Fetzen des cystisch entarteten Netzes hängen, werden auch diese Organe entfernt. Drainage durch die Scheide; Heilung, die 2 Jahre später fortdauert. — Das Netz ist von Lymphangiomen durchsetzt, die stellenweise Veränderungen entzündlicher und degenerativer Natur aufweisen (Blutung, fettige Degeneration usw.); an einzelnen Stellen fanden sich Drüsengänge mit Zylinderzellenepithel. Die Lymphangiome gehörten zum Typus der rein cystischen, aus Lymphkapillaren entstandenen. Sehr ausführlich beschreibt K. den mikroskopischen Befund, der durch acht Bilder veranschaulicht wird. Aus der Literatur werden fünf Fälle von Netzlymphangiom gebracht; 12 weitere Fälle gehören wohl auch zu dieser Gruppe. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

42) **Pólya.** Über Mesenterialsarkome.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 30.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Gekrösgeschwülsten. Im ersten Falle wurde nur die Probelaparotomie ausgeführt, bei der Obduktion wurde ein mesenteriales Lymphosarkom gefunden. Im zweiten Falle wurde beim 47jährigen Manne die Diagnose in vivo gestellt, die Geschwulst, welche sich mikroskopisch als Fibroma mesenterii zeigte, wurde mit dem eng verwachsenen Dünndarm (284 cm) exstirpiert. Heilung. Pat. litt nach Abgang aus dem Krankenhaus an heftigen Diarrhöen, der Tod erfolgte 1 Jahr später infolge von Inanition. Im dritten Falle wurde bei der 48jährigen Frau die 25 × 15 × 11 cm große, mikroskopisch sich als endotheliales Sarkom erweisende mesenteriale Geschwulst entfernt. Heilung. Seit der Operation ist bereits 1 Jahr vergangen, Pat. ist vollkommen wohl.

P. Steiner (Klausenburg).

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.
1908.

Der 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 21. bis 24. April 1908 in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Herren Mitglieder können im Bureau des Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) am Montag, den 20. April, bis 2 Uhr, sowie Dienstag, den 21. April, vormittags von 8—10 Uhr, die gedruckte Tagesordnung, sowie die Mitgliedskarten gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Die Mitgliedskarten müssen beim Betreten des Sitzungssaales vorgezeigt werden; es liegt im Interesse der Herren Kollegen, sich rechtzeitig damit zu versehen, da am Morgen vor der Sitzung der Andrang ein sehr großer zu sein pflegt. Gegen Einsendung des Jahresbeitrages pro 1908 an Herrn Melzer bis zum 15. April werden Mitgliedskarten von diesem per Post zugesandt.

Die Eröffnung des Kongresses erfolgt am Dienstag, den 21. April, vormittags 10 Uhr, im Langenbeckhause. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 9—12½ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten werden.

Die Vormittagssitzung am Dienstag, den 21. April, sowie die Nachmittagssitzung am Donnerstag, den 23. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung. In der ersteren findet nach § 16 der Statuten die Berichterstattung statt über die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Geschäftsjahre, über die Finanzlage der Gesellschaft, sowie die Neuwahl bzw. Ergänzung des Ausschusses. In der zweiten Generalversammlung am Donnerstag, den 23. April, nachmittags 2—4 Uhr, erfolgt die Wahl des ersten Vorsitzenden für 1909, ferner wird der Herr Kassenführer den ausführlichen Finanzbericht erstatten und danach die Entlastung beantragt werden.

Die in den Vorjahren bewährte neue Geschäftsordnung wird auch auf dem diesjährigen Kongreß zur Anwendung kommen. Bei der großen Zahl unserer Mitglieder ist es notwendig, eine gewisse Beschränkung des Materials eintreten zu lassen. Die Herren Mitglieder werden ersucht, diesem Gesichtspunkte Rechnung zu tragen und sich genau an die festgesetzten Bestimmungen zu halten.

Die Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich bis zum 15. März an meine Adresse gelangen zu lassen mit einer kurzen Inhaltsangabe (§ 2 der G.-O.) und der genauen Bezeichnung, ob Vortrag oder Demonstration beabsichtigt wird (§ 5 der G.-O.). Später einlaufende Ankündigungen können nur nach Maßgabe der noch verfügbaren Zeit auf die Tagesordnung gesetzt werden.

Von auswärts kommende Kranke können nach vorheriger Anmeldnng in der kgl. Universitätsklinik (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Apparate und Instrumente usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegenzunehmen (s. oben). Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen ersucht.

Eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Gebrauchsgegenständen zur Krankenpflege ist nach Maßgabe des verfügbaren Raumes und der erfolgenden Anmeldungen in Aussicht genommen (Anmeldungen an die Hauskommission des Langenbeckhauses zu Händen des Herrn Melzer).

Ob ein Demonstrationsabend für Röntgenbilder usw. stattfinden wird, hängt von den diesbezüglichen Anmeldungen ab.

Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder bitte ich an den I. Schriftführer Herrn Körte (Berlin W. 62, Kurfürstenstraße 114) einzusenden. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und muß mit der eigenhändigen Unterschrift von drei Mitgliedern der Gesellschaft versehen sein. Formulare zu diesem Zwecke können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Montag, den 20. April, vormittags, sowie während der Kongreßtage nach Bedürfnis statt. Die am Montag aufgenommenen neuen Mitglieder können ihre Mitgliedskarten am Dienstag vormittags von 8 Uhr an bei Herrn Melzer gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen.

Es wird etwa 4 Wochen vor dem Kongreß eine Übersicht über die bis dahin eingelaufenen Ankündigungen von Vorträgen versandt werden.

A. Freih. v. Eiselsberg,
Vorsitzender für das Jahr 1908.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 9. Sonnabend, den 29. Februar 1908.

Inhalt.

I.

Silbercatgut und Silberseide.

Von

B. Credé in Dresden.

Den Wert eines neuen Präparates kann man in der Regel erst nach längeren Jahren der Prüfung ermessen. Der Erfinder hat demnach eine gewisse Verpflichtung, nach einer größeren Beobachtungszeit, die auch das Urteil objektiver gestaltet, den Kollegen Bericht zu erstatten, wie weit sich seine früheren Angaben bestätigt haben.

Da nun meine Arbeiten über den antiseptischen Wert des Silbers 1895 begannen und meine ersten Veröffentlichungen in das Frühjahr 1896 fallen (Vorträge in Dresden, Ges. f. Nat.- u. Heilkunde, und in Berlin, Ges. für Chirurgie, mit Demonstrationen von Fäden und Kulturen), so halte ich jetzt nach mehr als zwölfjähriger Erfahrung die Zeit für gekommen, erneut mich über den Wert des Silbercatgut und der Silberseide auszusprechen. Seit 1896 habe ich mich achtmal in verschiedenen Aufsätzen über mein Catgut ausgelassen, die Arbeiten anderer darüber aber noch nicht erwähnt. Da das Urteil anderer aber stets von besonderer Bedeutung ist, so möchte ich zunächst folgender größerer Arbeiten gedenken.

Die erste, die unter Berufung auf meine Veröffentlichung erschien, war eine Arbeit aus dem Jahre 1899 von Prof. Boeckmann, der Universität zu St. Paul, Amerika (St. Paul medical journal 1899, Nr. 7). Sie ist eine 12 Seiten lange, sehr gründliche Experimentalarbeit über Catgut und kommt zu dem Schluß, daß Silbercatgut den Vorzug vor allen anderen Catgutarten verdiene. Dieser Arbeit ist die große Verbreitung des Silbercatgut in den Vereinigten Staaten zu verdanken.

Eine zweite, noch ausführlichere Experimentalarbeit über Catgut stammt aus der Feder von Dr. Perez, Assistenten von Professor F. Durante, Chef der chirurgischen Universitätsklinik in Rom. Sie erschien in »Il Policlinico« Roma 1903, Fasc. 2, p. 93—100 und Fasc. 3, p. 118—132 und kommt ebenfalls zu dem Schluß, daß das Silbercatgut das beste Catgutmaterial sei. Die Darstelluhg des Catgut schließt sich bei beiden meiner Methode an und weicht nur in prinzipiell unwesentlichen Punkten von derselben ab. Das Endprodukt ist bei beiden ganz das gleiche, wie das meinige.

Die dritte sehr große Experimentalarbeit über Catgut rührt von Dr. Fr. Kuhn, dirig. Arzt in Kassel her. In ihr wird zum erstenmal der vorzügliche Gedanke ausgesprochen und begründet, daß die ganze Fabrikationsweise des Catgut in den Darmsaitenfabriken für unser Catgut zu ändern sei, und daß bereits der frische, sterilisierte Darm imprägniert werden müsse, um dann erst unter strengen Kautelen zum Faden verarbeitet zu werden. Hoffentlich kommt dieses ideale Material bald in den Handel. Die erste Kuhn'sche Arbeit findet sich in der Münchener med. Wochenschrift 1906, Nr. 41, ihr folgen dann noch weitere Veröffentlichungen über dasselbe Thema; in seiner letzten Arbeit in der Deutschen Zeitschr. f. Chirurgie, Januar 1907 schließt er sich meinen Behauptungen an, daß das Silbercatgut wohl das am meisten zu empfehlende sei.

Die vierte Veröffentlichung kam aus der Witzel'schen Klinik in Bonn, hat Dr. Wederhake zum Verfasser und ist betitelt »Fadenmaterial« (Münch. med. Wochenschrift 1906 Nr. 49 u. 50). Durch zahlreiche Untersuchungen und Experimente begründet er die Zweckmäßigkeit, einen nicht bloß sterilen, sondern auch antiseptischen Faden zu benutzen und empfiehlt als solchen Silbercatgut und Silberseide.

Die Darstellungsart seines Materials halte ich allerdings für etwas umständlich und kompliziert.

Endlich sei noch einer Experimentalarbeit aus der Trendelenburg'schen Klinik in Leipzig gedacht, aus der Feder von Dr. Stich (Zentralblatt für Chirurgie 1906, Nr. 46), die auf Grund bakteriologischer und klinischer Studien Silbercatgut empfiehlt und eine ebenfalls nicht ganz einfache Bereitungsart angibt. Erwähnen will ich schließlich noch, daß in Amerika, Rußland und Japan zahlreiche kleine Arbeiten über diesen Gegenstand erschienen sind, die sämtlich das Silbercatgut für das empfehlenswerteste halten.

Man wird es begreiflich finden, daß ich mich über diese Arbeiten freue, und zwar nicht bloß deshalb, weil sie meine Behauptungen bestätigen, sondern namentlich auch deshalb, weil sie mit dem Prinzip der absoluten Asepsis gebrochen haben und wenigstens in einem Punkte zugeben, daß Silber ein harmloses und wirksames Antiseptikum sei, das meiner Ansicht nach eine außerordentlich vielseitige Anwendung gestattet bei einfachster, von jedem praktischen Arzte ausführbarer Technik. Daß übrigens die Verbindung einer strengen Asepsis mit einer guten Antisepsis immer mehr Anhänger gewinnt, wird, abgesehen von dem eben erwähnten, wohl durch nichts besser bewiesen, als durch die Tatsache, daß der Verkauf von Collargol sich bis jetzt jedes Jahr gesteigert hat.

Was nun die Darstellungsart des Silbercatgut und der Silberseide betrifft, so ist sie ja im Grunde gleichgültig, wenn nur der fertige Faden von gleicher Güte ist, obwohl das einfachere Verfahren natürlich vorzuziehen sein dürfte. Mein Verfahren hat sich seit zwölf Jahren nicht geändert, weil die Resultate stets vorzüglich blieben und Eiterungen infolge einer Catgutligatur nie beobachtet wurden. Eine einfachere Bereitungsweise als die meinige kann es, glaube ich, nicht geben. Das rohe Catgut wird so wie es aus der Fabrik kommt in eine 1%ige Lösung von Aktol (Arg. lactic.) für 8 Tage gelegt, dann ist es eigentlich schon fertig, wird nur noch dem Licht ausgesetzt, gewaschen und getrocknet. Verbessert ist aber in den letzten Jahren der Apparat, denn ich zur Herstellung benutze; denn der jetzige ermöglicht es, daß der Faden vom Einlegen in die Lösung an bis zum Gebrauch mit keinem Finger in Berührung kommt. Wird das Catgut vor der Imprägnierung entfettet, so verliert es bedeutend an Festigkeit. Mein Apparat nebst einer ausführlichen Beschreibung der Herstellungsart ist übrigens für 20 Mark von der Firma Knoke & Dressler in Dresden zu beziehen. Das Rohcatgut bezieht unser Stadtkrankenhaus von der Darmsaitenfabrik von C. Scheffler in Klingenthal, Sachsen. Jede noch so kleine Anstalt kann sich mit meinem Apparat leicht durch eine Schwester ihr Fadenmaterial selbst darstellen und wird die Kosten des Apparates sehr bald eingebracht haben. Silbercatgut benutze ich zu allen Unterbindungen und fast allen inneren Nähten, zu Hautnähten aber nicht da infolge der Quellung des Darmfadens dieser einen leichten mech

nischen Reiz des festeren, epithelialen Gewebes ausüben muß und etwas sezerniert, was beim Seidenfaden nicht der Fall ist.

Zur Silberimprägnierung von Zwirn und ähnlichen Fäden bin ich nicht übergegangen, da diese sich nicht resorbieren und eventuell später noch als Fremdkörper Nachteile bedingen können, was bei Seide nicht der Fall ist, da diese als tierisches Produkt sich, wenn auch sehr langsam, resorbiert, worauf vor fast 40 Jahren Lister schon hingewiesen hat. Die Imprägnierung der Seide ist dieselbe, wie die des Catgut, nur daß diese 14 Tage in der verdunkelten Aktollösung liegen muß.

Was ich vor 12 Jahren über Silbercatgut und Silberseide gesagt habe, ist demnach seitdem sowohl von anerkannten Forschern bestätigt worden als auch durch meine eigenen weiteren Beobachtungen.

II.

Zur Behandlung der Spondylitis.

Von

Dr. Alex. C. Wiener.

Prof. der Chirurgie an der Illinois Postgraduate School Chicago.

Die Behandlung der tuberkulösen Spondylitis ist für die unkomplizierten Fälle so ziemlich als festgelegt zu erachten. Man hat erkannt, daß völlige Immobilisation der Wirbelsäule nicht zu erreichen ist, ohne Atmung und Verdauung aufs schwerste zu schädigen. Die Ausschaltung der Muskelspasmen ist völlig genügend, um die Ausheilung der Herde zu begünstigen. Die Prognose ist für die mit Hessing'schem Korsett behandelten Fälle als gut zu bezeichnen. Selbst anscheinend feste Kyphosen lassen sich durch an dem Korsett angebrachte Gummizüge noch verkleinern. In dieser Richtung hat das sonst unbrauchbare Verfahren von Calot anregend und belehrend gewirkt. Die schlechteste Prognose, weil der Behandlung mit Extension am schwersten zugänglich, gaben dagegen die Tuberkulosen des ersten bis vierten Brustwirbels, und es sind diese Fälle, für die mein Verfahren am wirksamsten ist. Der Fall war folgender:

54jährige Frau, 1,5 m groß, leidet seit 15 Jahren an einer tuberkulösen Deformität des ersten bis vierten Brustwirbels, dessen größte Prominenz dem zweiten Brustwirbel entspricht. Seit einem Jahre bestehen Rückenschmerzen, die in die Schultern, den Kopf und Unterleib ausstrahlen; sie haben sich seit 6 Monaten derart verschlimmert, daß Pat. sich nicht aus dem Bett erheben kann.

Die erste Untersuchung wurde am 16. Dezember 1906 vorgenommen, in Konsultation mit Herrn Dr. Peter Latz. Lungen normal, chronische Bronchitis, quälender Husten; Herz normal, Puls etwa 100, Temperatur 38,2°; Leber stark vergrößert, Unterrand bis zum Nabel reichend; Hängebauch, starke Flatulenz. Die Unterextremitäten können aktiv nicht bewegt werden: Die Füße befinden sich in Spitzfußstellung und sind ödematös bis zur Hälfte des Unterschenkels; alle paar Minuten klonische Zuckungen der Extremitäten, die der sehr aufgeregten, ängst-

lichen Pat. laute Schmerzäußerungen entlocken. Diese Schmerzen konnten nur mit reichlichen Dosen von Morphin bekämpft werden.

Daß im Anschluß an die tuberkulöse Spondylitis die Pachymeningitis wieder aufgeflammt war, konnte nicht zweifelhaft sein; daß ferner eine transversale Meningitis drohte, war anzunehmen. Die Schmerzen wurden durch Gewichtsextension am Kopf sofort erleichtert. In der Nacht wurde 10 Pfund-Extension in der üblichen Weise angebracht; den größeren Teil des Tages wurde Pat. in einen Sessel gesetzt und das Gewicht über einen an der Decke angebrachten Flaschenzug geleitet. Nun handelte es sich darum, der Pat. auch aktive Bewegungen zu schaffen. Es wurde daher ein Stahldraht durch zwei Zimmer hindurch straff angespannt, auf dem der Flaschenzug nunmehr rollen konnte. Um den Kopf vor dem Anschlagen des Gewichtes zu schützen, wurde der Apparat aus vier Rollen zusammengesetzt, von denen je zwei in einem Gehäuse angebracht sind. Beide Gehäuse sind mit einem 50 cm langen Stahlstab miteinander fest verbunden. Die oberen Rollen laufen auf dem Stahldraht. Durch die unteren läuft das Seil, an dessen einem Ende die bequem gearbeitete Glisson'sche Schlinge befestigt ist und an dessen anderes das aus Schrotkörnern bestehende Gewicht angehängt wird. Um je nach den Bedürfnissen der Pat. das Gewicht rasch zu erhöhen oder zu erniedrigen, empfiehlt es sich, verschiedene mit Schrot gefüllte Säckchen von 1 bis 5 Pfund zu gebrauchen. Über 10 Pfund Gewicht bin ich bis jetzt nicht hinausgegangen.

Nun wurde Pat. mehrmals am Tage, an beiden Seiten gestützt, durch das Zimmer geführt, wobei die hinten nachschleifenden Beine durch die Beine der Wärter beigeholt wurden. Pat. wurde also anfänglich im wahren Sinne des Wortes geschleift, wobei die Bewegung der Rollen genau überwacht werden mußte. Schon nach mehreren Tagen wurden die klonischen Zuckungen seltener, und es zeigten sich die ersten aktiven Bewegungen. Nach 4 Wochen ging Pat. mit großen Schritten selbständig am Draht mit 10 Pfund Gewicht belastet durch die beiden Zimmer. Ende April, also nach 4 Monaten, konnte sie sich frei bewegen und im Juli als völlig geheilt aus meiner Behandlung entlassen worden. Am lästigsten waren bei der Behandlung die Darmbeschwerden; aber auch diese sind jetzt — dank der ausgiebigen Bewegungen in freier Luft — geschwunden. Die chronische Bronchitis besteht noch, wird auch in unserem rauhen Klima kaum wesentlich gebessert werden können. Pat. selbst betrachtet sich als völlig geheilt. Im ganzen habe ich sie, die sich in nicht günstigen Vermögensumständen befindet, von Dezember bis Juli etwa achtmal besucht. Eine spezifische anti-tuberkulöse Behandlung wurde nicht gebraucht.

Bei Frakturen der Wirbelsäule läßt sich diese Behandlung wohl von der 3. Woche an vorteilhaft verwerten. Gelegenheit zum Versuch habe ich noch nicht gehabt. Dagegen hat bei Tabes dorsalis mit beginnender Koordinationsstörung ein intelligenter Patient subjektive und objektive Besserung gesehen. Es wird ja bei der letzteren Erkrankung von berufenster Seite die Extension der Wirbelsäule empfohlen. Andererseits hat mit Recht die Fränkel'sche Behandlung an Boden gewonnen. Nun lassen sich beide Behandlungsarten wohl vereinigen, zumal da nicht jeder Tabiker eine Anstalt besuchen oder sich die Fränkel'schen Apparate anschaffen kann. Mein Pat. nimmt jetzt Hindernisse, wie Stühle und kleine Leitern, ohne jede Schwierigkeit, und ist die Koordination entschieden gebessert.

Ebenso haben die quälenden, lanzierenden Schmerzen in den Beinen gänzlich aufgehört. Doch lassen sich nicht, wie bei der tuberkulösen Spondylitis, aus einem Falle wertvolle theoretische Schlüsse ziehen, und es muß den Neurologen überlassen bleiben, ob sie das Verfahren für ihre Zwecke verwerten können.

---

1) Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. Herausgegeben von Eugen Albrecht. I. Bd. 1907.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1907.

Der I. Band der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie ist in drei Lieferungen erschienen und liegt jetzt vollständig in gediegener Ausstattung in einer Stärke von 629 Seiten vor.

Dem einen Hauptpunkt seines Programms, das der Verf. in der Einführung zu der neuen Zeitschrift entrollt, nämlich die pathologische Anatomie in möglichst engem Kontakt mit der praktischen Medizin zu erhalten, ist er gerecht geworden in seiner jeder Lieferung beiliegenden »Kritischen Rundschau«; in derselben bespricht er den Begriff der »Krankheit«, verschiedene »Thesen zur Frage der menschlichen Tuberkulose«; die »klinische Einteilung der Tuberkuloseprozesse in den Lungen«; einen breiten Raum nehmen die »Randbemerkungen zur Geschwulstlehre« ein.

Die klinische Fragen berührenden Originalarbeiten, soweit sie chirurgisches Interesse haben, werden besonders referiert werden; von den mehr das interne Gebiet betreffenden seien nur die Titel genannt: H. Boit: Über die Komplikation des Morbus Basedowi durch Status lymphaticus. — E. Goldschmid: Zur Frage des genetischen Zusammenhanges zwischen Bronchialdrüsen- und Lungentuberkulose. — E. Hedinger: Über die Kombination von Morbus Addisonii mit Status lymphaticus. — P. H. Horch: Zur Lehre der Mißbildungen des linken Vorhofs.

Die Hauptbedeutung der neuen Zeitschrift liegt aber auf dem Gebiete der Geschwulstlehre. Nicht weniger als 14 von den 28 Originalarbeiten des I. Bandes beschäftigen sich mit ihr. Die meisten bringen neue Belege für die von A. von jeher vertretene Auffassung, daß die Geschwülste eigenartige Bildungen darstellen. Die Geschwülste, gutartige und bösartige, entwickeln sich ebenso gesetzmäßig wie die Organe, aus denen sie hervorgehen und mit denen sie vielfache Verwandtschaft haben. Die Frage nach der Entstehung der Geschwülste kann nur gelöst werden gleichzeitig mit der Frage nach der Entstehung der normalen Organe.

Die Lösung dieser Fragen bildet eine künftige Aufgabe der Zeitschrift. Doch auch jetzt bietet sie schon so viele wertvolle Beiträge zur Geschwulstlehre, daß sie bei jeder Arbeit auf geschwulsttheoretischem Gebiet Berücksichtigung finden muß. **Trappe** (Breslau).

---

2) **Sangiorgi.** Influenza dell' edema da stasi mecannica sulle ossa in via di accrescimento. Ricerche sperimentali.

(Policlinico 1907. Nr. 4.)

Die auf Veranlassung von Codivilla ausgeführte experimentelle Arbeit untersucht den Einfluß langdauernder Stauung auf den wachsenden Knochen von Kaninchen.

Der Knochen wird leichter und weniger widerstandsfähig gegen Zug und Druck infolge Verlust an Mineralsalzen. Die Quantität organischen Materiales bleibt dieselbe. Die schwache Stelle liegt neben der Epiphyse, hier findet sich mikroskopisch starke Überfüllung der kleinen und mittleren Gefäße.

Die Resultate sind in mehreren Tabellen wiedergegeben.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

3) **Rubritius.** Über die Frühoperation der akuten Osteomyelitis.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 23 u. 24.)

Nach den Erfahrungen der Wölfler'schen Klinik, die R. in diesem Aufsatz mitteilt, kürzt die frühzeitige Aufmeißelung des akut ostomyelitisch erkrankten Knochens die Krankheitsdauer wesentlich ab, verhütet meistenteils Nekrosen und rettet manche schweren Fälle, welche sonst der Allgemeininfektion erliegen. Das Röntgenbild ist für die Frühdiagnose nicht verwendbar, da der Knochenschatten erst bei eitriger Einschmelzung des Markes, nicht aber im Beginn der Osteomyelitis bei noch punktförmigen Eiterherden sich aufhellt. Die Indikation zur Frühoperation muß daher schon auf Grund der klinischen Symptome, die ja gewöhnlich nicht im Zweifel lassen, gestellt werden.

Gutzeit (Neidenburg).

---

4) **A. Hardiviller.** La symptomatologie des ostéites apophysaires de la croissance.

Thèse de Paris 1907.

Eine wichtige und wenig gekannte Krankheit ist die Osteitis der Apophysen, welche während des Wachstums und namentlich wenn in den knorpeligen Knochen die ersten Ossifikationspunkte erscheinen, auftritt. Am häufigsten kommt diese Erkrankung in der Tibia vor und bildet die sogenannte Apophysitis der Tibia, die als das Prototyp der in Rede stehenden Erkrankung angesehen werden kann. Meist tritt dieselbe in der zweiten Kindheit oder auch später im Jünglingsalter auf und beginnt mit starken Schmerzen in einem oder in beiden Knien. In liegender Stellung lassen die Schmerzen nach. Bei der Lokaluntersuchung findet man eine genau umschriebene und sehr heftige Schmerzhaftigkeit über der Tuberositas anterior tibiae, entsprechend einer Verdickung dieser Gegend. Die Haut darüber ist etwas rot, und es besteht eine leichte Temperaturerhöhung dieser Gegend. Das Allgemeinbefinden ist ziemlich gut; es besteht kein oder nur ein leichtes Fieber. Geht die Entzündung in Eiterung über, so tritt hohes Fieber und Erbrechen auf, die Haut rötet sich stark, und der Abszeß öffnet sich, falls man nicht eingreift, von selbst nach außen oder führt durch Fortpflanzung zur Entwicklung einer akuten Osteomyelitis.

Eine andere Form dieser Krankheit ist die Apophysitis des Fersenbeins, die meist zwischen dem 12. und 13. Lebensjahr stark auftritt

und ebenfalls durch Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit, hauptsächlich an der Insertionsstelle der Achillessehne, ausgezeichnet ist. Das Gehen ist schmerzhaft, und die betreffenden Patt. hinken stark; doch verschwinden die Schmerzen während des Liegens fast vollständig. Außerdem sind Fälle von Apophysitis der Wirbel mit Lokalisierung in den Dornfortsätzen, von solchen in den Trochanteren und einer im Tuberkulum des Skaphoideum beobachtet und beschrieben worden.

In differenzialdiagnostischer Beziehung ist es wichtig, die Osteitis der Wirbel und des Trochanters nicht mit Pott'scher Krankheit resp. tuberkulöser Koxitis zu verwechseln. Bei Apophysitis ist der Dornfortsatz geschwollen, während er bei tuberkulöser Kyphose nur vorspringend ist, sonst aber seine normalen Dimensionen bewahrt hat. Seitlicher Druck ist bei Pott'scher Krankheit schmerzhaft, nicht bei Entzündung der Apophyse, wo nur der direkte Druck auf die erkrankte Stelle schmerzhaft empfunden wird. Schließlich ist die Wirbelsäule bei Kyphose verkürzt, bei der Apophysitis nicht.

Bei Osteitis des Trochanters ist Druck oder Schlag auf den Absatz im Hüftgelenk unfühlbar, während er bei Koxitis heftige Schmerzen auslöst. Die Bewegungen des Hüftgelenkes sind bei Koxitis aufgehoben, bei Apophysitis frei ausführbar. Auch die Kontraktur der Extremität ist bei tuberkulöser Koxitis eine viel stärkere.

Bei Neuralgie des Ischiadicus, die ebenfalls zu Verwechslungen Veranlassung geben kann, sitzt der Schmerz mehr nach rückwärts, pflanzt sich dann nach unten fort und strahlt auch nach den Seiten aus, entsprechend den Verzweigungen des Nerven.

In therapeutischer Hinsicht ist vor allem Ruhe und horizontale Lage durch 1—3 Wochen, je nach Bedarf, anzuempfehlen. Lauwarme event. Salzbäder von 15—20 Minuten Dauer wirken antiphlogistisch und beruhigend. Oberflächliche Stichelungen mit dem Paquelin und Einpinselungen mit Jodtinktur wären lokal anzuwenden. Gleichzeitig trachte man, die Kräfte durch eine reichliche Nahrung, Verabreichung von Leberthran und glyzerin-phosphorsaurem Kalk nach Möglichkeit zu heben.

Bei Übergang in Eiterung muß rechtzeitig der Herd eröffnet und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden. **E. Toff** (Braila).

---

5) **Birchner.** Die Elfenbeinstifte bei der Behandlung von Frakturen und Pseudarthrosen und als osteoplastischer Ersatz.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. hält das Einlegen von Elfenbeinstiften bei Frakturen für indiziert: 1) wenn die indirekte Immobilisation der Fragmente aus irgendeinem Grunde unmöglich ist; 2) bei Pseudarthrosen; 3) bei tiefgehenden Knochen- und Weichteilverletznngen, wenn für den verloren gegangenen Knochen ein Ersatz gesucht werden muß.

An der Hand mehrerer Röntgenbilder verheilter Fälle zeigt er die schöne Einheilung des Stiftes, die teilweise und manchmal fast

vollkommene Resorption des Stiftes. Die Heilungstendenz der Frakturen wird durch den osteoplastischen Reiz des Elfenbeinstiftes mächtig befördert. Die Erfahrungen B.'s bestätigen aber, daß der Elfenbeinstift auch zum Ersatz verlorengegangener Knochen verwendet werden kann.

Er leugnet nicht, daß auch auf andere Weise, besonders durch lebenden Knochen, ein guter Ersatz für Knochendefekte zu erreichen ist, erklärt aber, daß der Elfenbeinstift für osteoplastische Zwecke den anderen Mitteln ebenbürtig, in Formbarkeit und in der Technik seiner Benutzung diesen sogar überlegen ist. **Gaugele** (Zwickau).

---

6) **R. Cecca** (Bologna). Sulla fisiopatologia delle sinoviali e cartilagini articolari.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 7.)

C. teilt die Resultate experimenteller Untersuchungen mit über einige Fragen der Pathologie der Gelenkknorpel und Gelenksynovialis. Zum Teil stimmen sie mit den längst gültigen Annahmen über die Funktionen dieser Organe überein. — C. sagt: In Gelenkshöhlen (Kniegelenk) injizierte Jodlösungen lassen sich nach 50—90 Minuten im Harn nachweisen; diese Resorption erfolgt ausschließlich durch die Synovialis, nicht durch den Gelenkknorpel. Bei Staphylokokkeninfektion knöchernen Ursprungs dringen die Keime durch die Synovialis ins unversehrte Gelenk innerhalb 10—12 Tagen ein, durch den Knorpelüberzug nur langsam und nur, wenn seine Verbindungen mit dem Knochen ganz oder teilweise geschädigt sind. Chemische oder blutige Verletzungen der Gelenkteile befördern das Eindringen der Bakterien ins Gelenk bedeutend. Bei infektiösen Prozessen knöcherner Herkunft verhält sich die Synovialis wie eine passiv filtrierende Membran, während die Gelenkknorpel eine biochemische aktive Schutzwirkung ausüben. Daraus die Aufforderung, diese Schutzmittel der Gelenke so wenig als möglich zu beschädigen, besonders durch chemische Reize.

J. Sternberg (Wien).

---

7) **B. Bone.** Über Gelenkleiden auf der Basis von Geschlechtskrankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 43 u. 44.)

Der vor der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Berlin gehaltene Vortrag bringt in seinen anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen und in der Schilderung der Krankheitserscheinungen (außer der bei Lues) nichts Neues. Von Interesse ist die Tatsache, daß Verf. bei den Trippergelenken mit der Bier'schen Stauung, die er als die Idealmethode der Neuzeit bei Behandlung dieser Gelenkaffektionen mit Recht bezeichnet, durchweg gute Erfolge erzielte und nur in einem Falle von monartikulärer puerperaler Mischinfektion mit Streptokokken eine Versteifung des Kniegelenkes erlebte.

Wichtiger, weil noch viel weniger bekannt, sind die durch Syphilis hervorgerufenen Knochen- und Gelenkerkrankungen. Der Prozeß äußert sich einmal als Knochenneubildung, verursacht durch eine Periostitis ossificans, die zu unregelmäßigen Sklerosen und Hyperostosen führt, und zweitens in Knochenresorption oder Caries, die mit Nekrose einhergehen kann. Beide Formen können gleichzeitig vorhanden sein. Die Gelenkaffektionen treten in drei verschiedenen Formen zutage:

1) Arthralgien in dem Stadium vor Ausbruch des Exanthems, die während der Ruhe und des Nachts stärker zu sein pflegen. Schulter- und Kniegelenk sind am häufigsten befallen.

2) Arthritis mit Erguß. Subjektive Beschwerden nachts am stärksten. Meist wird Knie- und Ellbogengelenk befallen.. Jodkaliwirkung sicher. Nach Ausheilung pflegt ein Knirschen im Gelenk zurückzubleiben.

3) Gummöse Form der Arthritis: Synovialis- und Kapselverdickungen, reichliche Zottenbildung, Ersatz des Knorpels durch syphilitisches Granulationsgewebe, Narbenbildung im Knorpel, Knorpelgeschwüre, Rarefizierung der benachbarten Knochen pflegen die Hauptmomente des vielgestaltigen Bildes zu sein. Subjektive Beschwerden oft nur gering, Beweglichkeit oft nur wenig behindert, dagegen Deformitäten oft beträchtlich. In schweren Fällen sind Gehapparate notwendig: Oft am meisten befallen sind die Fingergelenke, die ballonartig oder spindlig aufgetrieben werden; die Finger erscheinen kolbenförmig angeschwollen. Therapie: Quecksilber und Jodkali.

Die Tabes, welche als postsyphilitische Nervenerkrankung aufzufassen ist, verursacht schmerzlose Schwellung des Gelenkes bei ungestörtem Allgemeinbefinden. Die Schwellung ist von eigentümlich praller Beschaffenheit; keinerlei Entzündungserscheinungen; allmählich tritt erhebliche Deformität, abnorme Beweglichkeit, Krepitation auf, freie, rundliche, harte Gelenkkörper, Kapselverdickung und Knochenatrophie folgen.

Bei der kongenitalen Lues der Neugeborenen tritt an den Knochen die Osteochondritis epiphysaria heredoluetica in die Erscheinung, welche vom Verf. schon andern Orts (Ref. s. Zentralblatt für Chirurgie 1906 Nr. 28 p. 29) eingehend erörtert wurde. Diese und andere Erscheinungsformen der ererbten Lues kann man auch an älteren syphilitischen Kindern auf dem Wege des Röntgenverfahrens nachweisen, was gerade in zweifelhaften Fällen von großer Bedeutung ist. An den Spätformen erkranken meist die anfänglich gesunden und deswegen unbehandelten Kinder. Bei konsequenter Jodtherapie haben die hereditär-luetischen Gelenkerkrankungen eine durchaus günstige Prognose; auch Gelenkpunktion mit nachfolgender Jodoformglyzerininjektion ist in manchen Fällen ratsam.

Durch die histologischen Untersuchungen des Verf.s konnte sichergestellt werden, daß es eine spezifische Synovitis mit und ohne Gummibildung gibt; diese ist meist von ostalen Erkrankungen der Epiphysen-

komponenten begleitet; doch lassen sich dieselben nicht in allen Fällen röntgenographisch nachweisen. Sehr häufig aber genügt eine röntgenologische Untersuchung, um die Diagnose auf hereditäre Gelenklues stellen zu lassen, weshalb diese Untersuchungsmethode dringend empfohlen wird.

Langemak (Erfurt).

---

8) **Bowker.** The skiagraphy of rheumatoid arthritis.

(Edinb. med. journ. 1907. Oktober.)

Zur Unterscheidung der Arthritis rheumatica von anderen infektiösen Gelenkprozessen empfiehlt B. die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Bei der Arthritis rheumatica läßt sich fast immer an den Knochen selbst eine mehr oder weniger ausgesprochene Deformität (Zerstörung, Auftreibung der Enden, Atrophie des Schaftes) nachweisen, während dieselbe bei den anderen infektiösen Gelenkprozessen (z. B. Gonorrhöe) fehlt. Wohl zeigt das Röntgenbild, z. B. bei der gonorrhoischen Arthritis, im Bereiche des Gelenkes einen deutlichen Schatten an der Stelle der makroskopisch nachweisbaren spindelförmigen Gelenkauftreibung, indes ist eine Zerstörung des Knochens mit kuppelförmiger Auftreibung der Enden, wie solche bei der rheumatoiden Arthritis besteht, nicht vorhanden. Zwei Röntgenogramme sind der Arbeit beigefügt.

Jenckel (Göttingen).

---

9) **Slomann** (Kopenhagen). Über die Nachbehandlung nach mobilisierenden Operationen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. V. Hft. 4.)

Verf. nimmt die Nachbehandlungen nach Operationen im allgemeinen derartig vor, daß das steife Gelenk und die zugehörige Muskulatur erst in einem Bade von 30—40 Minuten in trockener 70—90° warmer Luft vorbereitet wird; hieran schließt sich nach einer kräftigen Wechseldusche eine ausgiebige, aber leichte Massage mit nachfolgenden passiven Widerstandsbewegungen und schließlich eine Reihe Übungen in den Krukenberg'schen Pendelapparaten, die sich gerade in diesen Fällen vorzüglich bewährt haben.

Hartmann (Kassel).

---

10) **Loewenstein.** Über die Venenklappen und Varicenbildung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

L. prüfte zunächst an herausgeschnittenen Venenstücken die normale Funktion der Venenklappen und fand, daß sie sich beim kleinsten proximalen Überdrucke schließen. Er kommt also zu einem ganz anderen Resultat als Ledderhose (s. d. Ztbl. 1904 p. 325), welcher meint, daß die Klappen nur als Wehre den Hauptstrom etwas aufhalten, um das Einströmen der Seitenbahnen zu erleichtern.

Bezüglich der Entstehung der Varicen kam es L. darauf an, zu ergründen, ob irgendwelche Stellen der Venenwand besonders nach-

giebig seien. Er fand bei älteren Leuten sehr häufig kugelige Ausbuchtungen im Gebiete der Venenklappen, und zwar auf einer Stelle, die er, entsprechend den Sinus Valsalvae aortae, Sinusstelle der Vene nennt; dabei haben die Klappen ihre Schlußfähigkeit behalten. Mikroskopisch erwies sich die Muskulatur an dieser Sinusstelle auffällig schwach.

Die echten Varicen aber entstehen, wie schon Trendelenburg zeigte, distal von der Klappe, die dann schlußunfähig ist. L. fand bei mikroskopischer Untersuchung normaler Venen jugendlicher Individuen, daß bei einem Teile die Sinusstelle muskelschwach ist, bei einem anderen aber die muskelschwächste Stelle distal von den Klappen liegt. Individuen mit Venen der ersteren Art wären für Sinusektasien disponiert, Individuen mit Venen der zweiten Art für echte Varicen.

Haeckel (Stettin).

---

11) **W. Kotzenberg.** Beiträge zur Frage der Ernährungsstörungen der Haut von Amputationslappen.

(Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. VII. Hft. 6.)

Bei Bildung der Hautlappen sollte möglichst auf die Lage der größeren in die Haut führenden Arterienstämmchen Rücksicht genommen werden. Die Gefäßverteilung in der Haut wird von den anatomischen Lehrbüchern nur wenig berücksichtigt. Die ausführlichste Darstellung gibt Manchot. K. hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die Angaben Manchot's zu vervollständigen und die Gefäßversorgung der Haut vom chirurgischen Standpunkt aus zu untersuchen. Er benutzte die Sick'sche Injektionsmethode mittels Quecksilberverreibungen, später auch die Merkel'sche Emulsion von Zinnober und Ätheralkohol mit Glyzerinzusatz, die kalt injiziert werden kann. Die Injektionen gelingen überhaupt nur bei frischen Leichen. Nach der Injektion wurde die Haut der Extremitäten nach Anlegung eines Längsschnittes nebst der Fascie abpräpariert und mit Röntgenstrahlen photographiert.

Für den Oberarm ergibt sich, daß die Begrenzung des M. deltoides dem Verbreitungsgebiete bestimmter Arterien entspricht, deren Ursprung in dem obersten Teile der Arteria brachialis zu suchen ist. Bei Bildung von Hautlappen dürfte es sich demnach empfehlen, die Grenzen dieses Muskels zu berücksichtigen. Einen auf alle Fälle gut ernährten Stumpf erhält man mit dem Esmarch'schen Zirkelschnitte nebst darauf gesetztem Längsschnitt. Der Zirkelschnitt in Höhe der Tuberositas deltoidea ist auch der für die Hauternährung günstigste.

An der Haut des Vorderarmes sind drei Reihen von Hautgefäßen zu erkennen, entsprechend den Ästen der Arteria radialis, ulnaris und interossea. Innerhalb jeder Reihe sind zahlreiche Anastomosen, wenig aber die Reihen untereinander verbindende. Angebracht sind am Vorderarme Zirkelschnitte oder Lappenschnitte dicht am Knochen.

Die Arterien der Oberschenkelhaut teilt K. in eine mediale und eine laterale Gruppe ein, je nachdem sie medial oder lateral vom Sartorius die Fascie durchbrechen. Die Haut der Beugeseite wird durch die Adduktorensehne direkt perforierende Zweige ernährt, nur der unterste Teil der Beugeseite wird rückläufig von einer der Poplitea entspringenden und dicht an der Fascie nach aufwärts ziehenden Arterie versorgt. Es entspricht dies dem dreieckigen Hautgebiete, das am Lebenden zwischen der medialen und lateralen Gruppe der Unterschenkelbeuger sich gut abtasten läßt. Die Spitze dieses Dreieckes reicht annähernd bis zur Mitte des Unterschenkels. Es empfiehlt sich deshalb bei Amputationen des Oberschenkels in der Mitte ein Zirkelschnitt in Höhe der Spitze dieses Beugerdreieckes. Für Exartikulation und hohe Amputation des Oberschenkels ist ein Zirkelschnitt in Höhe der leicht abtastbaren unteren Grenze der Insertion des Glutaeus maximus angebracht.

Bei Exartikulationen im Kniegelenk ist die Schnittführung in Höhe der Tuberositas tibiae empfehlenswert.

Hautlappen am Unterschenkel dürften im allgemeinen günstige Ernährungsverhältnisse darbieten. Hat man aber die Wahl, dann ist der Schnitt am besten in Höhe des unteren Randes des Gastrocnemius anzulegen; denn dort ist die Grenze zwischen den Gefäßen der Poplitea und Peronea. An Händen und Füßen findet überall genügende Gefäßversorgung statt.

Ref. bedauert, daß die höchst lesenswerte Arbeit nicht in einer der Gesamtheit der Ärzte leichter zugänglichen Zeitschrift erschienen ist.

E. Moser (Zittau).

---

12) **A. Schanz.** Handbuch der orthopädischen Technik für Ärzte und Bandagisten. 1398 Abbild. 637 S.

Jena, **G. Fischer,** 1908.

Zu einer Zeit, in welcher die Orthopädie große, nicht zu leugnende Fortschritte gemacht hat, welche hauptsächlich darauf hinstreben, von der orthopädischen Bandage loszukommen und die orthopädische Technik durch Vereinfachung der orthopädischen Verbandmethoden dem Arzte zugänglich zu machen, erscheint das umfangreiche S.'sche Buch beim ersten Anblick ein gewagtes Unternehmen. Der Verf. beabsichtigt mit dem vorliegenden Buche dem Arzte eine Anleitung zu geben zur Beantwortung der Frage, bei welchen Krankheiten man orthopädische Apparate verwenden kann und was man mit ihnen erreichen kann.

Da in der Literatur nur sehr wenig und knapp gehaltene Darstellungen der gesamten orthopädischen Technik existieren, hat der Verf. sich der großen Mühe unterzogen, alle die zerstreuten Beschreibungen einzelner Apparate zusammenzustellen und kritisch zu ordnen. Das Buch soll dem Spezialarzt ein Nachschlagebuch sein, in dem er sich darüber orientieren kann, mit welchen Konstruktionen andere vor ihm diese oder jene Aufgabe zu lösen versucht haben, es

soll dem Arzt ein Ratgeber in orthopädischen Fragen sein und dem Bandagisten ein Wegweiser bei seiner Arbeit. Man kann nicht leugnen, daß sich Verf. eine große Aufgabe gestellt hat, besonders da er sich an Ärzte und Laien wendet.

Sehen wir zu, wie S. die gestellte Aufgabe löst, so finden wir zunächst in einem ausführlichen allgemeinen Teile eine ganz ausgezeichnete Darstellung alles Wissenswerten. Die Kapitel über orthopädisch-technische Anatomie und Physiologie, Herstellung der Modelle und die verschiedenfachen Materialien und Techniken sind mustergültig. Hieran schließt sich ein spezieller Teil, in welchem an der Hand der einzelnen orthopädischen Erkrankungen nach kurzer Besprechung der sonstigen Behandlung und Indikationsstellung die einzelnen der jemals von den verschiedensten Seiten anempfohlenen Apparate dargestellt sind und, nach gemeinsamen Gesichtspunkten geordnet, kritisch besprochen werden. Während in dem allgemeinen Teile der Arzt einen genauen Einblick in die Art der orthopädischen Technik erhält, macht sich im speziellen Teile die Loslösung der rein technischen Frage von der sonstigen chirurgisch-orthopädischen Behandlung störend geltend. Wenn auch Verf. stets auf die Notwendigkeit dieser Behandlung hinweist, so fürchte ich doch, daß der nicht orthopädisch ausgebildete Arzt und besonders der Bandagist die Überzeugung gewinnt, daß die moderne Orthopädie immer noch nur im Anlegen von Bandagen besteht und die Erfolge nur von der Güte und Kompliziertheit des jeweiligen Apparates abhängig sind. Besonders auffallend ist mir das Kapitel über die angeborene Hüftluxation, bei der wir so gut wie ohne Apparat auskommen. Nach der S.'schen Abhandlung wird der nicht eingeweihte Arzt nur finden, daß die Apparatbehandlung immer noch notwendig ist, und der Bandagist wird nach wie vor diese Leiden selbständig behandeln und die Zeit zur Einleitung der ärztlichen Behandlung hinzögern. Dasselbe gilt für die Darstellung der Apparate zur Redression rachitischer Deformitäten, des Genu valgum und zum Teil der Skoliose und des Klumpfußes, besonders des nicht völlig redressierten.

Es ist trotzdem ein großes Verdienst des Verf.s, daß er die vielen Apparate zusammengestellt hat und besonders durch gute Abbildungen das Wesen der Konstruktion dem Leser genau vorführt. Der Fachmann wird über die Entwicklung der Orthopädie in hervorragender Weise orientiert, und findet eine Fülle von technischen Einzelheiten, die ihm bei besonders schwierigen Fällen wichtige Fingerzeige geben. Dem Nichtfachmann oder gar dem Laien möchte ich das Buch nicht ohne weiteres in die Hand geben, und zwar gerade aus dem Grunde, weil die ärztliche Ausbildung in der Orthopädie noch eine unzulängliche ist. In der Hand des orthopädisch geschulten Arztes, der die Indikationsstellung beherrscht und bereits Erfahrung über Apparatwirkung hat, ist das Buch ein willkommener und bald unentbehrlicher Ratgeber. Als solcher füllt das gut ausgestattete, übersichtlich und gut geschriebene Buch eine Lücke in unserer Literatur aus.

Einige störende Druckfehler an exponierter Stelle in Überschriften, wie gonotische Deformität und tuberkulose Hüftgelenkentzündung will ich nur nebenbei erwähnen. **Drehmann** (Breslau).

---

13) **M. Böhm.** Die numerische Variation des menschlichen Rumpfskeletts. Eine anatomische Studie mit 52 Abbildungen. 92 Seiten.

Stuttgart, **Enke**, 1907.

Das vorliegende Buch bildet eine Ergänzung zu den früheren Veröffentlichungen desselben Autors über die Ätiologie der Skoliose (ausführlich referiert dies. Zentrbl. 1907 p. 732). Es bringt eine genaue Beschreibung der Kollektion numerisch variierender Wirbelsäulen, welche, von dem Anatomen Dwigth in Boston zusammengestellt, sich im dortigen Warren-Museum befinden. Auffallend sind die Geringgradigkeit der skoliotischen Verbiegung bei den abgebildeten, Erwachsenen angehörigen Skletten und die geringen Torsionsveränderungen an den Rippen.

Das kleine Bueh bildet eine wichtige Ergänzung unserer Lehrbücher der normalen Anatomie. **Drehmann** (Breslau).

---

14) **F. Brenner.** Über klinisch latente Wirbeltuberkulose.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 2.)

B. macht darauf aufmerksam, wie häufig Wirbeltuberkulose auch in weit fortgeschrittenen Fällen klinisch übersehen wird. Unter 2500 in Frankfurt a. M. ausgeführten Sektionen fanden sich 39 Fälle von ausgesprochener tuberkulöser Wirbelerkrankung. Von diesen haben 22 (ca. 56%) trotz schwerer Veränderungen keine oder nicht zur Diagnose führende Erscheinungen gemacht. Bei dieser Berechnung sind alle die Fälle, wo nur ein unbedeutender kleiner Herd vorhanden war, oder wo bei generalisierter Tuberkulose sich die bekannten kleinen Herde in den Wirbeln fanden, außer Betracht gelassen.

Aus dem Untersuchungsmaterial geht hervor, daß tuberkulöse Wirbelerkrankungen bei Erwachsenen durchaus nicht selten sind, die Diagnose aber seltener gestellt wird als bei Kindern. Offenbar verdecken bei Rezidiven die aus der Kindheit stammenden Formveränderungen die frischen Krankheitsprozesse, und zweitens führt die Erkrankung bei Erwachsenen nicht so leicht zu Deformitäten, wie bei Kindern.

Die untere Brust- und obere Lendenwirbelsäule wird am häufigsten betroffen, während die Halswirbel mit Ausnahme der beiden obersten meist frei bleiben. Dies spricht für einen disponierenden Einfluß der statischen Belastung.

Die Zwischenwirbelscheiben werden meist sekundär vom Knochen aus befallen, doch kommt auch primäre Tuberkulose der Zwischenwirbelscheiben vor. — Prävertebrale Abszesse verbreiten sich manch-

mal auch in aufsteigender Richtung vom Ausgangspunkt, in einem Falle vom 11. Brustwirbel bis zu der Halswirbelsäule. Auch bei gewaltiger Ausdehnung werden sie klinisch auffallend häufig übersehen.

Schädigungen des Rückenmarkes sind relativ selten; vorübergehende Reizerscheinungen (Schmerzen) können wiederholt in großen Abständen auftreten und spontan zurückgehen.

Häufig ist die Wirbeltuberkulose mit generalisierter Miliartuberkulose kompliziert. Diese von Knochentuberkulose ausgehende Miliartuberkulose zeichnet sich durch relativ spärliche, aber verschieden große Knötchen aus; die Aussaat muß also relativ langsam vor sich gehen.

In allen Fällen von Wirbeltuberkulose fanden sich auch andere tuberkulöse Prozesse im Körper.

Der Einfluß des Traumas muß zweifelhaft bleiben; in mehreren Fällen sowohl unter den diagnostizierten als den nicht diagnostizierten fand sich ein Trauma in der Anamnese angegeben. Für die Diagnose könnte vielleicht ein Kleinerwerden der Pat. auf Zerstörung der Zwischenwirbelscheiben hinweisen. Bei allen Abszessen am Thorax ist die Wirbelsäule genau zu untersuchen, auch wenn die Abszesse von den Rippen auszugehen scheinen. Mit Sicherheit ist der Ausgangspunkt in den Wirbeln zu suchen, wenn sich — sei es auch nur vorübergehend — auf der anderen Seite ebenfalls eine Abszeßbildung zeigt.

Die Erkrankung der Lendenwirbelsäule bereitet infolge der normalen Lordose der Diagnose die größte Schwierigkeit. Bei allen paranephritischen und bei zweifelhaften periproktalen und parame-chen Exsudaten sollte die Wirbelsäule genau untersucht und der Ausgangsort der Abszeßbildung in Erwägung gezogen werden.

Trappe (Breslau).

---

15) **Bardenheuer.** Behandlung der Frakturen des Oberarmes, in specie im Gebiete der Schulter mit Einschluß des oberen Drittels des Humerus unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Behandlung des mitverletzten Gelenkes.

(Med. Klinik 1907. p. 1321.)

Von dem Hauptgesichtspunkt ausgehend, daß frühzeitige gymnastische Behandlung ohne Schädigung der Heilung des Knochenbruches erforderlich ist, erläutert B. an der Hand von Zeichnungen und Röntgenbildern die Anlegung und Wirkung des Zugverbandes bei Verletzungen des äußeren Schlüsselbeinendes, des Schulterblatthalses, des Rabenschnabelfortsatzes, des oberen Endes und des Schaftes des Oberarmknochens, des Ellbogengelenkes. Wo die Extension nach oben oder oben außen nicht ausgeführt werden kann, wird die Federextensionsschiene benutzt. Die am unteren Oberarmdrittel so häufige Pseudarthrose oder verzögerte Heilung hat B. nie beobachtet. Wenn der Verdacht auf Versprengung von Bruchstückchen in die Muskeln,

ins Gelenk besteht, besonders am Ellbogengelenke, sind Massage und passive Bewegungen nicht angezeigt, da danach, wie B. mehrfach gesehen hat, myositische Neubildungen, periostale Auflagerungen entstehen, welche die Bewegungen stark hemmen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

16) **Knoke.** Beitrag zur Behandlung der suprakondylären Humerusfrakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 165.)

K. beschreibt die in der Helferich'schen Klinik übliche Behandlungsart der suprakondylären Oberarmbrüche mittels Kramerscher Drahtschiene. Der Ellbogen steht rechtwinklig gebeugt, der Vorderarm supiniert, und wird die Schiene am Oberarm auf dessen laterale, am Vorderarm auf dessen Dorsalseite anbandagiert. Dabei kommen zwei Extensionszüge in Arbeit: der erste distrahiert die Humerusfragmente, der zweite zieht den Vorderarm distalwärts. Die am Vorderarm und bis oberhalb des Ellbogens fest angewickelte Schiene überragt die Schulter mit ihrem oberen Ende, das bügelförmig nach einwärts gebogen und mittels unter die Achsel geführten Bindetouren nach unten gedrückt wird. Der damit erreichte Schub des vertikalen Oberarmteiles der Schiene nach unten vermittelt die Extension. Zur Extension des Vorderarmes werden auf diesen in gewöhnlicher Weise Heftpflasterstreifen gelegt, die in Gummischnüre endigen, welche, an dem über die Fingerspitzen reichenden Drahtschienenende befestigt, den gewünschten Zug ausüben.

Die Resultate mit diesem Verfahren befriedigten, wie die hinzugefügten kurzgefaßten Berichte über 15 in Behandlung gewesene Fälle dartun.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **A. Bum.** Perineurale Infiltrationstherapie der Ischias.

(Wiener med. Presse 1907. Nr. 46.)

Verf. stimmt Lange bei, daß es nicht die chemische, sondern ausschließlich die mechanische Wirkung der perineural eingespritzten Flüssigkeitsmenge ist, die bei der Infiltrationstherapie der Ischias in Frage kommt. Es muß also eine einfache isotonische Kochsalzlösung dieselben Effekte ergeben, wie die Eukain-Chlornatriumlösung, vorausgesetzt, daß die Flüssigkeit unter kontinuierlichem, möglichst hohem Druck injiziert wird. Verf. hat unter 67 Fällen 42 = 62,6% vollkommene Heilungen und 14 = 20,8% erhebliche Besserungen. Er hält die Infiltrationstherapie für angezeigt bei allen Formen unkomplizierter, essentieller, subakuter und chronischer peripherer Ischias. Akute Fälle von Ischias eignen sich nicht für diese Behandlung, obgleich Lange auch hier gute Resultate hat.

Paul Wagner (Leipzig).

---

18) **P. Graf.** Einige Bemerkungen zur Zerreißung der Kniekehlengefäße.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 241.)

Um den mechanischen Vorgang der Zerreißung der Kniekehlengefäße bei den Verrenkungen im Kniegelenke klarzulegen, hat G. im Kieler pathologischen Institut Leichenversuche vorgenommen. Die Poplitealgefäße sind an der Austrittsstelle aus dem Adduktorenschlitz einerseits, an ihrem Eintritt unter den M. soleus andererseits sehr fest fixiert; der zwischen diesem festen Punkte begrenzte Teil von ihnen, lockerer beweglich, unterliegt der bei Verrenkungen eintretenden Überdehnung. Die Gelegenheit zu einer Zerreißung ist nun bei einem Austritt der Tibia nach vorn ungleich günstiger als bei einem Abweichen derselben nach hinten. In letzterem Falle hebt sich der ganze lange femorale Teil der A. poplitea vom Adduktorenschlitz bis zur Gelenkspalte allmählich vom Femur ab und steigt sanft zur hinteren Kante der Tibia hinab, um über sie in einem sehr stumpfen Winkel unter mäßiger Spannung zu ziehen. Verrenkt dagegen die Tibia nach vorn, so wird die hintere Gelenkkapsel quer eingerissen und spannt sich zwischen die beiden Oberschenkelkondylen als Brücke über die Fossa intercondylica. Jetzt gerät das nur 4—5 cm lange Stück der Gefäße vom Gelenkspalt an bis zum Eintritt unter den Soleus in Überdehnung und reißt viel leichter als der lange femorale Gefäßabschnitt im ersten Falle. (Vgl. zwei dies erläuternde Zeichnungsskizzen.) Die Gefahr steigert sich durch hinzukommende Überstreckung des Knies, da diese die Spannung der Gefäße noch weiter erhöhen muß.

Anregung zu diesen Untersuchungen lieferte ein Fall der Kieler Klinik, in dem wegen traumatischer Zerreißung der Kniekehlengefäße der Unterschenkel gangränös geworden war und amputiert werden mußte. Die Entstehungsweise des Gefäßrisses war hier nicht sicher feststellbar. Außer Kapselrissen war leichte Tibiasubluxation nach hinten erweislich, und wahrscheinlich hatte auch hier eine Knieüberstreckung vorgelegen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

19) **Le Fort.** Le genu recurvatum acquis.

(Arch. génér. de chir. 1907. Oktober u. November.)

Die ausführliche auf 90 persönliche Erfahrungen gestützte Arbeit befaßt sich lediglich mit dem erworbenen Genu recurvatum nach Kniegelenksentzündungen und ihren Folgen und ergänzt so eine frühere Arbeit (Revue d'orthopédie 1897), die sich auf die Formen des Genu recurvatum beschränkte, die nicht mit entzündlichen Veränderungen des Gelenkapparates zusammenhängen. In der vorliegenden Arbeit schildert Verf. unter Berücksichtigung der Literatur die Biegung des oberen Epiphysen-Diaphysenendes der Tibia (»Tibia recurvata«), die zum Genu recurvatum adolescentium führt, die akute traumatische, die gonorrhoische, die osteomyelitische, die luetische und tuberkulöse

Arthritis, soweit sie das bewegliche oder ankylosierte Genu recurvatum veranlassen. Zahlreiche Einzelheiten und 12 schematische Figuren erläutern die Pathologie und das Zustandekommen der nicht durch Knochendeformation bedingten Stellungsanomalie, deren rationelle Behandlung erst unter Berücksichtigung der Pathogenese möglich ist.

Strauss (Nürnberg).

---

20) **A. Kirchner.** Zur Frage der juvenilen Frakturen der Tuberositas tibiae, Tuberositas navicularis und des Tuber calcanei.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 3.)

Schlatter und nach ihm Haglund haben Fälle publiziert, die das häufigere Vorkommen von Frakturen an der Tuberositas tibiae, der Tuberositas navicularis und an der Epiphyse des Calcaneus auf Grund der Röntgenbilder erweisen sollen. K. ist der Ansicht, daß es sich bei den beschriebenen Fällen von Fersenbeinbrüchen um den physiologischen Vorgang der Epiphysenverknöcherung aus zwei Kernen handelt, und daß schon das klinische Bild eine Fraktur unwahrscheinlich mache. Bei den Fällen ferner, bei denen Haglund die Tuberositas navicularis von einem Bruch betroffen annahm, hat es sich um das Tibiale externum gehandelt, wie schon aus dem bilateralen symmetrischen Befunde hervorgeht.

Bezüglich der Fraktur der Tuberositas tibiae glaubt Verf., daß Abreißungen eines Teiles des unteren Tuberositaskernes vorkommen mit einem typischen Befund, aber er bezeichnete auch diese Fälle als selten, wenn sie auch etwas häufiger sein mögen als Totalabreißungen der ganzen Tuberositas. Wichtig ist es zu wissen, daß sich auch entzündliche Zustände der Tuberositas tibiae im Röntgenbilde markieren können, und daß die Tuberositas selbst bei verschiedenen Individuen während der Ossifikation des Knochenkernes ein außerordentlich mannigfaches Bild bietet, das an beiden Knien verschieden gestaltet sein kann.

Auf Grund seiner Darlegungen gibt K. der Meinung Ausdruck, daß Knochenkernverletzungen am Calcaneus nicht einwandsfrei erwiesen sind, am Naviculare nicht vorkommen und an der Tuberositas tibiae nicht so häufig zu finden sind, wie Schlatter und Haglund glauben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

21) **Ochsner.** Potential and acquired static flat foot.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 21.)

Plattfuß ist viel verbreiteter und macht viel mehr Beschwerden, als man heute noch anzunehmen geneigt ist. Der letzte Grund zu seiner Entstehung liegt weit häufiger in einer allgemeinen Muskelschwäche als in einer Erschlaffung einzelner besonderer Muskelgruppen. Die ersten Symptome und Veränderungen fallen in die Pubertätszeit; dann ist auch die Behandlung am aussichtsvollsten. Sehr oft wird er nicht richtig diagnostiziert.

Das größte Gewicht legt O. auf ein gründliches, regelmäßiges und genau vorzuschreibendes Training der gesamten Körpermuskulatur, speziell natürlich der Unterschenkelmuskulatur, und empfiehlt in erster Linie Schreber's und Hoffa's Vorschriften.

Von großer Wichtigkeit ist die Anweisung, die Füße beim Gehen und Stehen parallel, nicht auswärts rotiert aufzusetzen, wie das noch allgemein im Turnunterricht und beim Heer verlangt wird.

Die Stiefel sind heutzutage besonders deshalb fehlerhaft, weil sie den Fuß in eine Abduktionsstellung bringen. Sie sollten nach Gipsabgüssen der Füße bei leichter Adduktion und Supination angefertigt werden.

Heftpflasterverbände sind nach O.'s Ansicht besonders geeignet, den Zustand zu bessern bzw. zu beseitigen.

Abbildungen von Fußabdrücken, Stiefeln, Heftpflasterverbänden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

22) **Stein** und **Preiser.** Ein Röntgenfrühsymptom bei Pes plano-valgus.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 6.)

Sehr häufig führt die schmerzhafte Schwellung an Fuß und Zehen zu der Fehldiagnose »Gicht«, besonders wenn spontan oder nach anstrengendem Marsch ein Ödem am Übergange von den Zehen zum Mittelfuß auftritt. Nicht selten liegt hier aber, namentlich beim Befallensein der 2.—5. Zehe ein anderer Prozeß vor. Verf. behandelt eine ganze Reihe solcher Fälle von schmerzhafter Schwellung in den Zehen, kombiniert mit Plattfuß bei schmerzfreiem Mittelfuß, bei denen die für Gicht erklärte Schwellung der 2.—5. Zehe auf Verordnung von Plattfußeinlagen für immer verschwand. Diese eigenartige Zehenschwellung befand sich hauptsächlich bei Pat., bei denen das Fußgelenk noch erhalten, bereits aber eine deutliche Knickfußstellung vorhanden war. In solchen Fällen fanden nun die Verff. meist einen typischen Röntgenbefund. Die mediale Seite der Grundphalangen der 2.—5. Zehe, meist der 2. und 3. Zehe, wies unscharfe, verwaschene Konturen, in ausgeprägteren Fällen direkt periostitische Schatten und Ossifikationen auf, bei völlig scharfen Linien der lateralen Seite der Grundphalangen. Diesem Befund entsprach klinisch die Schwellung und Rötung und ein bei Tastung der Innenseite der Grundphalange der 2.—5. Zehe recht empfindlicher Druckschmerz, während die Außenseite der betreffenden Grundphalanx stets schmerzfrei war. Flexion und Extension der betreffenden Zehen war meist schmerzhaft.

Wahrscheinlich hat man es bei dieser Periostitis mit einer Wirkung der medialen Interossei zu tun, und zwar dürfte es sich hier mehr um den Ausdruck der aktiven Tätigkeit dieser Muskeln, als den einer passiven Überstreckung handeln, da Pat. offenbar bei beginnendem Plattfuß instinktiv oder reflektorisch durch Innervation der medialen Interossei einmal der Spreizung des Vorfußes entgegenzuarbeiten und ferner durch die durch sie bewirkte Beugung des Grundgliedes bei

gleichzeitiger Streckung der 2. und 3. Phalangen das Fußgewölbe zu erhalten sucht. Man hat also in der charakteristischen medialen Periostitis der Grundphalangen ein differentialdiagnostisches wichtiges Frühsymptom des Plattfußes. **Gaugele** (Zwickau).

---

23) **Smith.** Morton's painful foot — anterior metatarsalgia.

(Pacific med. journ. 1907. November.)

S. führt die Morton'sche Krankheit, die Metatarsalgie, nicht auf eine Erkrankung der Plantarnerven, wie die meisten Autoren, sondern auf Schädigung der Gelenkknorpel durch Druck schlecht sitzenden Schuhwerkes zurück. Infolge von Inversion des vorderen transversalen Metatarsalbogens und Dorsalflexionsstellung der Zehen lastet das Körpergewicht hauptsächlich auf den Köpfchen der Mittelfußknochen; der Gelenkknorpel hierselbst erleidet alsbald Druckveränderungen und wird schmerzhaft. S. empfiehlt daher, durch einen Gipsverband den vorderen Metatarsalbogen zu redressieren und durch Heftpflasterschlingen, die in die Sohlenfläche des Verbandes mit eingegipst werden, jede einzelne Zehe in starker Beugestellung zu fixieren. Der Kranke geht in diesem Verband einige Wochen umher und trägt sodann eine Einlage im Schuh, die den vorderen Metatarsalbogen stützt. **Mohr** (Bielefeld).

---

24) **Blecher.** Die Behandlung der Fußgeschwulst mit Heftpflasterverbänden.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1907. Hft. 21.)

Angeregt durch die guten Erfolge, die bei Verstauchungen des Fußgelenkes durch die Gibney'schen Heftpflasterverbände erzielt werden, hat B. diesen Verband seit $1^1/_2$ Jahren bei allen Fällen von Fußgeschwulst — Knochenhautentzündungen und Mittelfußknochenbrüchen — angewandt. Er benutzt daumenbreite, 40 cm lange Streifen von gleichmäßig gestrichenem Heftpflaster. Bei stark dorsal flektiertem Fuße, den der Kranke selbst durch einen um die große Zehe gelegten Zügel in dieser Lage erhalten kann, wird der erste Streifen in folgender Weise angelegt: Von der Rückseite des 1. Mittelfußknochenköpfchens zur Fußsohle, schräg über diese hinweg bis ungefähr zur Mitte des 5. Mittelfußknochens, dann schräg über den Fußrücken an die Innenseite des Unterschenkels, etwas nach hinten verlaufend. Der zweite Streifen beginnt auf der Rückseite des 5. Mittelfußknochens, geht über die Fußsohle schräg nach der Basis des 1. Mittelfußknochens, auf den Fußrücken und dann zur Außenseite des Unterschenkels. Die nächsten Streifen, die abwechselnd am 1. und 5. Mittelfußknochen beginnen, werden mehr zentralwärts angelegt und decken die vorhergehenden dachziegelförmig. Über die Heftpflasterstreifen wird eine Flanell- oder Cambricbinde bis unterhalb des Kniegelenkes fest angelegt. Der Verband stellt die Mittelfußknochen fest aneinander; nach B. soll er auch die mittleren Mittelfußknochen beim Auftreten

vor der Berührung mit dem Boden schützen (? Ref.). Der Verband bleibt 2—3 Wochen liegen, die Kranken können dauernd aufbleiben.

Herhold (Brandenburg).

25) **Budde.** Zur Frage der ausgedehnten Resektionen an Tarsus und Metatarsus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 573.)

B. berichtet einen einschlägigen eigenen, mit gutem Erfolge behandelten Fall, um hieran eine literarische Zusammenstellung über ausgedehnte Fußwurzel- und Mittelfußresektionen mit kritischer Beleuchtung der erzielten Resultate anzuschließen.

In zwei statistischen Tabellen stellt er 17 ausgedehnte Resektionsfälle am Tarsus und 26 solche, betreffend Tarsus und Metatarsus, zusammen. Aus den Daten derselben zieht er folgende Schlüsse:

1) Die fraglichen Operationen sind fast stets Amputationen im Tarsus oder Metatarsus vorzuziehen.

2) Das Resultat derselben ist ein erfolgreiches, d. h. ein der Amputation überlegenes in 65% der Fälle; die Mortalität beträgt 13 bis 14%.

3) Die Hauptindikationen für die Operationen gibt die Tuberkulose der Fußwurzel- und Mittelfußknochen.

4) Im jugendlichen Alter (unter 25 Jahren) sind die Resultate am besten. »Erfolgreiches« Resultat in 77,3% der Fälle, Mortalität 9,1%.

5) Die Zahl und Anordnung der resezierten Knochen ist für den Erfolg vollkommen gleichgültig.

6) Man muß darauf bedacht sein, dem Fuß mindestens zwei Stützpunkte zu erhalten.

7) Die Ansicht Borchardt's, daß eine Amputation sämtlicher Metatarsi der Resektion der drei inneren vorzuziehen sei, ist nicht aufrecht zu erhalten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

26) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

168. Sitzung, den 13. Januar 1908 im Krankenhause Moabit.

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Sonnenburg widmet dem Andenken des verstorbenen Vorstandsmitgliedes Albert Hoffa einige herzliche Worte.

2) Herr M. Cohn: a. Ein Fall von Lungenemphysem, operiert nach W. A. Freund.

Der Pat., 45 Jahre alt, leidet seit 20 Jahren an Emphysem, seit 5 Jahren an asthmatischen Beschwerden, die in letzter Zeit so heftig wurden, daß er seinen Beruf ganz aufgegeben hat. Dabei bestand Dilatation des rechten Herzens, starke Stauung in den Venen. C. machte die Resektion der 2., 3., 4., 5. Rippe rechterseits an der Knorpelknochengrenze in Länge von 2—3 cm mit Entfernung von

Periost und Perichondrium. Einführung von Jodoformdochten oben und unten, Naht. Glatte Wundheilung. Der Zustand hat sich sowohl subjektiv wie objektiv sehr gebessert. Die Lungen sind gut verschieblich. Die Ausdehnung der oberen Thoraxapertur beträgt statt 1 cm jetzt 5 cm. Die epigastrische Pulsation hat fast ganz aufgehört, die Venen, welche am Bauche fast kleinfingerdick waren, zeigen normale Füllung. Pat. hat 4 Wochen nach der Operation seinen Beruf wieder aufgenommen.

b. Traumatische Knochengeschwulst.

In unmittelbarem Anschluß an einen Fall auf die Hand entwickelte sich an der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel der Ulna eine kleinapfelgroße Geschwulst, die, wie das Röntgenbild zeigt, den Radius erheblich usuriert hatte. Die Exstirpation, die C. von der Streckseite ausführte, war ziemlich schwierig, da die Geschwulst fest eingekeilt war. Histologisch handelte es sich um ein Osteochondrom. C. meint, daß bei dem Falle das Lig. interosseum an der Ulna abgerissen sei, und daß eine mitgelöste Knochenspange den Kern für die Geschwulst abgegeben habe.

c. Rötgenologisches.

1) Demonstration von Nierensteinplatten, aufgenommen als Übersichtsbilder 40 : 50 ohne Blende mit möglichster Ausschaltung der abdominalen Atmung (durch den Hirschmann'schen Fixationsgurt) und nach Aufblähung des Dickdarmes mittels Luft.

2) Demonstration einer Pat. mit hochgradigster Verkalkung der Bauchgefäße mit den Erscheinungen der Angina abdominalis. Auf dem Röntgenbild ein Konkrementschatten, der mit einem Harnleiterstein verwechselt werden könnte, aber auf Kalkeinlagerungen in die Art. iliaca sin. beruht. Wegen der Ähnlichkeit der Krankheitserscheinungen wäre diese Verwechslung um so bedeutungsvoller.

3) Herr Mühsam: Pyocyanasebehandlung der Diphtherie.

M. hat mit der von Emmerich und Loew dargestellten Pyocyanase, dem bakteriolytischen Enzym des Bacillus pyocyaneus, kulturelle Versuche angestellt und den Einfluß des Mittels auf Diphtherie nach dem Vorgange von Zucker und Emmerich erprobt. Im Kulturverfahren wurden, wie auch von anderer Seite, sehr energische entwicklungshemmende Eigenschaften gefunden. Die Einwirkung auf Diphtherie äußert sich in raschem Einschmelzen der Beläge und günstiger Beeinflussung des Allgemeinbefindens in einer Reihe von Fällen. Das Präparat wurde meist neben der Serumtherapie angewendet. Eine zurzeit in Berlin herrschende schwerere Diphtherieepidemie gestattete, die Wirkung auch auf schwerere Fälle zu studieren. Das Fieber ging bei einer erheblichen Anzahl der Kranken nach der Behandlung rasch herunter. Die Behandlung besteht darin, daß die Flüssigkeit dem Kranken, nachdem die Zunge kräftig herabgedrückt worden ist, auf die erkrankten Stellen mit einem Sprayapparat aufgeblasen wird. Dies wird 3mal täglich, im Anfang der Erkrankung noch öfter gemacht. Während jeder derartigen Sitzung werden 3 Einblasungen mit je 10 Minuten Pause gemacht. Ob eine Heilwirkung dem Mittel tatsächlich zukommt, können erst weitere große Erfahrungen lehren. Jedenfalls wird man bei aller Skepsis einen günstigen Einfluß in einer Reihe von Fällen nicht abstreiten können und zu weiterer Anwendung — natürlich neben der Serumbehandlung — angeregt. Weitere Untersuchungen werden lehren, ob auch chirurgische Infektionskrankheiten durch das Präparat beeinflußt werden können.

Diskussion. Herr W. Braun (Krankenhaus Friedrichshain) berichtet über seine Erfahrungen mit der Pyocyanase. Er teilt mit, daß er in 55 Fällen die Pyocyanase angewandt hat und zunächst nie einen Nachteil von der Behandlung gesehen hat. Es handelte sich um 37 Fälle von Diphtherie, und zwar in erster Linie um Fälle mit zweifelhafter oder schlechter Prognose. Bei den weit herabreichenden, äußerst quälenden, trockenen Formen wurde eine Verflüssigung des Sekrets und damit eine wesentliche Erleichterung des qualvollen Zustandes beobachtet. Das Mittel wurde hier durch die Trachealkanüle eingeträufelt. Bei septischen Diph-

therien wurde vor allem eine günstige Beeinflussung der Nasendiphtherie gesehen; bei einem Kinde schien die Rettung auf die dadurch bedingte Beschränkung der Resorption der Toxine zurückzuführen zu sein.

Weiter versuchte B. das Mittel bei Phlegmonen, phlegmonösen Abszessen und flächenhaften Ulzerationen; hier wurde mehrfach die schnelle Verflüssigung der Beläge und Reinigung der Geschwüre konstatiert; in 2 Fällen war die rasche Bildung gesunder Granulationen und schnelle Vernarbung auffällig; schließlich verlief ein mit Injektion verdünnter Pyocyanase behandelter Achselabszeß überraschend schnell. B. steht auf dem Standpunkte, daß man berechtigt ist, weitere Erfahrungen über die Wirksamkeit der Pyocyanase, allerdings mit größter Vorsicht und mit Hilfe sehr großer Versuchsreihen, zu sammeln.

4) Herr Sonnenburg: Rizinusbehandlung der akuten Appendicitis.

S. weist darauf hin, daß man danach streben muß, die Frühdiagnose der akuten Appendicitis zu fördern. Neben den schweren Fällen von Appendicitis destructiva, die sofort operiert werden müssen, gibt es doch eine große Zahl von Fällen, bei denen ein operativer Eingriff zunächst nicht notwendig ist. Neben den bekannten klinischen (allgemeinen und lokalen) Symptomen ist zur anatomischen Unterscheidung besonders das Verhalten von Puls, Temperatur und Leukocytose wichtig. An der Hand von an einem großen Material berechneten Durchschnittszahlen läßt sich eine große Gesetzmäßigkeit dieser Symptome nachweisen. Die leichteren Fälle von akuter Appendicitis, bei denen die Temperatur, Pulsfrequenz und Leukocytose die sonst bei Appendicitis simplex gefundenen Durchschnittswerte (37,5; 92; 15000) nicht überschritten, hat S. im letzten Jahre mit gutem Erfolg mit Rizinus behandelt. Erkrankungen mit höheren Durchschnittsziffern erfordern die sofortige Operation, ohne daß vorher Rizinus gegeben wird. Eine Rizinusbehandlung des Anfalls ohne gleichzeitige Berücksichtigung des Pulses, der Temperatur, besonders aber auch der Leukocytose hat keinen Zweck. Die Rizinusbehandlung kam in 111 Fällen, und zwar bei 51 in den ersten 48 Stunden und bei 60 später im Anfall vorgenommenen Fällen zur Anwendung, von denen keiner gestorben ist.

Eine schädliche Wirkung wurde nie beobachtet, es gingen vielmehr alle Erscheinungen, allgemeine und lokale, auffallend rasch zurück. S. betont trotz seiner günstigen Resultate ausdrücklich, daß sich diese Behandlung nur für ein Krankenhaus eignet, wo eine fortgesetzte Überwachung der Kranken möglich und chirurgische Hilfe stets sofort zur Stelle ist. Denn wenn die Erscheinungen sich nicht bald bessern, oder gar eine Verschlimmerung eintritt, so muß sofort operiert werden. Bei den 111 mit Rizinus behandelten Fällen war dies 4mal nötig; stets erfolgte der Eingriff noch rechtzeitig und führte zu glatter Heilung.

Der Vorteil der Rizinusbehandlung ist besonders darin zu suchen, daß sie dazu beiträgt, Fehldiagnosen zu vermeiden. Unter den Krankheiten, die ein der Appendicitis ähnliches Symptomenbild vortäuschen können, ist besonders die Gastroenteritis und Typhlokolitis zu erwähnen, bei welcher sich auch Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend in der Regel vorfindet. Die hier durch das Rizinus bewirkte schnelle Besserung wird uns vor einem unnötigen operativen Eingriff bewahren. Außerdem klärt uns demnach diese »chirurgische« Rizinusbehandlung über die Prognose auf: tritt ein rascher Abfall nach der Wirkung der allgemeinen und lokalen Symptome ein, so bleiben wir vor weiteren unangenehmen Überraschungen bewahrt.

Zum Schluß hebt S. noch einmal hervor, daß durch die Rizinusbehandlung die Frühoperation, die er als eine hervorragende Errungenschaft der modernen Chirurgie bezeichnet, nicht in ihrem Recht geschmälert werden soll. Die Zahl der in Moabit ausgeführten Frühoperationen hat von Jahr zu Jahr absolut und relativ zugenommen.

Diskussion: Herr Rotter meint, daß die Diagnose auf Appendicitis im allgemeinen mit hinreichender Sicherheit gestellt werden kann. Nur in einzelnen Fällen lag eine andere Krankheit vor. Dagegen ist man oft nicht imstande, den Grad der Schwere festzustellen. Unter 100 Fällen handelte es sich 12mal um eine

Appendicitis destructiva, wo eine Appendicitis simplex diagnostiziert worden war. Wenn mit der Rizinusbehandlung in einer Musteranstalt nicht geschadet wird, so darf doch die Behandlung nicht in die Praxis übergreifen. Wenn durch Rizinus auch nicht direkt eine Perforation verursacht werden kann, so glaubt R. doch, daß durch die starke Peristaltik Verklebungen zerstört und Infektionsmaterial weiter verbreitet werden kann. Es kommt noch hinzu, daß auch der Beginn der Appendicitis oft schwer zu bestimmen ist. R. will lieber in allen Fällen die Frühoperation als die sichere Methode ausführen.

Herr Karewski stellt die Frage, ob bei der Rizinusbehandlung ein wesentlicher Unterschied gegenüber der abwartenden indifferenten Behandlung beobachtet wurde.

Herr Körte behandelt die leichten Fälle gleichfalls abwartend. Aus diagnostischen Gründen Rizinus zu geben, scheint ihm nicht empfehlenswert.

Es kommt vor, daß man bei der Operation weniger findet als man vermutet. Aber viel häufiger irrt man sich darin, daß man mehr findet. Er fürchtet ungünstigen Einfluß durch die Peristaltik infolge von Rizinus. Unter 222 in das Krankenhaus eingelieferten Fällen waren 9 vorher (außerhalb) mit Abführmitteln behandelt und ungünstig beeinflußt worden.

In dem Schlußwort betont Herr Sonnenburg, daß es ihm nicht einfalle, die Rizinusbehandlung für die allgemeine Praxis zu empfehlen, und die von den Vorrednern erwähnten ungünstigen Einflüsse des Rizinus ständen auf einem ganz anderen Brett. Er betont, daß seine Rizinusbehandlung eine chirurgische sei und in den chirurgischen Rahmen hineinpaßt. Dieselbe aber ohne gleichzeitige Berücksichtigung der klinischen Symptome, besonders der Leukocytose, sei wertlos und unzweckmäßig. Daher eignet sie sich auch vorläufig nur für Kliniken. Wenn aber in über 100 Fällen sich diese Art Behandlung bewährt hat, so müssen doch wohl diese Fälle nach richtigen Prinzipien ausgesucht sein. Gegenüber der abwartenden indifferenten Behandlung hat die Behandlung mit Rizinus den großen Vorteil, daß wir sofort je nach der Wirkung eine sichere Prognose über den weiteren Verlauf des Anfalles stellen können. Wird Rizinus abweichend von dem Grundsatze, den S. aufgestellt hat, gegeben, so wird es nur schaden.

5) Herr Kothe: Stieltorsion des Netzes.

K. berichtet über einen Fall von intraabdominaler Netztorsion. Bei der Operation fand sich ein handtellergroßer, blauschwarz verfärbter Netzklumpen, der an einem dünnen, um 360° gedrehten Stiel hing. Demonstration des Pat. und des Präparates. Der Fall ist deswegen besonders interessant, weil der Pat. nicht, wie das sonst meist der Fall ist, mit einem Bruch behaftet war. Es sind sonst in der Literatur unter 60 veröffentlichten Fällen nur 5 Fälle von Netzdrehung bei Individuen ohne Hernie bekannt. Die Pathogenese ist noch nicht vollkommen aufgeklärt. Die Affektion ist sehr selten. Im Moabiter Krankenhause wurde sie nur 2mal beobachtet; der andere Fall ist von Sonnenburg bereits früher beschrieben worden. Eine Abbildung des Sonnenburg'schen Falles wird herumgezeigt. Kurze Besprechung der Diagnose und Therapie.

6) Herr Mühsam: Impftuberkulose der Sehnenscheiden beim Pflegepersonal.

Während die traumatische Übertragung der Tuberkulose auf die Haut bekannter ist, sind die Fälle von Impftuberkulose tieferer Gewebe, insbesondere der Sehnenscheiden, seltener. In der Literatur sind nur zwei Arbeiten darüber vorhanden. Im einen Fall infizierte sich die Pflegerin eines schwer phthisischen Mannes an einem Speiglas, im anderen verletzten sich zwei Schlächter beim Ausschlachten tuberkulöser Rinder. M. beobachtete zwei Krankenwärter, welche auf der Phthisikerstation des Krankenhauses Moabit beschäftigt waren und sich an der Beugeseite eines Fingers an einem Speiglas geschnitten hatten. Die Wunden verheilten. Nach einigen Wochen schwoll die Beugesehne an, und es kam zu einem Fungus der betreffenden Sehnenscheide und benachbarter, welche bei einem Kranken zahlreiche Inzisionen, Exkochleationen und Spaltungen notwendig machte, im an-

deren Falle aber bei konservativer Behandlung heilte. Ferner sah M. eine Krankenschwester, welche, selbst phthiseverdächtig, sich mit einer Morphiumspritze, mit der sie eben einer schwer Tuberkulösen eine Injektion gemacht hatte, in den Finger stach. Nach einigen Wochen Fungus der Sehnenscheide. M. hält diesen Fall nicht für eigentliche Impftuberkulose, sondern glaubt, daß der Stich bei der wahrscheinlich Tuberkulösen den Locus minoris resistentiae für die Ansiedlung von Tuberkulose in der Sehnenscheide abgegeben habe.

Diskussion. Pels-Leusden hat bei einem Mediziner ebenfalls einen Fall von Impftuberkulose der Sehnenscheiden (Strecksehnen der linken Hand) beobachtet und durch Exstirpation des tuberkulösen Gewebes geheilt. Den Fall hat der betreffende Kollege zu seiner Doktordissertation verwendet.

Herr Oelsner demonstriert a. erschwertes Décanulement. Ein 2jähriges Kind, das im Alter von 9 Monaten tracheotomiert wurde, und bei dem eine Gewohnheitsparese der Kehlkopferweiterer das Décanulement außerordentlich erschwerte. Erst nach $5^1/_2$ Monate lang systematisch fortgesetzten Versuchen gelang es, das Kind definitiv von der Kanüle zu befreien[1].

b. Fall von Schnittverletzung des Kehlkopfes.

Der zweite Fall betraf ein 22jähriges Mädchen, das sich bei einem Conamen suicidii eine schwere Kehlkopfverletzung mit einem Messer beigebracht hatte. Weitere Schnittwunden wies Pat. am Nacken, wo das Messer die ganze Muskulatur und das Lig. nuchae bis auf die Wirbel durchtrennt hatte, und an beiden Handgelenken auf. Der Stich in den Kehlkopf hatte Haut, Muskulatur und die Platte des Schildknorpels glatt durchtrennt, so daß man nach oben in die Glottis und nach unten in die Trachea sehen konnte. Die Wunde wurde vom Vortr. schichtweise vernäht. Einige Stunden später wurde die prophylaktische Tracheotomie gemacht (Geheimrat Sonnenburg). Am nächsten Tage traten starke Schluckbeschwerden auf. Dann glatter Heilungsverlauf ohne Funktionsstörungen.

7) Herr Sonnenburg: Sarkom des Jejunum.

S. hat bei einer kindskopfgroßen Bauchgeschwulst, die sich als Sarkom des Jejunum herausstellte, das auf den Dickdarm übergegriffen hatte, die Resektion von Jejunum, Coecum und Kolon vorgenommen, bie beiden Jejunumschlingen End-zu-End und das Ileum mit dem Colon transversum End-zu-Seit vereinigt. Demonstration des Präparates. Die Pat., welche den am 23. Februar 1907 erfolgten schweren Eingriff gut überstanden und seit der Operation 35 Pfund zugenommen hat, wird als geheilt vorgestellt. Das Übergreifen von Geschwülsten des Jejunum auf das Kolon wird selten beobachtet.

Herr S. zeigt einen Fall von Skalpierung durch Maschinenverletzung. Der große Defekt wurde durch wiederholte Transplantationen nach Thiersch gedeckt.

Herr S. zeigt einen Pat. mit ausgedehnter Verbrennung des rechten Armes und der rechten Thoraxhälfte, welcher ebenfalls durch wiederholte Thiersch'sche Transplantation sowie durch Einpflanzung zweier gestielter Hautlappen in die Achselhöhle vollständig mit guter Funktion des Armes geheilt wurde.

8) Herr Mühsam Demonstrationen.

a. Demonstration eines Pat., dem er wegen eines großen Hautdefektes am äußeren rechten Knöchel nach Erysipel, den nach Thiersch zu decken vergebens versucht worden war, einen gestielten Lappen von einem Bein aufs andere gepflanzt hat. Der Lappen wurde, mit der Basis nach oben, dem anderen Unterschenkel (innere Wadengegend) entnommen und mit der Spitze in den Defektrand eingenäht. Pat. blieb 16 Tage im Gipsverband, dann wurde der Stiel durchschnitten. Der Lappen heilte völlig an. Der Defekt am anderen Bein heilte großenteils per granulationem, der Rest wurde mit einem Thiersch'schen Lappen bedeckt und so geheilt.

b. Demonstration eines wegen extraduralen Hämatoms operierten Kranken. Verhältnismäßig geringes Trauma, trotzdem Krämpfe im rechten Facialis, Arm und Bein, welche an Zahl und Intensität zunahmen und allmählich allgemein

[1] Vortrag erscheint unter den Originalien der Deutschen med. Wochenschrift.



wurden. Es trat Abnahme des Bewußtseins auf. Daher Trepanation links. Aus dem ersten Bohrloch entleert sich eine große Menge Blutes. Unter der Dura wird durch Punktion keins mehr gefunden, daher Zurückklappen des Lappens. Glatter Wundverlauf. Nach der Operation noch einige Male Krämpfe, dann Aufhören derselben. In den ersten Tagen sensorische und motorische Aphasie, zuerst Schwinden der sensorischen, dann der motorischen Sprachstörung. Vollkommene Heilung. Pat. ist wieder in seinem Beruf als Schauspieler tätig.

R. Wolff (Berlin).

---

27) **A. A. Rodendorf.** Zur Osteomyelitis der langen Röhrenknochen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

R. bringt mehrere Beispiele für die ausgezeichneten Erfolge, die man bei ausgedehnter oder Totalsequestrierung langer Knochen durch Schonung des Periosts erzielen kann. Das Periost wird bei der Nekrotomie so sorgfältig wie möglich geschont und nach Entfernung der toten Diaphyse einfach zusammengeklappt, wobei auch Nähte überflüssig sind. In einem Falle, wo die periostale Knochenneubildung bereits zu stark war, hat Oppel den Knochen der Länge nach gespalten und die beiden starren Teile aneinandergeklappt. Es resultiert schließlich ein sehr fester Knochen, der an Festigkeit und Umfang den ursprünglichen meist übertrifft. Ist nur ein Teil der Diaphyse entfernt worden, so kommt es zur Abstoßung kleiner Sequester vom Ende des zurückgebliebenen Diaphysenstückes, wodurch der günstige Enderfolg natürlich nicht beeinträchtigt wird. **V. E. Mertens** (Kiel).

28) **P. Frangenheim.** Über Calluscysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 87.)

F. verfügt über zwei eigene Beobachtungen echter Calluscysten, deren anatomische Beschreibung er liefert. Der erste Fall betrifft eine subkapitale Oberschenkelhalsfraktur, vom Verf. bereits in einer früheren Abhandlung bearbeitet und abgebildet. Das Präparat des zweiten Falles ist von Prof. Beneke in Braunschweig durch eine Sektion gewonnen und ohne anamnestische Angaben F. überlassen. Es handelt sich hier um eine pathologische Fraktur des oberen Oberschenkeldrittels infolge bösartiger Geschwulst. In beiden Fällen sitzen die fraglichen Cysten in parostalem hypertrophischem Callus. Das Präparat des zweiten Falles ist in einer guten Figur wiedergegeben. Man sieht zu beiden Seiten des Bruches die beiden $1^1/_2$ bzw. 5 cm langen Cysten, deren Wände starr, stellenweise knochenhart sind. Die mikroskopische Untersuchung (Details s. Original) weist nach, daß es sich um echte Cysten, nicht etwa um Geschwulsterweichungscysten handelt. Pathologisch-ätiologisch stellt F. die Calluscysten den Cystenbildungen bei Myositis ossificans zur Seite. Die einschlägige Literatur ist in der Besprechung angezogen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **E. Bibergeil.** Bericht über 353 komplizierte Frakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung sämtlicher komplizierter Frakturen, welche im Krankenhaus am Urban in Berlin behandelt worden sind. Arbeiten wie die vorliegende müssen im Original nachgelesen werden, da ihr Wert in den Einzelheiten des statistischen Materials und in der Aufzählung besonders interessanter Fälle beruht, deren Rekapitulation mehr Raum erfordern würde, als einem Referate zu Gebote stehen kann. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

30) **E. Fischer.** Behandlung der Knochenbrüche mittels Bardenheuer'scher Extension.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 50.)

Verf. bespricht auf Grund des v. Herczel'schen Materials die Vorteile des Bardenheuer'schen Extensionsverfahrens, mit dem ideale Heilungserfolge erzielt

werden können, welche betreffs der anatomischen und funktionellen Heilung anderen Verfahren (Gipsverbände, funktionelle Behandlung) weit überlegen sind. Schön ausgeführte Radiogramme zeigen die Frakturen vor und nach der Behandlung. **P. Steiner** (Klausenburg).

31) **Barker.** Traumatic hematomyelia.

(Annals of surgery 1907. November.)

Das Blut wird der Medulla oblongata durch drei Hauptarterien zugeführt, eine vordere und zwei hintere, die aus der Vertebralis dort entspringen, wo der Vereinigungspunkt zur Art. basilaris liegt. Eingebettet liegen diese Zweige in der Pia des Rückenmarkes, sie erhalten in der ganzen Ausdehnung des letzteren akzessorische Zuflüsse von den Artt. thyreoidea, intercostalis, lumbalis usw. Nach unten, zu einem gleichmäßigen Strange auslaufend, kann sich das Blut nur in der grauen Substanz senken, während eine Senkung in den weißen Neurogliafasern nicht möglich ist; hier kommt es dann mehr zu disseminierten, nicht in Verbindung stehenden Blutherden, die sich allerdings auch über eine Strecke des Markes in dieser Form erstrecken können. Sind diese Blutherde größer, so kommt es zur Bildung von Höhlen, die durch Bindegewebe später ausgefüllt werden.

Verf. beschäftigt sich vorwiegend mit der Blutung ins Cervikalmark, die durch Fall auf das Gesäß oder Schlag gegen die Lenden- oder Brustwirbelsäule eintreten kann und Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten veranlaßt. Verf. glaubt, daß die Diagnose der Rückenmarksblutung nicht leicht und nur mit einer gewissen Reserve zu stellen sei. Ein einschlägiger Fall dieser Blutung ins Halsmark wird beschrieben: Es handelt sich um einen Mann, der vom Wagen geschleudert war und zwei Rippen in der Nähe der Wirbelsäule gebrochen hatte. Nachdem es ihm anfänglich leidlich gegangen war, erkrankte er 8 Wochen nach dem Unfall an Lähmung der Arme und Beine, auch die Sensibilität war herabgesetzt. Diese Lähmungen gingen allmählich zurück. Es blieb nur eine Schwäche zurück; die Kniescheibenreflexe blieben gesteigert. **Herhold** (Brandenburg).

32) **Baer.** Operations on the spinal column.

(Annals of surgery 1907. November.)

Verf. weist daraufhin, wie nicht selten durch an der Wirbelsäule sitzende falsche Rippen oder Exostosen Krankheiten entstehen, deren Sitz und Ursache man ohne Röntgenbild nicht erkennt. Er beschreibt drei diesbezügliche Fälle. Im ersten entstand nach Gonorrhöe eine Exostose am Fersenbein und am dritten und vierten Lendenwirbel. Die erstere wurde entfernt, in ihr fanden sich Gonokokken, die Operation der Lendenwirbelexostose war verweigert. Im zweiten Fall wurden heftige linksseitige Ischiasschmerzen durch eine am fünften Lendenwirbel sitzende rudimentäre, $1^3/_4$ Zoll lange Rippe hervorgerufen. Nach Resektion dieser Rippe schwanden die Beschwerden. Im letzten Falle wurden rechtsseitige heftige Ischiassymptome durch eine am dritten Lendenwirbel befindliche Knochenspange bedingt, die erst nach Abmeißeln der letzteren schwanden. **Herhold** (Brandenburg).

33) **v. Hovorka.** Scoliosis lumbagica.

(Blätter für klin. Hydrotherapie und verwandte Heilmethoden 1907. Nr. 6.)

Mitteilung zweier Fälle von Skoliose bei chronischer Lumbago, welche analog der bei Ischias auftretenden Skoliose aufzufassen sind. In dem einen Falle handelte es sich um rheumatische, in dem anderen um eine traumatische Form der Lumbago. In beiden Fällen war die Konvexität nach der Seite der Erkrankung der Muskulatur gerichtet. Durch Gymnastik baldige Besserung. Ätiologisch hat die Annahme einer Reflexkontraktur nebst Betonung statischer Momente die größte Wahrscheinlichkeit. **Drehmann** (Breslau).

34) **Molin et Gabourd.** Sur une variété rare et tardive de tumeurs congenitales sacro-coccygiennens.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 44.)

Ein 32jähriger Mann begann vor 2 Jahren an Verstopfung zu leiden. Er bekam Schmerzen längs der Lendenwirbelsäule, die dann mehr in die Kreuzbeingegend zogen, so daß schließlich eine Sakrokoxalgie diagnostiziert wurde. Als die Schmerzen immer heftiger wurden, untersuchte endlich ein Arzt per rectum und fand eine den Mastdarm vordrängende Geschwulst an der Vorderfläche des Kreuzbeines. Darm und Geschwulst waren nicht miteinander verwachsen. Die Differentialdiagnose zwischen kaltem Abszeß und Neubildung konnte durch Probepunktion zugunsten des letzteren entschieden werden. Durch eine einfache Operation wurde die Geschwulst samt Knochen vom dritten Sakralloch abwärts entfernt; dabei mußten einige Stränge der Cauda equina durchtrennt werden, was zu vorübergehenden motorischen und sensiblen Störungen führte. $1^1/_2$ Jahre später war Pat. vollkommen gesund, litt aber noch an Verstopfung.

Die Geschwulst hatte die Größe eines Straußeneies. Sie hatte das Steißbein völlig, das Kreuzbein bis zum vierten Sakralloch zerstört. Einige Knochenreste fanden sich noch in ihr. Die mikroskopische Untersuchung ergab Epithelschläuche in einem fibrohyalinen Gewebe. Die Zellen waren groß, blasig mit lateral gelegenem Kern. »Es war schwer ihre Herkunft zu bestimmen. Jedenfalls war es eine sekundäre Knochengeschwulst. Die Zellen erinnerten an die eines Nierenkarzinoms.«

V. E. Mertens (Kiel).

35) **F. de Beule.** Résection partielle du sacrum pour sacrodynie et sciatique bilatérale. Guérison.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. November.)

Bei einem 33jährigen Anstreicher waren nach einem Fall aus 4 m Höhe direkt auf das Kreuzbein im Jahre 1891 dauernde dumpfe Schmerzen in der betroffenen Gegend zurückgeblieben, die durch etwa 20mal am Tage auftretende heftige Schmerzparoxysmen im Gebiete beider Ischiadici derart gesteigert wurden, daß der Kranke bei der Erfolglosigkeit jeder Behandlung dem Selbstmord nahe war. de B. nahm an, daß infolge des Traumas eine Periostitis mit Hyperostose im Kreuzbein entstanden sei, wodurch der Sakralkanal verengert und die in ihm liegenden Nerven einem dauernden Druck ausgesetzt seien. Der einzige objektive Befund war eine fünffrancstückgroße druckempfindliche Stelle in der Mitte des Kreuzbeines. Dem Prinzip der Bardenheuer'schen Neurosarkokleisis folgend, legte B. durch Resektion der hinteren Bogen den ganzen Sakralkanal frei und nähte über dem offenen Kanale die Weichteile wieder zusammen. Der bisherige Erfolg — 5 Monate — ist ein glänzender. Die entfernten Knochenstücke waren härter und fester wie normale Kreuzbeinsubstanz. **Vorderbrügge** (Danzig).

36) **Berger.** Arrachement du membre supérieur.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 139.)

Der Académie de médecine legte B. einen Arm vor, an dem auch Schulterblatt und Schlüsselbein hingen. Der Mann, dem der Arm gehört hatte, war in eine Transmission geraten, mehreremal herumgeschleudert worden und schließlich in einiger Entfernung zu Boden gefallen, während der Arm in der Maschine hängen blieb. Eine Blutung erfolgte nicht, Heilung fast per primam intentionem, beides Erscheinungen, die bei diesen Verletzungen gewöhnlich sind.

V. E. Mertens (Kiel).

37) **Royster.** The management of dislocation at the shoulder joint complicated by fracture of the neck of the humerus.

(Journal of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 6.)

Verf. hat innerhalb 7 Monaten 4 Fälle dieser Art in Behandlung bekommen. Im ersten hat er — der Bruch war bereits konsolidiert — den Oberarm beim

Versuche der Reposition der Verrenkung wieder gebrochen; er ist dann blutig vorgegangen und hat an der Bruchstelle eine Nearthrose hergestellt mit leidlichem, funktionellem Erfolg. Die drei anderen Pat. hat er sofort blutig operiert, teils, wo es ging, ohne Eröffnung des Gelenkes, teils mit seiner Freilegung. Nach Herstellung normaler Verhältnisse erhielt er in allen 3 Fällen ein sehr gutes Endresultat. Knochennaht war überflüssig.

Bei der oft schwierigen Diagnosenstellung ist auch nur beim Verdacht auf diese Affektion die Röntgenaufnahme unbedingt nötig. Es kommt für die Therapie nur die blutige Operation in Frage. **W. v. Brunn** (Rostock).

38) **Sheldon.** Old unreduced posterior dislocation of the shoulder.
(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Pat. renkte die rechte Schulter aus (Luxatio retroglenoidalis). Der Oberarm wurde wieder eingerenkt, trat nach einer Woche wieder aus, um zum zweiten Male an seinen Platz gebracht zu werden. Als die Ausrenkung jetzt zum dritten Male eintrat, wurde weiter nichts dagegen getan. S. wurde 8 Monate später zugezogen und fand, daß die Bicepssehne (langer Kopf) luxiert war und mitten über die Gelenkfläche ging. Er legte das Gelenk frei, reponierte die Sehne und überbrückte sie mit Periost. Der wieder eingerenkte Kopf blieb jetzt im Gelenk, und es wurde der rechte Arm wieder gebrauchsfähig. **Herhold** (Brandenburg).

39) **Doberauer.** Demonstration eines Falles von operierter Embolie der Arteria axillaris.
(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 33.)

Bei beginnender Gangrän und ischämischer Kontraktur des Armes wurde 52 Stunden nach Eintritt des Gefäßverschlusses die Axillaris freigelegt, eröffnet und ein ca. 3 cm langer Thrombus ausgeräumt. Es trat jedoch trotz wiederholter Wiederöffnung des Gefäßes immer von neuem Thrombose an dieser Stelle ein, weshalb wegen Fortschreitens der brandigen Erscheinungen eine Anastomose zwischen Arteria und Vena axillaris angelegt wurde. Nach der gelungenen Naht schoß das Blut unter explosionsartigem Geräusch in die Vene ein und drang bis zum Handgelenk vor. Das Gefühl und ein dem Herschlag synchrones Pulsgeräusch bewiesen, daß das arterielle Blut durch die Venen floß. Ob die Gangrän aufgehalten wurde, wird nicht berichtet. **Gutzeit** (Neidenburg).

40) **W. A. Oppel.** Zur operativen Heilung arterio-venöser Aneurysmen.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Eingangs weist O. darauf hin, wie wichtig es ist, vor der Operation eines Aneurysma zu wissen, ob die Kollateralen so stark entwickelt sind, daß die Existenz der Extremität garantiert ist. Ein Verfahren, diese Kenntnis zu erlangen, hat sich aus den Untersuchungen ergeben, die N. S. Korotkow an den Verletzten des letzten Krieges angestellt hat. Korotkow komprimiert die Arterie ober- und unterhalb des Aneurysma und stellt manometrisch den arteriellen Druck distal davon fest.

Diese Methode ist bei dem folgenden Falle benutzt worden.

Pat., 32 Jahre alt, bei Mukden durch die linke Schulter geschossen, wurde nach Petersburg abgeschoben, wo er mit einem »Aneurysma arterio-venosum axillare« ankam. Blutdruck in den Fingerspitzen rechts 110 mm Hg, links 95; bei Kompression der Art. axillaris oberhalb des Aneurysma 40, bei Kompression der Subclavia 25, bei Kompression ober- und unterhalb des Sackes 25. Auf Grund dieser Messungen wurde bei der ersten Operation (11 Uhr, W. A. Oppel) die Axillaris oberhalb des Sackes unterbunden. Sofort konstatierte Korotkow Blutdruck = 0. Um $1^1/_2$ Uhr zeigten sich am gelähmten, weißen Arme verdächtige Flecken. Korotkow schloß nun, daß das arterielle Blut von den Venen durch den Sack zu stark abgesogen werde.

Zweite Operation ($3^1/_2$ Uhr). Unterbindung der V. axillaris oberhalb des Sackes. Der Druck blieb = 0. Es mußte also noch eine starke Vene existieren.

Nach einigem Suchen rötete sich der Arm plötzlich als O. mit dem Finger zwischen den Stümpfen der durchtrennten A. axillaris in die Tiefe drückte; zugleich zeigte das Manometer 40, um auf 0 zu sinken, sowie der Druck nachließ. Es fand sich dort eine Vene von der Stärke der V. axillaris; nach ihrer Unterbindung blieb der Arm rot. Aber um 7½ Uhr war der Druck wieder auf 0 gesunken, der Arm blaß, was auf allmähliche Dilatation der Kollateralvenen bezogen wurde. Daher dritte Operation (8½ Uhr): Exstirpation des Aneurysmasackes, aus dem einige kleine Venen austraten. Als der Sack während der Arbeit angerissen wurde, »ergoß sich in schwachem Strahl arterielles Blut«, ein Zeichen dafür, daß der Blutstrom tatsächlich umgekehrt war. Druck nach der Exstirpation 30 mm, am nächsten Tage 40 mm. Heilung.

An der Hand dieser interessanten Operationsgeschichte (man möchte sie fast als experimentelle Rechtfertigung der alten Methoden von Antyllus und Philagrius bezeichnen, Ref.) betont O. als Prinzip der operativen Aneurysmabehandlung die Trennung des arteriellen und des venösen Blutstromes. Das Bestreben, das Arterienrohr nach Exstirpation des Sackes wieder herzustellen, ist seines Erachtens nur dann gerechtfertigt, wenn die Untersuchung nach Korotkow ergeben hat, daß die Kollateralen nicht genügend entwickelt sind.

O. bringt noch den Bericht über die ganz ungewöhnlich schwierige Operation eines arteriovenösen Aneurysma der rechten Carotis communis, die er bei einem 29jährigen Soldaten ausführte. Bemerkenswert erscheint, daß 2mal die Jugularis, deren Unterbindung durch Narbengewebe erschwert war, verletzt wurde, wobei jedesmal unter deutlichem Geräusch Luft in das Gefäß aspiriert wurde. Die Zwischenfälle verliefen aber bei sofortiger Tamponade ohne Folgen. Pat. wurde völlig geheilt, ohne Störungen durch die Ligatur der Carotis.

V. E. Mertens (Kiel).

41) **Roeder.** Resektion großer Nervenstämme ohne Lähmung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

R. berichtet über einen Fall, in welchem ein Neurofibrom oder Fibrosarkom des N. ulnaris und eines Hautastes des N. suprascapularis entfernt wurde. Es mußte ein großes Stück des N. ulnaris entfernt werden; das distale Ende wurde in den Medianus eingepflanzt. Angeblich traten keine Lähmungserscheinungen auf. Da eine elektrische Untersuchung nicht angegeben ist, ist der Fall nicht beweiskräftig. (Motilité suplée). Später wurde noch eine Geschwulst aus dem Cruralis und Accessorius entfernt. Im letzteren Falle erfolgte eine partielle Lähmung des Cucullaris.

Borchard (Posen).

42) **Cordillot.** Un cas de paralysie du nerf radial consécutive a une injection d'éther.

(Archiv de méd. et de pharmacie militaires 1907. November.)

Einem Soldaten, der am 27. Mai 1905 an Hitzschlag auf dem Marsche zusammenbrach, wurde von einem aus dem nächsten Orte herbeigerufenen Arzt eine Äthereinspritzung in den linken Oberarm gemacht. Als der Mann am 31. Mai zur Truppe entlassen werden sollte, stellte sich heraus, daß die linke Hand in proniertflektierter Stellung stand, und daß eine Streckung des Handgelenks und der Finger unmöglich war. In der Gegend der Ansatzstelle des M. supinator longus fand sich eine bretthharte entzündliche Schwellung, die sich unter feuchten Umschlägen etwas verminderte. Auf der Handrückenfläche bestanden geringe Störungen des Temperatur- und Drucksinns. Erst nach 6 Monaten wurde durch Massage und galvanische Elektrizität Heilung der motorischen Lähmung erzielt. Pat. klagte allerdings noch über Schmerzen im linken Arm, die aber als leichte Hysterie aufgefaßt wurden.

Herhold (Brandenburg).

43) **W. Wolf.** Zur Kenntnis der subkutanen Muskelrupturen und ihrer operativen Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 496.)

Verf. berichtet aus der Leipziger Klinik über drei Rupturen des Musc. biceps brachii und eine solche des Musc. quadriceps. Die letztere und eine der Bicepsrupturen waren durch direkte, die übrigen, wie in der Regel, durch indirekte Gewalt entstanden. Eine Biceps- und die Quadricepsruptur, die operativ behandelt wurden, ergaben ein sehr gutes funktionelles Resultat, während bei einer konservativ behandelten Bicepsruptur die Nachuntersuchung eine erhebliche Atrophie und Funktionsbeschränkung nachwies.

W. vertritt daher den Standpunkt, in allen Fällen einer beträchtlicheren Ruptur im Gebiete des Muskelsehnenapparates die Vereinigung der Fragmente durch Naht zu versuchen.

Der Arbeit ist ein Verzeichnis über die Kasuistik der Bicepsrupturen seit der Zusammenstellung von Loos beigefügt. **Reich** (Tübingen).

44) **E. Schenk.** Über zwei Fälle von typischer Extremitätenmißbildung (Ulnadefekt, Fibuladefekt).

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 3.)

An der Hand sehr guter Röntgenaufnahmen werden die Mißbildungen besprochen und analysiert. Die erste betrifft die rechte Hand eines 48jährigen Mannes. Die Ulna endet oberhalb des Radio-Carpalgelenkes mit einer stumpfen Anschwellung ohne Gelenkfläche. Im Carpus finden sich nur zwei Knochen, die auf Grund ihrer Größe und regelmäßigen Form als eine Zusammenfassung mehrerer Knochen oder Knochenanlagen der proximalen sowohl als der distalen Reihe angesprochen werden. Das Metakarpalskelett besteht aus zwei starken Knochen, zwischen denen sich ganz distal noch die rudimentäre Anlage eines Metacarpusköpfchens findet. Der radiale Knochen charakterisiert sich durch zwei Sesambeine und zwei wohl entwickelte Phalangen als Metacarpus des Daumens. Der ulnare stellt wahrscheinlich eine gemeinsame Entwicklung von Strahl 3 und 4 dar. An den ulnaren Metacarpus wie an das rudimentäre Köpfchen des II. Metacarpus setzen sich je drei Phalangen von verschiedener Entwicklung an. Die Endphalangen sind rechtwinklig aufeinander zu gebogen und scheinen miteinander verwachsen zu sein.

Beim zweiten Falle handelt es sich um die linke untere Extremität eines 27jährigen Mannes. Die Tibia ist verkürzt und stark nach vorn konvex gebogen. Von der Fibula ist nur der Malleolus angedeutet. Die Zahl der Fußwurzelknochen ist auf zwei reduziert, einen großen proximalen und einen kleinen distalen. Der große stellt eine Verschmelzung mehrerer Knochenanlagen dar und läßt noch deutlich das hintere Ende eines Calcaneus erkennen, der kleinere wird als Cuneiforme I aufgefaßt, während das Cuboid wohl völlig fehlt.

Der vordere Fuß wird von drei Metatarsalia mit entsprechender Zehenbildung gebildet; das mediale Metatarsale ist sehr kräftig, die beiden anderen schmächtig entwickelt, das laterale trägt einen Vorsprung ähnlich des Tuberositas ossis metatarsi V.

Nach Besprechung der in der Literatur bekannten ähnlichen Mißbildungen beschäftigt sich Verf. mit der wahrscheinlichen Ursache dieser Mißbildungen. Die phylogenetische Theorie ist für vorliegende Fälle abzulehnen, Vererbung kommt auch nicht in Frage. Die Mißbildungen werden schließlich unter Hinweis auf die Tornier'schen Versuche auf abnorme Druckwirkungen in frühen Stadien der Entwicklung zurückgeführt. **Trappe** (Breslau).

45) **P. Ewald.** Zur Ätiologie der Madelung'schen Deformität.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

E. beschreibt einen Fall mit dem Bilde der Madelung'schen Deformität und konstatiert, daß durch Trauma ein Zustand hervorgerufen werden kann, welcher mit der Madelung'schen Krankheit vollste Ähnlichkeit besitzt. Die Ursache

davon ist in einer Alteration des Epiphysenknorpels zu suchen. Er erwähnt eine Reihe anderer Fälle, wo sich allmählich ohne erkennbare Ursache der gleiche Vorgang im Epiphysenknorpel abspielte, der in dem seinigen durch das Trauma in einem Augenblick zustande kam. Er ist geneigt anzunehmen, daß bei den genannten Fällen vielleicht Traumen leichter Art eine Rolle gespielt haben, z. B. eine stundenlang am Tage fortgesetzte Volarflexion der Hand. Jedenfalls muß man der Epiphysenlinie ein ausschlaggebendes Gewicht bei diesen Fällen zuschreiben. Das Resultat, das bei dem Pat. des Verf.s mit der schrägen Osteotomie erzielt wurde, war nicht sehr zufriedenstellend.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

46) **Weir.** Trigger Finger.

(Journ. of amer. med. association 1907. Nr. 14.)

Verf., Professor der Chirurgie in Neuyork, hat selbst einen schnellenden Finger gehabt und sich von Abbe mit Erfolg operieren lassen. Er führt das Leiden auf den Druck eines großen Siegelringes zurück, den er am linken Mittelfinger trug. Das Leiden bestand unter großen Schmerzen seit über 2 Jahren vor dem Eingriffe. Bei der in Lokalanästhesie unter Blutleere ausgeführten Operation fand sich, an der betreffenden Stelle zunächst an einem Stiel der Sehnenscheide aufsitzend, ein gut stecknadelkopfgroßes graues Knötchen, das entfernt wurde. Trotzdem blieb der Zustand der gleiche. Infolgedessen wurde die ganze Sehnenscheide bis in die Hohlhand hinein gespalten, wobei sich ergab, daß die Sehnenscheide stark verdickt war, und daß die Bewegung um so leichter wurde, je weiter die Eröffnung der Sehnenscheide vorschritt. An den Sehnen selbst war nichts Pathologisches zu bemerken.

Die Wunde wurde nicht genäht, sondern die Wundränder über einem Mullpolster durch Pflasterstreifen einander genähert und Finger und Hand immobilisiert.

Heilung mit voller Funktion innerhalb 14 Tagen.

43 Fälle von schnellendem Finger waren bis dahin publiziert worden und werden am Schluß kurz referiert. Dieser Fall ist der 44.

W. v. Brunn (Rostock).

47) **Riedl.** Zur Kasuistik der Brachydaktylie. Ein Fall von doppelseitiger Verkürzung des 3.—5. Metakarpalknochens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 6.)

Verf. beschreibt einen Fall obengenannter Mißbildung, die bei dem Pat. namentlich beim Faustschluß sehr deutlich hervortritt. Noch deutlicher ist die Mißbildung auf dem Röntgenbilde zu sehen, auf dem die Metakarpalknochen des 3. bis 5. Fingers nur halb so groß sind wie am Zeigefinger. Auffallend ist noch, daß diese Verkürzung dreier Mittelhandknochen hier doppelseitig in genau derselben Weise sich findet. **Gaugele** (Zwickau).

48) **O. Förster.** Ein Beitrag zu den Pfählungsverletzungen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. V. Hft. 4.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Pfählungsverletzungen, hervorgerufen durch maschinelle Gewalteinwirkung, wie er ähnliche Verletzungen in der bezüglichen Literatur nicht erwähnt gefunden hat. Im ersten Falle hatte eine 40 cm lange, 1½ cm breite Kehlleiste den linken Vorderarm in radioulnarer Richtung durchspießt und den obersten Teil des Pronator quadratus, den Flexor sublimis, den Extensor digitorum communis und den Extensor pollicis verletzt und z. T. zerrissen. Im zweiten Falle hatte ein Splitter die Fingerbeere des Ringfingers der rechten Hand durchbohrt, ein anderer war über dem Mittelgelenk des Mittelfingers der linken Hand eingedrungen und von da in die Vola manus abwärts geraten.

Alle drei Splitter wurden auf operativem Wege entfernt, die Heilung erfolgte ohne Temperaturerhöhung und Eiterung, so daß die Arbeitsfähigkeit nirgends in Frage gestellt war. **Hartmann** (Kassel).

49) **Barnett.** Results of untreated tuberculous coxitis.

(Amer. journ. of surg. 1907. September.)

Verf., der im übrigen nichts Neues gibt, referiert eine Statistik von Gibney aus dem Jahre 1878 über 80 unbehandelte Koxitisfälle, die ganz lesenswert ist:

1) Dauer der Krankheit: In 41% 3 Jahre, in 35% 3—6, in 20% 6—10, in den übrigen Fällen mehr als 10 Jahre.

2) Abszesse waren im Laufe der Krankheit bei 60% eingetreten.

3) Die Flexion und Ankylose zeigte bei $2^1/_2$% einen Winkel von 90°, bei je 4% 70 und 60°, bei je 23% 45 und 35°, in $22^1/_2$% 30°, in 13% eine Beugung von 10—20°.

4) In 15% war eine Bewegungsexkursion von 15—90° vorhanden.

5) 76% konnten gehen und laufen ohne Beschwerden, 15% ohne Hilfe nur eine kurze Strecke; 9% konnten nicht ohne Schmerzen und Hilfe gehen.

6) In $2^1/_2$% war eine Verkürzung von $^1/_2$ Zoll, in 30% eine von 1 Zoll, in 22% von $1^1/_2$, in 25% von 2, in 9% von 3 und in 3% eine solche von 4 Zoll vorhanden.

7) Trochanterhochstand ist nicht genau nach Prozenten angegeben, ebensowenig

8) Atrophie des Beines. Hier tritt Verf. mit eigenen 4 Fällen auf: 1mal war eine Verkürzung des Femur um $^1/_2$, der Tibia um $^1/_4$ Zoll; in Fall 2 eine Verkürzung von Femur und Tibia um je $^1/_2$ Zoll; in Fall 3 eine Verkürzung des Femur um $^3/_4$ und der Tibia um $^1/_2$ Zoll und im 4. Fall eine Verkürzung beider Knochen um je $^1/_4$ Zoll vorhanden (Messungsfehler sind dabei wohl schwer zu vermeiden. Ref.).

9) Die Mortalität in 288 unbehandelten Fällen war nach Gibney $12^1/_2$%.

Goebel (Breslau).

50) **Bayer.** Treppenförmige Osteotomie des Trochanter major bei winkliger Koxankylose.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Die Operation, deren Ausführung am besten nebenstehende Figuren erläutern, wird von einem 8 cm langen, auf die Mitte des großen Rollhügels bis auf den Knochen geführten Schnitte vorgenommen. Sie dient hauptsächlich zum Ausgleich von Abduktionsankylosen, bei denen B. sie an Stelle der Osteotomia subtrochanterica empfiehlt; als weitere Vorzüge rühmt er an ihr, daß sie, ohne neue Deformitäten zu schaffen, den eigentlichen Sitz der Verkümmung trifft und durch Erzeugung breiter Berührungsflächen der getrennten Knochen für sichere Heilung Gewähr leistet. Die Trennung des Knochenkerns des Trochanter scheint unbedenklich, da höchstens die Weiterentwicklung der Trochanterapophyse gehemmt werden könnte. Um eine Verlängerung des Beines zu erzielen, müßte die Sehne des Musculus glutaeus maximus, soweit sie mit dem vorderen Trennungsanteil des Trochanter zusammenhängt, durchschnitten werden.

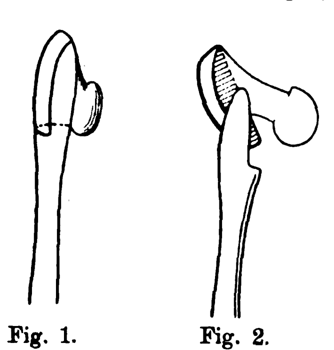


Fig. 1. Fig. 2.

Mitteilung eines erfolgreich operierten Falles. **Gutzeit** (Neidenburg).

51) **B. S. Koslowski.** Angeborener Defekt beider Femora.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

K. hatte Gelegenheit, die Leiche eines 40jährigen Mannes zu untersuchen, der nur 1,2 m hoch gewesen war und bei völlig normal entwickeltem Oberkörper auf seinen verkrüppelten Beinen sicher und schnell sich bewegt hatte.

Die beiden Femora fehlten völlig, ebenso die Kniescheiben. Von Gelenkpfannen war am Becken nichts nachzuweisen, Hüft- und Kniegelenke fehlten, doch

waren im Gewebe zwischen Becken und Tibiae linsenförmige Knochenstückchen röntgenologisch erkennbar, die vielleicht Reste der Oberschenkelköpfe waren. Unter dem Einfluß der Körperlast und des Muskelzuges hatten sich die Unterschenkel säbelförmig gekrümmt. Am oberen Ende der rechten Tibia fand sich ein nach hinten rechtwinklig gerichteter, 6 cm langer Fortsatz. Die rechte Tibia war überhaupt stärker verändert als die linke. Von den Fibulae waren nur ganz geringe Reste vorhanden.

Auch die Füße waren beträchtlich verändert. Beiderseits fehlte die 5. Zehe. Einzelne Knochen waren stark deform, z. T. untereinander verschmolzen. Rechts fehlten beide Knöchel, links der äußere.

K. ist der Ansicht, daß es sich hier um Chondrodystrophia foetalis gehandelt habe.

Die Präparate werden im Pirogow-Museum in Petersburg aufbewahrt.

V. E. Mertens (Kiel).

52) **Haecker.** Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntnis der doppelseitigen Quadricepssehnenruptur hart am oberen Rande der Patella.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 45.)

Die Verletzung war bei dem 53jährigen Pat. durch Hinfallen entstanden. Naht der abgerissenen Sehne an die Kniescheibe. Tod an Lungenambolie. Pathologische Veränderungen an der Sehne oder an der Kniescheibe waren nicht zu erkennen. H. schließt sich der Ansicht von Walz an, daß für die Lokalisation der Zerreißung im Kniestreckapparat in erster Linie bestimmend ist der im Augenblick der Muskelkontraktion bestehende Grad der Beugung im Kniegelenk.

Borchard (Posen).

53) **Gangolphe et Gabourd.** Les angiomes profonds juxta-articulaires du genou. De leur diagnostic.

(Gaz. des hôpitaux 1907.)

Die 22jährige Pat. fiel vor 13 Jahren auf die Außenseite des rechten Knies. Sie hatte zwar momentan heftige Schmerzen, konnte aber gleich wieder gehen. Seit dieser Zeit litt sie an Schmerzen im rechten Schenkel, die stets abends besonders lebhaft waren. Pat., die viel stehen mußte, bemerkte dann nach einigen Jahren, daß die Gegend über dem Knie abends geschwollen war, während früh nichts zu bemerken war. Als sie schließlich 13—14 Stunden des Tages stehen mußte, wuchsen die Schmerzen derart, daß sie nur hinkend gehen konnte.

Am unteren Ende des Oberschenkels fand sich eine deutlich abgegrenzte, weiche, teigige, pseudofluktuierende Geschwulst, die besonders außen gut fühlbar war und tief zu sitzen schien, da sie bei gespanntem Quadriceps undeutlich wurde. An der Innenseite, etwa 4 Querfinger oberhalb des unteren Condylusrandes, war eine nußgroße, runde, harte, sehr empfindliche Geschwulst zu tasten, die — offenbar hinter dem Femur — mit der anderen Geschwulst zusammenhing. Gangolphe fand durch sorgfältige Messung am hängenden und am hochgehaltenen Beine, daß Volumunterschiede von mindestens 2 cm nachweisbar waren, daß es sich also um ein Gebilde mit wechselnder Blutfüllung handelte. Er diagnostizierte also ein Angiom.

Die Operation bestätigte die Diagnose. Es fand sich ein großes Angiom unter dem Quadriceps, der im Gebiete des Vastus internus inzidiert werden mußte. Die kleine schmerzhafte Geschwulst innen war ein Lipom; die große konnte nur teilweise exstirpiert werden. Nach vollständiger Naht trat schnelle Heilung ein. Die Schmerzen kehrten nicht wieder.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: un fibrolipome en voie de développement sur un angiome.

Es werden ein deutscher und sieben französische Fälle mitgeteilt.

Das Leiden beginnt meist im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Es entwickelt sich sehr langsam unter Schmerzen, die nur sehr selten fehlen. Wichtig ist

der Nachweis der Volumschwankung. Drüsenschwellung in den Nachbarregionen (Leistenbeuge) kommen nicht vor. Das Kniegelenk ist stets unbeteiligt. Röntgenologisch sind zuweilen Angiolithen nachweisbar. Häufig finden sich zugleich angeborene Defekte (die Pat. von Gangolphe und Gabourd hatte z. B. eine Hasenscharte), so daß der Gedanke aufkommen kann, daß es sich bei den Angiomen um angeborene Gebilde handelt.

Man braucht nicht auf Radikalentfernung zu bestehen, da gelegentlich spontane Rückbildung eintritt und bösartige Umwandlung nicht zu befürchten ist.

V. E. Mertens (Kiel).

54) **H. Löhrer.** Beitrag zur Pathologie der Fettgewebswucherungen im Kniegelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 498.)

Interessanter Einzelfall aus der Poppert'schen Klinik in Gießen. 34jährige Frau, deren linkes Knie mehrfachen leichteren Traumen unterlegen hatte, zuerst vor 3 Jahren. Jedesmal folgten allerhand Kniebeschwerden mit schließlich dauernder teigiger Schwellung beiderseits von der Kniescheibe, und wurde die Pat. mit der Diagnose Gelenkmaus in die Klinik zur Operation geschickt. Letztere fand mittels bilateralem Längsschnitt neben der Kniescheibe statt und förderte zwei Fettkörper aus dem Gelenke heraus, von denen einer, fast hühnereigroß, mit vereinzelten plumpen Zotten besetzt, unten zu beiden Seiten des Lig. patellae saß. Der andere schien, im Außenteile des Gelenkes gelegen, von der äußeren Kapselwand auszugehen und ragte, pflaumengroß gestielt, in die Gelenkhöhle hinein. Die Heilung erfolgte glatt und führte auch nach Monaten zu sehr guter Gelenkfunktion. Von Interesse ist nun, daß die histologische Untersuchung der beiden Geschwülste ein gänzlich verschiedenes Resultat ergab. Die aus der Gegend des Lig. patellae entfernte Geschwulst zeigt vielfache Zerklüftung des Synovialendothels und im subsynovialen Fettbindegewebe eine hochgradige entzündliche Kleinzelleninfiltration. Die gestielte Geschwulst aus der äußeren Gelenkhälfte dagegen besteht fast ausschließlich aus reinem Fettgewebe, eingehüllt in eine zarte bindegewebige Kapsel (s. 2 Abbildungen). Die erste Geschwulst ist deshalb als entzündliche fibröse Hyperplasie des Fettgewebes anzusprechen im Sinne Hoffa's, der derartige Bildungen als typisch und als Ergebnisse von Traumen beschrieb. Dagegen ist die zweite Geschwulst ein echtes solitäres Lipom, das wahrscheinlich nach der Theorie von König zunächst ein »subseröses Gelenklipom« darstellte, dann aber sich durch die Synovialis in das Gelenk hineindrängte. Der Synovialisspalt, den das Lipom bei dieser Ortsänderung passierte, wird aber gewiß ebenfalls durch eines der erlittenen Traumen zustande gekommen sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) **C. Tomita** (Japan). Über Knochentransplantation bei ausgegedehntem Kontinuitätsdefekt der langen Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 247.)

Verf. hat in dem Reservehospital zu Nagoya während des russisch-japanischen Krieges bei 5 Schußverletzten Defekte von Röhrenknochen mittels Knochentransplantation mit schönen durch Röntgenbilder wiedergegebenen Resultaten behandelt. Die Fälle sind ganz kurz folgende: 1) Defekt der Tibia. Einpflanzung eines 15 cm langen Ersatzstückes vom Femur eines frisch geschlachteten Kalbes, mittels Säge samt Periost und Mark entnommen. Die beiden zugespitzten Enden des Ersatzstückes werden in die Markhöhlen der Knochenstümpfe am Defekt eingetrieben. Hautnaht bis auf kleine Drainlöcher. Heilung fast per primam. Nach 17 Wochen mit guter Beinfestigkeit und ohne Stock gehfähig entlassen. 2) Tibiadefekt. 8 cm langes Stück vom oberen Ende des defekten Knochens mit Periost und Mark implantiert. Heilung unter Eiterung, zeitweiser Entblößung und partieller Sequesterbildung des Ersatzstückes. Nach 14 Wochen ist letzteres durch Callusbildung fixiert. Nach 23 Wochen Gehfähigkeit auf kurze Wege, sonst ohne Stock etwas

hinkend. 3) Tibiadefekt. Ersatzstück 7 cm lang aus der gesunden Tibia des Pat. Primaheilung. Nach 4 Monaten hinkende Gehfähigkeit mit Stock. 4) Humerusdefekt. Einpflanzung von frischem lebenden Oberschenkelknochen vom Kaninchen in Länge von 7 cm. Fixierung mit Silberdrähten. Primaheilung. Nach 23 Wochen ist das untere Fragmentende unter mächtiger Callusbildung fest fixiert, das obere noch etwas verschieblich. 5) Pseudarthrose im Humerus. Die Knochenstümpfe werden angefrischt und mit Draht befestigt. Außerdem wird ein einer Tibia des Pat. entnommenes Periostknochenstück 4 : 1,5 schienenartig angelegt und ebenfalls mit Draht befestigt. Reaktionslose Einheilung desselben und Konsolidation der Pseudarthrose.

Zum Gelingen dieser Operationen ist erforderlich, daß alles Narbengewebe scharf und glatt exzidiert wird. Die Blutung muß gut gestillt werden, die einzupflanzenden Knochenstücke müssen unter Schonung von Periost und Mark vorsichtig ihrem Standort entnommen werden, wozu sich für die menschliche Tibia eine Kreissäge empfiehlt. Die Stücke müssen lang genug sein, um sich am Orte gut einkeilen zu lassen. Nach T.s Erfahrungen halten sich demselben Individuum entnommene Knochenstücke so lange lebensfähig, daß sie mit dem Fragment gut konsolidieren. Das Periost verwächst in diesem Falle sehr frühzeitig mit den Weichteilen. Tierknochen resp. Periost zeigen selbst keine Wucherungsfähigkeit und scheinen weniger Anlaß zur Callusbildung vom Fragmentende aus zu geben. Jedenfalls heilt lebendes Tierknochengewebe im menschlichen Körper besser ein als tote Substanzen. Es gibt dem Knochen zunächst eine feste Stütze, die dann allmählich durch menschliche Knochen (Callusbildung) ersetzt wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

56) **Stone.** Partial loss of the tibia replaced by transfer of the fibula with maintenance of both malleoli of the ankle.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Bei einem an Osteomyelitis der Tibia behandelten Knaben wurde ein großes Stück der Diaphyse nekrotisch und ausgestoßen, so daß zwischen dem übrigbleibenden oberen und unteren Tibiaende eine Lücke von gut 12 cm bestand. S. durchsägte die Fibula im oberen Drittel und pflanzte das Ende des Wadenbeins in eine seitliche Aushöhlung des oberen Endes der Tibia. Das Periost war an beiden Knochen abpräpariert und zurückgeschlagen; über der Einpflanzungsstelle wurde es wieder vernäht. $5^1/_2$ Monate nach dieser ersten Operation wurde das untere Ende der Fibula vertikal in Ausdehnung von 4 cm gespalten, das innere Stück des Spaltes auf das kleine untere Ende der Tibia gesetzt und das zurückgeschlagene Periost ebenfalls darüber vernäht. Das Bein wurde wieder eingegipst. Das Endresultat war günstig, der Knabe konnte auf das operierte Bein gut auftreten. Im Röntgenbilde zeigte es sich, daß die eingepflanzte Fibula an Dicke mit dem Gebrauch des Beines zunahm. **Herhold** (Brandenburg).

57) **Eichler.** Zur Behandlung der Malleolarfrakturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 307.)

Verf. berichtet über die Erfolge in der Behandlung der Knöchelbrüche auf der Kümmell'schen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses. Die frühere Behandlung bestand fast ausschließlich in fixierenden Verbänden. Seit 1899 wurde die Bardenheuer'sche Extension angewandt. Dabei wurde das Bein in eine Schultz'sche Lade gelegt, d. h. einen offenen Kasten, der an seinem unteren Ende eine Öffnung zur seitlichen Gegenextension und einen Bogen besitzt, der durch ein breites Gummiband verbunden ist zum Zwecke, eine abnorme Plantarflexion des Fußes zu verhindern. Außerdem wird das Kniegelenk leicht gebeugt. In der Regel genügt eine Extensionsbehandlung mit 10 Pfund während etwa 3 Wochen. Später bekommen die Pat. einen Gipsverband zum Gehen und werden in üblicher Weise mit Massage usw. nachbehandelt.

Die Heilungsdauer bei beiden Methoden war ziemlich gleich. Die funktionellen Resultate unterschieden sich aber insofern, als bei der Behandlung mit Gipsverbänden ein guter Erfolg, d. h. volle Wiederherstellung der Beweglichkeit des Fußgelenks und ein Gehvermögen wie vor dem Unfall unter 126 Fällen in 54%, bei der kombinierten Behandlung mit Extension und Gipsverbänden unter 117 Fällen in 72% erreicht wurde. Der Hauptvorzug der neueren Methode ist die Verhütung des traumatischen Plattfußes, der bei der früheren Behandlung in 15%, bei der jetzigen in 4,2% Häufigkeit zu konstatieren war. Endlich ist auch die Vermeidung hartnäckiger chronischer Ödeme (Verhältnis 10,3 : 1,7%) als Vorteil des Extensionsverfahrens hervorzuheben. **Reich** (Tübingen).

58) **P. Tichow.** Luxation im Talocruralgelenk.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Die mit Bruch des äußeren Knöchels komplizierte veraltete Verrenkung nach hinten, deren Mechanismus nicht bekannt war, wurde mit Exstirpation des Talus nach Kocher behandelt. Das funktionelle Resultat war ausgezeichnet. Die Tibia stützte sich nach dem Röntgenbild auf den Proc. ant. calcanei.

V. E. Mertens (Kiel).

59) **A. Kirchner.** Hochgradiger Spitzfuß infolge von nicht reponierter Luxation des Talus nach vorn außen. Ein Beitrag zur Kenntnis der Talusluxationen. Die Frakturen des Sustentaculum tali.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 132.)

K. beschäftigte sich aufs eingehendste mit einem Präparat des Göttinger anatomischen Instituts, das, die im Titel bezeichnete Deformität zeigend, nicht ohne anatomisches Interesse ist, dessen weitläufige und ohne Abbildung gegebene Beschreibung aber für Praktiker wenig Reiz bietet, da jegliche klinische Einzelheit über den Fall fehlt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

60) **Zumsteeg.** Über die Luxatio pedis sub talo nach außen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LIV. p. 222.)

In Fortsetzung der Trendel'schen Arbeit aus der v. Bruns'schen Klinik berichtet Verf. unter Beifügung von Röntgenbildern über zwei neue Fälle der seltenen Luxatio pedis sub talo nach außen. Bei dem einen gelang die Reposition in Narkose, während bei dem anderen blutige Einrichtung notwendig wurde.

Reich (Tübingen).

61) **Goldammer.** Kasuistischer Beitrag zur osteoplastischen Fußresektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 293.)

Bei einer Pat. mit tuberkulöser Zerstörung des unteren Tibiaendes, des Calcaneus, Talus, und der Gelenkflächen von Naviculare und Cuboid bot sich Gelegenheit, eine osteoplastische Fußresektion nach der von Kümmell schon vor 20 Jahren empfohlenen Methode auszuführen. Von einem Hüter'schen Dorsalschnitt aus wurden die genannten Knochen entfernt, der Unterschenkel quer reseziert und dicht proximal vom Lisfranc'schen Gelenk eine quere Sägefläche angelegt. Von der Vorderfläche der Tibia wurde eine Scheibe abgesägt und auf diese Fläche der distale Fußrest unter Verschraubung aufgepflanzt. Tretfläche wurde der wie bei der Syme'schen Methode mit der dicken Fersenkappe inkl. Calcaneusperiost bedeckte Tibiastumpf und das proximale Ende von Metatarsus I und V. Es erfolgte anstandslose Heilung, abgesehen davon, daß später ein kleiner Herd in der Tibia exkochleiert werden mußte. Die Schraube heilte aseptisch ein.

Pat. konnte mit einem einfachen Stiefel mit erhöhter Sohle und zwei seitlichen Schienen sehr gut gehen.

Im Gegensatz zur Resektion nach Wladimiroff-Mikulicz resultiert hierbei ein weniger schwerfälliger und sicherer Gang, eine ziemlich normale Form des Fußes und eine wesentlich einfachere Prothese. **Reich** (Tübingen).

62) **Sassi.** Contributo clinico allo studio della gangrena simmetrica delle estremita.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1907. Nr. 135.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von symmetrischer Gangrän der Füße bei zwei etwa 2 Jahre alten Kindern, die beide vorher an Darmstörungen gelitten hatten und aus tuberkulösen Familien stammten. Die Krankheit, die in beiden Fällen nach etwa 1monatiger Dauer tödlich endigte, hatte mit Cyanose, Druckempfindlichkeit und kaltem Ödem der Füße begonnen. Das Fehlen des Arterienpulses in der Peronea bzw. Tibialis postica weist die Fälle der symmetrischen Gangrän arteriellen Ursprunges zu, während der Mangel der Paroxysmen im Auftreten der Erkrankung und das Fehlen der schmerzhaften Krisen die Gangrän vom Morbus Raynaud abtrennt. Verf. will die Erkrankung auf eine von der Enteritis herrührende Coliinfektion zurückführen, die unter dem Einfluß der skrofulösen Diathese in Wirkung trat. **Dreyer** (Köln).

63) **P. Ewald.** Plattfuß und Fußwurzeltuberkulose. (Aus der orthopädisch-chirurgischen Klinik von Prof. Vulpius in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

An der Hand von vier Fällen zeigt E., daß fast jede Fußwurzeltuberkulose mit »Plattfußschmerzen« und mehr oder weniger ausgesprochenen objektiven Plattfußsymptomen beginnt, ein diagnostischer Irrtum durch das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses auf die benachbarten Knochen und Gelenke für den Pat. recht folgenschwer werden kann, während die frühzeitige Erkenntnis und die daraufhin angewandte operative Behandlung des noch umschriebenen Erkrankungsherdes den Fuß zu retten ermöglicht. Wenn die Beschwerden einseitig oder nach einem Unfall auftreten und trotz sachgemäßer Therapie nicht schwinden, ist eine Röntgenuntersuchung dringend anzuraten, die dann zur Feststellung der Tuberkulose führen wird. **Kramer** (Glogau).

64) **Cook.** Fracture of the tarsal scaphoid bone.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Verf. bespricht 3 Fälle von Bruch des Kahnbeins unter Beifügung der Röntgenbilder. Alle 3 Pat. waren aus der Höhe auf die Füße gefallen, wobei die Zehen plantarflektiert waren, so daß das Kahnbein zwischen Sprung- und Keilbeinen komprimiert wurde. C. betont die Schwierigkeit der Diagnose ohne Röntgen; meistens wird Bruch des Sprungbeins diagnostiziert. Auch trotz Röntgenbild können Verwechslung z. B. mit accessorischen Knochen (Sesambein usw.) eintreten, und ist deswegen stets eine Aufnahme beider Füße notwendig. Im übrigen schließt sich Verf. bezüglich der Behandlung, der Ursachen usw. den von von Bergmann in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 1905 Bd. LXXVIII. (p. 199) erörterten Grundsätzen an. **Herhold** (Brandenburg).

65) **K. Langfellner.** Einiges über Zelluloidtechnik bei Herstellung von Plattfußeinlagen.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Zur Herstellung der Zelluloideinlagen ist eine gute Zelluloidlösung notwendig die aus einer Mischung von $^2/_3$ gelben und $^1/_3$ weißen Zelluloidabfällen bereitet wird; man nimmt, stets im Verhältnis zum Gefäß berechnet, in dem man die Lösung macht, $^3/_4$ Azeton und fügt dann soviel Zelluloidreste zu, bis das Azeton überzulaufen droht, rührt dann das Ganze zu einem klebrigen Brei durcheinander, läßt ihn dann $^1/_2$ Stunde stehen und rührt sonach noch einmal kräftig um. Aus dieser Stammlösung macht man sich noch eine etwas dünnere Lösung zurecht durch Zugießen von Azeton. Mit dieser wird das mit einer Lage Trikot bedeckte Gipsbreimodell mittels Pinsels kräftig bestrichen und dies in Pausen von je $^3/_4$ Stunde noch zweimal wiederholt. Diese erste Lage muß 24 Stunden trocknen; auf ihr

wird dann das Aluminiumstück (s. Ref. in d. Bl. 1907) angetrieben, darauf mit dem Messer die Stammlösung dick aufgetragen und das Aluminiumstück festgeklebt, schließlich noch eine dritte Lage aus Trikot und Zelluloid angebracht, wozu eine noch dünnere Lösung als vorher verwendet wird. Nach gründlichem Austrocknen wird die Einlage vom Modell abgeschnitten und unter ihr ein Stahlband oder eine Stahlbandfeder angenietet. **Kramer** (Glogau).

VII. Kongreß
der
Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Der VII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird Sonnabend, den 25. April, im Langenbeckhause, Ziegelstraße 10/11 in Berlin stattfinden. Es sind folgende Zusammenkünfte in Aussicht genommen:

1) Am Vorabend, Freitag, den 24. April, eine Sitzung zur Demonstration von Projektionsbildern (ebenfalls im Langenbeckhause).

2) Die offizielle Eröffnungssitzung am 25. April, vormittags 9 Uhr. In derselben wird Herr Prof. Dr. O. Fischer aus Leipzig einen einleitenden Vortrag über die Wirkung der Muskeln halten.

3) Eine Nachmittagssitzung von 2—4 Uhr. In dieser Sitzung findet die Generalversammlung statt.

4) Nach einer zweiten Pause Beginn der Besprechung über die Krüppelfrage um 5 Uhr. Zu dieser Sitzung werden die Vorsteher der größeren deutschen Krüppelanstalten und die Regierungsvertreter der deutschen Bundesstaten eingeladen werden. Einleitendes Referat der Herren Biesalski (Berlin) und Rosenfeld (Nürnberg) über bisherige Krüppelfürsorge und rationelle Hilfe nach dem heutigen Standpunkte der Orthopädie.

Mit dem Kongreß ist eine kleine Ausstellung von Plänen, Statistiken usw. von Krüppelanstalten verbunden. Auf Antrag werden die Transportkosten für die auszustellenden Gegenstände von der Gesellschaft getragen.

Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der kgl. chirurgischen Klinik des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Bier (Ziegelstr. 5/9) Aufnahme.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März — bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburger Straße 36, anzumelden. Der Anmeldung ist eine kurze, höchstens 1/2 Druckseite betragende Inhaltsangabe des Vortrages beizufügen.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Prof. Dr. Joachimsthal zu richten.

Zürich, im Januar 1908.

Wilhelm Schulthess,
Vorsitzender für 1908.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 10. Sonnabend, den 7. März 1908.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Hospitalklinik in Moskau.
Prof. P. J. Djakonow.

Zur Frage von der Entstehung der mittleren Halsfisteln[1].

Von

Privatdozent Dr. Romuald Weglowski.

Im Anfange der 80er Jahre bewies W. His auf Grund seiner Untersuchungen zweifellos, daß die Entstehung der mittleren Halsfisteln in engem Zusammenhange mit der Entwicklung des mittleren Schilddrüsenlappens steht. — Es blieb nur noch unaufgeklärt, warum

[1] Mitgeteilt auf dem 6. Kongreß russischer Chirurgen in Moskau.

diese Fisteln das eine Mal mit Flimmerepithel, das andere Mal mit mehrschichtigem Epithel ausgekleidet sind, warum sie innerhalb ihrer Wandung Schleimdrüsen, lymphoide Follikel u. a. m. beherbergen.

Streckeisen vermochte einige Klärung in diese Frage zu bringen; er gab die Möglichkeit zu, daß während des embryonalen Lebens, zur Zeit, wo sich der mittlere Schilddrüsenlappen bildet, die dieser Drüse benachbarten Elemente des primitiven Mundes ergriffen und in die Tiefe hinabgezogen werden können.

In Anlaß daran habe ich eine Reihe Untersuchungen ausgeführt[2], welche folgende Resultate ergaben:

Bei einem zwei Wochen alten Embryo beginnt sich auf der vorderen Wand des primitiven Mundes eine mit Flimmerepithel ausgekleidete Vertiefung zu bilden. Sich in die Tiefe entwickelnd, verwandelt sich diese Vertiefung bald in einen Kanal, auf dessen äußerer und unterer Wand sich Zellenmassen zeigen. Dieselben erweisen sich als charakteristisch für die embryonale Schilddrüse.

Der dichte Drüsenfortsatz teilt sich bald in zwei Lappen, einen rechten und einen linken.

Während das untere Ende des eben erwähnten Schilddrüsenfortsatzes kräftig weiter wuchert, erfährt sein oberes Ende, d. h. sein Kanal, regressive Veränderungen. Derselbe verschwindet entweder ganz, oder es gehen nur einzelne Teile desselben verloren, welche beim Menschen gewöhnlich für die ganze Lebensdauer verbleiben.

Untersuchungen haben zweifellos festgestellt, daß bei Entwicklung des mittleren Schilddrüsenfortsatzes einzelne Elemente von der Schleimhaut der Zungenwurzel (mehrschichtiges Epithel, Schleimdrüsen, lymphoide Follikel usw.) mitgerissen und in der Tiefe eingekeilt werden.

Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen an Leichen von Kindern und Erwachsenen konnte nachgewiesen werden, daß in jedem dritten Falle, d. h. in mehr wie 30%, auf dem Wege vom Foramen coecum bis zum Schildknorpel wir stets imstande waren, diesen oder jenen Rest von Entwicklung des mittleren Schilddrüsenlappens nachzuweisen.

Diese Überbleibsel können entweder in Form von einzelnen, isolierten, kleinen Schilddrüsenläppchen zur Wahrnehmung gelangen, oder in Form von Kanälen sich darstellen, welche mit diesem oder jenem Epithel ausgekleidet sind — oder sich schließlich als Cysten präsentieren.

Diese isolierten Schilddrüsenläppchen finden sich am häufigsten auf der Vorderfläche des Zungenbeinkörpers; hier sind sie entweder mit dem Periost desselben fest verbunden oder aber erscheinen von ihm getrennt. Weit seltener werden die erwähnten Läppchen in

---

[2] Ich untersuchte 36 menschliche Embryonen (von 2 mm Länge bis 40 cm). Diese Embryonen wurden in eine Serie mikroskopischer Schnitte zerlegt, ein Teil von ihnen wurde rekonstruiert. Ferner machte ich Untersuchungen an 92 Kinderleichen und 25 Kadavern Erwachsener.



der Zungenwurzel gefunden oder in der Gegend zwischen dem Zungenbein und Schildknorpel angetroffen. — Unter günstigen Bedingungen vermögen diese Schilddrüsenläppchen sich in Kröpfe zu verwandeln, welche einmal in der Zungenwurzel gelegen sind, das andere Mal sich auf der Vorderfläche des Zungenbeinkörpers oder unterhalb des letzteren befinden.

Die isolierten Kanälchen sind ebendaselbst gelegen, d. h. auf der Strecke vom Foramen coecum bis zum Schildknorpel; am häufigsten stehen sie in Verbindung mit dem Zungenbeinkörper. — Sie liegen entweder gesondert in kleinen resp. mehr oder weniger langen, häufig sich verzweigenden Abschnitten — oder stehen in Zusammenhang mit den Schilddrüsenläppchen.

Die genannten Kanäle sind in der Mehrzahl der Fälle mit Flimmerepithel ausgekleidet, selten jedoch stößt man auf Gebiete, welche mehrschichtiges Epithel aufweisen. — Innerhalb der Wand dieser Kanäle finden sich nicht selten Schleimdrüsenläppchen und lymphoide Gebilde. Von dem Foramen coecum geht nicht selten ein langer, sich verzweigender Kanal ab, welcher bis an den Zungenbeinkörper heranreicht; meistenteils ist dieser Kanal mit mehrschichtigem Epithel ausgekleidet.

Die Cysten unterscheiden sich nach Lage und Bau in nichts von den Kanälen, sie sind nur ein wenig erweitert und beherbergen schleimigen Inhalt; sie entstehen aus den erwähnten Kanälen und finden sich fast ausnahmslos bei Erwachsenen.

Unter günstigen Umständen vermögen die beschriebenen Kanäle und Cysten in beliebigem Lebensalter sich zu vergrößern, entzünden und sich in eine mittlere Fistel (oder mittlere Cyste) mit all ihren charakteristischen Besonderheiten umzuwandeln.

So komme ich zu folgenden Schlüssen:

1) Beim Menschen finden sich, nach nicht völliger Rückentwicklung des mittleren Schilddrüsenlappens, in mehr als in 30% Überbleibsel des primitiven Ganges, sei es in Form gesonderter Läppchen von Drüsengewebe oder in Form von Kanälen und Cysten.

2) Diese Reste machen sich gewöhnlich durch nichts bemerkbar und vermögen unter günstigen Bedingungen bloß zur Bildung von Kröpfen an ungewöhnlicher Stelle, zur Bildung von Fisteln und Cysten Anstoß zu geben, wobei die letzteren als Vorstadium der Fisteln zu betrachten sind.

3) Der komplizierte mikroskopische Bau der Fisteln (Flimmer- und mehrschichtiges Epithel, Schleimdrüsen, lymphoide Follikel usw.) nimmt seinen Anfang von der Schleimhaut der Zungenwurzel, deren einzelne Elemente bei der Entwicklung des mittleren Schildrüsenlappens in die Tiefe hinabgerissen werden.

II.

Aus dem Rockefeller-Institut für medizinische Untersuchung, Abteilung für Physiologie und Pharmakologie, Dr. S. J. Meltzer, in Neuyork.

Bauchlage zur Verminderung der Pneumathoraxgefahren bei Operationen in der Brusthöhle.

Von

Dr. C. A. Elsberg in Neuyork,
Adjunct Surgeon am Mt. Sinai Hospital.

Daß der akute Pneumothorax ein lebensgefährliches Ereignis ist, ist klinisch und experimentell festgestellt. Darum hat man seit vielen Jahren darnach gestrebt, Methoden zur Verhütung dieser Gefahren zu finden. Das Unterdruckverfahren von Sauerbruch und das Überdruckverfahren von Brauer sind bemerkenswerte Fortschritte in dieser Richtung. Leider sind die Apparate kostspielig und kompliziert — sie sind noch nicht allgemein in Gebrauch gekommen.

Beim Bestehen von Verwachsungen zwischen den Pleurablättern ist die Pneumothoraxgefahr viel kleiner. Es ist darum vielfach versucht worden, künstlich Adhäsionen zu erzeugen. Die hierfür versuchten Methoden (Tamponade, Chlorzinkätzung, Jod, Argentum nitricum, Terpentin, Naht usw.) sind unsicher. Die meisten Operateure haben sich bei Lungenoperationen damit begnügen müssen, den Brustfellraum langsam und vorsichtig zu eröffnen, die Lunge mit Zange oder Pinzette zu fassen, sie hervorzuziehen und an die Thoraxwand zu fixieren.

Um der Pneumothoraxfrage nochmals experimentell näher zu treten, habe ich eine Reihe von Operationen an Hunden vorgenommen.

Wenn man eine kleine (1—5 mm) Öffnung in die rechte oder linke Pleura eines Hundes macht, der auf dem Rücken, oder auf der rechten oder linken Seite liegt, bleibt Atmung und Herzschlag gewöhnlich gut, trotzdem die ein- und ausgeatmete Luft weniger als $^2/_3$ des Normalen beträgt. Manchmal aber sterben die Tiere an Herzkollaps oder unter typischen Pneumothoraxsymptomen — Dyspnoe, Ruptur der Scheidewand zwischen den Brusthälften, doppeltem Pneumothorax. Je größer die Pleuraöffnung, desto größer die Gefahr für das Tier — wenige überleben eine Öffnung größer als der Durchmesser der Trachea resp. Glottis.

Wenn man das Tier aber flach auf den Bauch lagert, kann man große (2—4 cm) Öffnungen in die eine oder andere Pleurahöhle machen. Wenn die Öffnung langsam vergrößert wurde, konnte ich manchmal die halbe Thoraxhälfte entfernen, ohne schwere Pneumothoraxsymptome zu veranlassen.

Man kann eine kleine (1—2 mm) Öffnung in beide Brustfellräume machen, während das Tier auf dem Rücken liegt, und trotz doppeltem Pneumothorax bleibt das Tier oft am Leben. Wenn ich aber Hunde in der Bauchlage operierte, konnte ich einige Mal eine beinahe 1 cm große Öffnung beiderseits machen und die Tiere noch stundenlang leben sehen — trotzdem das Volumen der ein- und ausgeatmeten Luft ein sehr kleines war. Ich habe sogar einige Male schwere Pneumothoraxsymptome bei dem auf dem Rücken liegenden Hunde verschwinden sehen, wenn ich das Tier schnell auf den Bauch legte.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß — wenigstens beim Hunde — die Gefahren des akuten Pneumothorax viel kleiner sind, wenn das Tier auf dem Bauche liegt.

Ich habe dann bei Thoraxoperationen beim Menschen von dieser Bauchlage Gebrauch gemacht — nämlich bei einer großen Anzahl von Empyemoperationen, bei der Operation einer bronchiektatischen Lungenkaverne, bei der transpleuralen Öffnung eines Leber- resp. subphrenischen Abszesses. Bei den letztgenannten Patienten habe ich den Eindruck gewonnen, als ob die breite Eröffnung der Pleurahöhle relativ wenig Einfluß auf die Atmung und die Herztätigkeit hätte. Bei den wegen Empyema thoracis operierten Patienten war es bemerkenswert, daß das Husten und unregelmäßige Atmen, welches gewöhnlich beobachtet wird, wenn die Pleura inzidiert wird und der Eiter abfließt, meistens ausblieb.

Diese klinischen Erfahrungen sind zu wenig zahlreich, um daraus Schlüsse zu ziehen, sie fordern aber zu weiteren Versuchen auf.

Es ist Zweck dieser vorläufigen Mitteilung, auf Grund meiner Tierversuche und der wenigen am Menschen gemachten Erfahrungen die Bauchlage bei Lungen- oder anderen Brusthöhlenoperationen zu empfehlen. Für den, der keinen Über- oder Unterdruckapparat hat, ist sicherlich die Operation in der Bauchlage ein einfaches und nachahmenswertes Verfahren[1].

---

1) **Westenhoeffer.** Atlas der pathologisch-anatomischen Sektionstechnik. 53 S. 34 Abbild.

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1908.

In anregender knapper Schreibweise gibt W. an der Hand übersichtlicher, meist nach der Natur gezeichneter Abbildungen eine genaue Beschreibung seiner Sektionstechnik, die vor anderen den Vorzug hat, nicht in ein Schema eingezwängt zu sein. Besonderen Wert legt W. mit Recht auf genaueste Berücksichtigung der topographischen Verhältnisse, deren Kenntnis und Beurteilung sehr häufig, besonders nach operativen Eingriffen, Unfällen usw., viel richtiger ist, als die minutiöse

[1] Nachdem meine Tierversuche beinahe beendigt waren, erschien der Bericht des letzten französischen Chirurgenkongresses, wo Depage dringend dazu riet, daß alle Pleuraoperationen in der Bauchlage gemacht werden sollten.

Beschreibung der herausgenommenen Organe. Jeder Handgriff auch der weitgehendsten Sektion wird kurz und klar beschrieben, auf exaktes und sauberes Arbeiten stets hingewiesen. Dem Anfänger wird der Atlas das Studium der Sektionskunst erleichtern und sein Interesse steigern, aber auch der Geübte, der nach anderer oder eigener Methode arbeitet, wird ihm manchen wertvollen Fingerzeig entnehmen können.

Vorderbrügge (Danzig).

---

2) **K. Corning.** Lehrbuch der topographischen Anatomie für Studierende und Ärzte. XVI und 717 S. 604 Abbildg., wovon 395 in Farben.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1907.

Unter der Zahl von Werken über topographische Anatomie, die wir in den letzten Jahren erhalten haben, zeichnet sich das vorliegende dadurch aus, daß es bei der sehr großen Zahl von Abbildungen, die es bietet, doch auch eine vollständige Darstellung des behandelten Stoffes durch das Wort gibt, also mehr bietet, als nur einen Atlas mit erläuterndem Text. Die Abbildungen sind zum Teil anderen Werken entnommen, zum größeren Teil aber hier zum erstenmale publiziert. Die meisten geben das genaue Bild verfertigter Präparate wieder, eine kleine Zahl ist mehr schematisch entworfen, um dieses oder jenes topographische Verhältnis klarer wiederzugeben. Die Verwendung von Farben zur Unterscheidung der einzelnen Organe bzw. Gewebe ist meist eine diskrete, nur hier und da herrscht eine gewisse Farbenfreudigkeit. Die Ausführung der Bilder im ganzen ist tadellos. Mehr als bisher sehen wir auf ihnen die Lymphbahnen und Lymphdrüsen wie die Fascien berücksichtigt.

Im Text gibt Verf. natürlich an vielen Stellen Hinweise auf die praktische Verwertung der von ihm dargestellten Verhältnisse; doch wünschte hier und da der Chirurg wohl noch ein näheres Eingehen aufpathologische und therapeutische Fragen. Auch vermißt er die Beschreibung der Epithelkörperchen (Nebenschilddrüsen) und der Carotisdrüse, deren Topographie für ihn von Wert ist. Und ein kleiner Fehler, der mir zufällig aufgestoßen, wäre zu verbessern: Die Behauptung auf p. 659, die Hernia obturatoria käme bei Männern viel häufiger vor als bei Frauen; bekanntlich ist das Gegenteil der Fall.

Solche kleine Aussetzungen sind aber wertlos gegenüber dem ganzen — übrigens von der Verlagshandlung in jeder Beziehung vorzüglich ausgestatteten Werke, das sich sicher viele Freunde erwerben dürfte.

Richter (Breslau).

---

3) **H. Goldschmidt.** Betrachtungen über die Endoskopie der Harnröhre.

(Therapie der Gegenwart 1907. Nr. 11.)

G. hat ein Instrument konstruiert, das gestattet, die vordere und hintere Harnröhre durch Wasserdruck gleichmäßig zu entfalten und

mit Hilfe einer daran angebrachten elektrischen Lampe und Optik zu besichtigen. Auch eignet sich das Instument zur Applikation von Medikamenten.

Verf. bespricht kurz die Affektionen, die wir uns auf diese Weise leicht zu Gesicht bingen können, und empfiehlt die Nachprüfung des Instrumentes, das von der Firma L. u. H. Loewenstein, Berlin, gefertigt wird. **Silberberg** (Breslau).

---

4) **Barney.** Epithelioma of the penis. An analysis of one hundred cases.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

In den 100 Fällen, über welche berichtet wird, schwankte das Alter zwischen 25 und 83 Jahren, 89 der Leute waren verheiratet, 11 unverheiratet.

Es waren alle in Amerika vorkommenden Nationalitäten, nur keine Juden vertreten; vielleicht hat doch die Beschneidung der Rasse eine gewisse prophylaktische Bedeutung bezüglich des Peniskarzinoms.

42mal ist über das Vorhandensein von Phimosis berichtet, und zwar war sie 36mal in diesen 42 Fällen vorhanden. B. glaubt, daß der Phimosis eine gewichtige ätiologische Rolle zukomme. Aber auch auf dem Boden venerischer Narben sowie als Folge von stattgehabtem Trauma kann sich ein Karzinom entwickeln.

Man unterscheidet das blumenkohlartige und das ulzerierende Penisepitheliom. Von 65 Fällen, in welchen über den Sitz des Karzinoms berichtet ist, saß es 45mal = 69% an der Eichel. Die klinischen Symptome bestanden in Verengerung der Eichel und Anschwellung der Leistendrüsen (75%). Jedoch waren diese Drüsen nicht immer metastatisch, sondern in 15% nur einfach hypertrophisch vergrößert. Ein dorsaler Lymphstrang auf dem Penisrücken war sehr selten zu fühlen. Metastasen saßen fast nur in den Beckenorganen und betrafen vorwiegend die Lymphdrüsen; in 15% der Fälle fanden sich Metastasen in vitalen Organen (Leber, Lunge, Hirn usw.). Das Epitheliom beginnt a. als Warze, b. als Bläschen, c. wunde Stelle und d. nur selten als Geschwür. Das Ausbreiten geschieht a. durch die subkutanen Lymphwege, b. durch Einbruch in die Corpora cavernosa durch die Scheide derselben (gewöhnlich sehr spät) und drittens durch sekundäre sich in den Corpora cavernosa bildende Knoten.

Rezidive 1 Jahr nach der Operation kamen in 39%, 2 Jahre in 19%, 3 Jahre in 16%, in über 5 Jahren in 12% vor. Die operative Mortalität ist 1%; 38% der operierten Fälle wurden geheilt ohne Rückfälle. Frühzeitige Amputation des Penis ist die Operation der Wahl; Transplantationen der Harnröhre in den Damm sind unnötig.

Herhold (Brandenburg).

---

5) **Summers.** The conservativ surgical treatment of the hypertrophy of the prostate gland in the very feeble and aged.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Die Gefahren der Prostatektomie sind bei geschwächten Individuen immer noch sehr große. S. macht in solchen Fällen daher zunächst die suprapubische Cystotomie, indem er dabei eine Gibson'sche Klappenfistel anlegt. Diese präliminare, suprapubische Cystotomie hat vor der perinealen folgende Vorteile: 1) sie gibt eine bessere Übersicht über die Blase und die etwa in ihr befindlichen Steine usw.; 2) die Drainage ist besser und milder; 3) die Pat. können außer Bett sein, ein Ausspülen der Blase ist bequem zu machen. Nachdem sich die Pat. nach einer gewissen Zeit, die sich über 1—2 Jahre hinziehen kann, erholt haben, macht S. die perineale Prostatektomie. Er gibt zu, daß die suprapubische Prostatektomie ebenfalls nach dieser Zeit ausgeführt werden kann. Drei auf diese Weise operierte Fälle werden beschrieben.

Herhold (Brandenburg).

---

6) **G. Koch.** Über isolierte Prostatatuberkulose.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 3.)

Unter den von K. zusammengestellten 87 Sektionsbefunden von Genitaltuberkulose findet sich 86mal die Prostata affiziert. Nur ein einziges Mal sind von den Geschlechtsorganen beide Hoden allein von Tuberkulose ergriffen, während 30mal die Prostata erkrankt ist ohne Erkrankung von Hoden oder Nebenhoden.

Dieses Ergebnis stimmt überein mit den von anderen Autoren erhobenen Sektionsbefunden: aus der Gesamtstatistik von 243 autoptisch untersuchten Fällen von Genitaltuberkulose ergibt sich, daß 78mal (= 32,0%) isolierte Prostatatuberkulose und nur 47mal (= 19,34%) isolierte Hodentuberkulose gefunden wurde. Prostata- und Hodentuberkulose bestand in 118 Fällen.

Die Prostata wird also bei der Genitaltuberkulose in der großen Mehrzahl der Fälle erkrankt befunden; ferner ist die Hodentuberkulose im Vergleich mit der isolierten Prostatatuberkulose und der gleichzeitigen Erkrankung beider Organe als seltene Erkrankung zu betrachten.

Diese Ergebnisse widersprechen völlig den von chirurgischer Seite (v. Bruns, Haar, Simon) gemachten Erfahrungen. Der Widerspruch erklärt sich einmal daraus, daß die Feststellung der Prostatatuberkulose oft auf dem Sektionstisch noch schwierig, klinisch meist unmöglich ist, und daß die Tuberkulose der Prostata meist gutartig zu verlaufen pflegt.

Bei gleichzeitiger Hoden- und Prostatatuberkulose ist die Prostata meist sekundär auf dem Wege der Vas deferens befallen, doch kommt auch der umgekehrte Infektionsmodus auf hämatogenem Wege vor.

Trappe (Breslau).

---

7) **C. J. Bond.** On the urinary mucous tract, and not the blood stream, as the route of invasion by pathogenic organisms under certain conditions.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 7.)

Es gibt eine Anzahl Fälle von Pyelitis, für die irgendeine der gewöhnlichen Ursachen (Stein, instrumentelle Infektion der Harnwege, Tripper, Striktur usw.) nicht beschuldigt werden kann, die sich aber auch nicht einfach erklären lassen als hämatogene Infektion durch Bakterien, die auf ihrer Wanderung durch die Harnwege diese in Entzündung versetzen. Zwei Umstände werfen nach B.'s Meinung Licht auf die Ursächlichkeit: die Fälle betreffen meist Frauen, und zwar im Zustande der Schwangerschaft. Ausgehend von seinen früheren Beobachtungen (Zentralblatt 1905 Nr. 42, Referat), daß unter gewissen Umständen im Urogenitalsystem ein aufwärtsgehender Schleimstrom besteht, der nachweislich imstande ist, Farbkörperchen, wie Indigo, von der Harnröhre bis ins Nierenbecken zu befördern, benutzt er in dieser Arbeit nochmals die Entdeckung, um durch sie die Entstehung solcher Pyelitiden zu erklären. Die Vorbedingung für solche Aufwärtswanderung von Keimen sei irgendeine vorübergehende oder dauernde, völlige oder unvollständige Stauung im Urinstrom.

Diese Anschauung vom Schleimstrom, der dem Absonderungsstrom entgegengesetzt verläuft, überträgt B. auch auf andere Organe, die durch einen Ausführungsgang mit der Außenwelt oder mit anderen keimführenden Organen in Verbindung stehen, z. B. auf die Gallenwege, Pankreas, Speicheldrüsen, Peritonealhöhle beim weiblichen Geschlecht. So konnte er Indigo, das per os genommen war, in Gallenblasenfisteln wieder nachweisen. Er stellt diese »Schleimstrominfektion«, die alle Gänge und Hohlräume befällt, in Gegensatz zur hämatogenen Infektion, die erkennbar ist an ihrer Neigung für das Parenchym der Organe. **Weber** (Dresden).

---

8) **A. E. Gallant.** The long-waisted woman and her movable kidney.

(New York med. record 1907. Juli 27.)

G. bespricht die Ätiologie und Symptomatologie der Splanchnoptose und Nephroptose und weist auf die Bedeutung unzweckmäßiger Kleidung und mangelnder Körperpflege während der Wachstumsveränderungen in der Pubertät, die für Entstehung des genannten Leidens die größte Bedeutung haben, hin. Zwei Fälle von traumatischer Nierenverschiebung werden kurz berichtet. G. rühmt die Erfolge seines Korsetts, das bis zur Symphyse herunter reicht und einen keilförmigen Vorderschnitt besitzt, unten eng und im Epigastrium breit, um das Herabsinken der Bauchorgane nach unten zu verhindern, sowie reichlich Raum für die Atmung zu lassen. Das Anmessen und die

Anlegung soll in »Semiopisthotonoslage« erfolgen bei erhöhter Hüftenhaltung, damit die Eingeweide nach dem Zwerchfell herabsinken.

Loewenhardt (Breslau).

9) **Howell and Wilson.** Movable kidney.

(Practitioner 1907. Oktober—Dezember.)

Interner und Anatom haben sich hier vereinigt, um in einer umfangreichen Arbeit die historische Entwicklung, Definition und Einteilung, Anatomie, Pathologie, Symptomatologie sowie Therapie der Wanderniere zu besprechen. Betreffs der Therapie stehen Verff. nicht auf dem Standpunkte von Treves, der nur bei Stieltorsion eine Nephropexie ausgeführt, sonst stets eine Pelotte angewandt wissen will, sondern sie halten die Festlegung der Niere für notwendig: 1) in allen akuten, schmerzhaften, mit Erbrechen und gelegentlicher Hämaturie einhergehenden Fällen; 2) bei pathologischer Veränderung der Niere (Hydronephrose, intermittierender Albuminurie, Nachweis von Zylindern, oft auftretendem Harndrang); 3) wenn die Wanderniere mechanische Veränderungen resp. Störungen in anderen Organen hervorruft (Magen, Duodenum, Gallenblase, Choledochus); 4) in allen denjenigen Fällen, wo trotz Gebrauches einer Bandage heftige Schmerzen in der Lendengegend bestehen. Kontraindiziert ist der operative Eingriff 1) bei Enteroptose, 2) bei bedeutendem Prolaps der weiblichen Genitalien, 3) bei Neurasthenie. Die Nephropexie wird in der Weise ausgeführt, daß nach gehöriger Entfernung des Nierenfettes die Capsula propria breit gespalten und mittels feiner Seidennähte an die Muskulatur (Transversus und Obliquus internus) angenäht wird. Von 41 behandelten und später operierten Fällen wurden 12 völlig geheilt, 8 bedeutend gebessert, 12 gebessert und 9 ohne weitere Besserung entlassen. Unter diesen Pat. waren 24 mit sogenannten akuten Fällen, von denen 11 durch die Operation völlig gesund (45%), 33% gebessert wurden; die übrigen 17 waren »chronische Fälle« mit 6% völliger Heilung und 70% Besserung.

Jenckel (Göttingen).

10) **P. Reynier.** Pathogénie du rein mobile et des ptoses en général.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 30.)

Die Eingeweide werden durch eine physiologische Spannung der Bauchwandmuskulatur in ihrer Lage erhalten. Dieser Tonus ist jedoch vom Nervensystem abhängig, und ein geschwächtes Nervensystem kann letzteren nicht auf der nötigen Höhe erhalten. Die Bauchdecken geben in allen diesen Fällen (angeborene Schwäche, geistige und körperliche Abnutzung, Anämie, schlechte Ernährung, Blutungen usw.) nicht mehr den nötigen Halt, sie werden gedehnt, und die Eingeweide verlagern sich.

Deshalb muß man alle Ptosen als funktionelle Störungen des Nervensystems auffassen, und deshalb zeigen sie sich auch im Gefolge von das Nervensystem schwächenden Erkrankungen. Als Beispiel

dafür erwähnt R. ein Mädchen, das nach überstandenem Typhus einen Gebärmuttervorfall bei unversehrtem Hymen bekam, der nach Hebung des Allgemeinbefindens völlig ausheilte.

Mit der Ansicht Lucas-Championnière's, daß die bei der Nierensenkung gegebenen Schmerzen eine Folge von Zerrung nervöser Organe seien (Ref. Zentralbl. für Chirurgie 1907 p. 1514), kann sich Verf. aus anatomischen Gründen nicht einverstanden erklären. Die Ursache für dieselben sucht er vielmehr in der Knickung des Harnleiters. Mit der dadurch gegebenen Stauung tritt Vergrößerung des Nierenvolumens und Schmerz ein. Beide verlieren sich sofort nach Reposition und Herstellung ungestörter Sekretion.

Daß Störungen des Plexus solaris durch Vermittlung des gezerrten Plexus renalis möglich sind, will R. nicht leugnen. Er führt darauf die akuten postoperativen Magenerweiterungen, die er öfters nach Nephropexien sah, zurück.

Von 102 Fällen wurden 61 mit Nephropexie, 41 mit Gürteln und Korsett behandelt.

Die Operation führte R. nur in der arbeitenden Klasse aus. Im übrigen empfiehlt er ein den ganzen Bauch umschließendes Korsett.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

11) **A. Thomson.** The making of a shelf below the unduly mobile kidney.

(Edinb. med. journ. 1907. Oktober.)

Zur Fixation der Wanderniere empfiehlt Verf. nach dem Vorschlage von Harris-Chicago, den Raum unterhalb der Niere durch Nähte zu verkleinern, um so dem Organ von unten her eine gute Stütze zu verleihen. Nach Spaltung der Fascia perirenalis soll das am unteren Nierenpole gelegene Fett beseitigt und dann das Peritoneum parietale mit der seitlichen Bauchwand (Fascia suprarenalis und Aponeurose des M. transversus und obliquus internus) durch Knopfnähte (Chromgut) soweit vereinigt werden, bis ein gutes Polster entstanden ist, das die Niere in der normalen Lage hält. Die letzten Dorsal- und ersten Lumbalnerven sind bei der Naht zu vermeiden. Ist der Nierenraum sehr groß gewesen und das Peritoneum parietale bis zur Innenseite des Colon ascendens gelockert, so soll das Bauchfell unmittelbar an der Außenseite des Kolon eröffnet, und durch tiefe Nähte das Bauchfell der Innen- und Außenseite des Dickdarmes mit der Bauchwand verbunden werden. Überhaupt hält Verf. die jedesmalige Eröffnung des Bauchfells an der Außenseite des Kolon zur besseren Orientierung und Ausführung der Naht für empfehlenswert. Bei fünf auf diese Weise behandelten Pat. war das Endresultat ein ausgezeichnetes.

Jenckel (Göttingen).

---

12) **Burci.** Contributo sperimentale allo studio degli effetti e della sorta delle suture nelle ferite del rene.

(Sperimentale 1907. Nr. 4.)

B. legte bei Kaninchen und Hunden eine Niere frei und schnitt in sie aufs Nierenbecken ein. Mit Seide oder Catgut wurde danach vernäht, und zwar a. die Papillen, b. das Parenchym, c. Oberfläche. In der Umgebung der Fäden bildeten sich, besonders wenn sie fest angezogen werden, Nekrosen. Die Veränderungen sind um so stärker, je tiefer die Naht vom Rande liegt. In der Umgebung des Schnittes kommt es zu Neubildung von Glomerulis und von Epithelien. Zur Konkrementbildung führten die Fäden nie. Urininfiltration wurde nie beobachtet.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

13) **W. Kotzenberg.** Über Nierenblutungen.

(Med. Klinik 1907. p. 1515.)

Fälle chronischer Nephritis, die zu stärkeren Blutverlusten durch den Urin führen, sind für die Praxis von großer Bedeutung. Für die überwiegende Zahl der 160 veröffentlichten Fälle »essentieller Nierenblutung« haben sich andere Erklärungen gefunden. Auch die Annahme »renaler Hämophilie« hat bei solchen essentiellen Nierenblutungen wenig Wahrscheinlichkeit für sich; von den in den letzten Jahren in Kümmell's Eppendorfer Abteilung beobachteten Hämophilen wenigstens litt keiner an Blutungen aus den Harnwegen. K. suchte zu ergründen, inwieweit die Ansicht zu Recht besteht, daß es sich bei »essentiellen Nierenblutungen« um einseitige Nierenentzündung handelte. Unter 400 Nierenoperationen wurde 12mal die Niere wegen starken Bluthamens operativ in Angriff genommen, ohne daß sich bei der Operation greifbare krankhafte Veränderungen an den Nieren fanden Eine einseitige Nephritis gibt es nicht. Kann bei scheinbarer essentieller Nierenblutung mit Hilfe des Blasenspiegels und des Harnleiterkatheters die Erkrankung als einseitig nachgewiesen werden, so würde man geneigt sein, eine Geschwulst anzunehmen. Wie zwei ausführlicher mitgeteilte Fälle beweisen, können aber die klinischen Anzeichen völlig und deutlich für einseitige Erkrankung sprechen; trotzdem stellt sich pathologisch-anatomisch beiderseitige Nephritis heraus, und zwar auch schon bei beginnender Krankheit. Selbst die mikroskopische Untersuchung gibt häufig einen Aufschluß erst dann, wenn bei der Nephrotomie Probestückchen aus den verschiedensten Teilen entnommen werden oder wenn die gesamte entfernte Niere genau durchmustert wird. Die nephritischen Veränderungen machen den Eindruck einer toxischen Einwirkung, einer vielleicht gar nicht schweren Infektion. Genaue Erhebung der Krankheitsvorgeschichte könnte nach dieser Richtung hin vielleicht manche »essentielle Nierenblutung« klären.

Nephritische Massenblutung und Nierengeschwulst vermögen wir mit unseren heutigen Hilfsmitteln noch nicht zu unterscheiden. Daher

ist operativ vorzugehen, zunächst konservativ, da es sich um eine doppelseitige fortschreitende Erkrankung handelt. Die Entspannung des hyperämischen Gewebes wurde durch Nephrotomie und durch Nierenenthülsung gleich gut erreicht. Ersterem Verfahren ist der Vorzug zu geben.

Georg Schmidt (Berlin).

14) **Sourdille.** La lithiase rénale primitive.

(Arch. génér. de chir. 1907. September u. November.)

Eine ausführliche lesenswerte Monographie über Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Nierensteinerkrankung.

Für die Entstehung der Steine hält Verf. das Zusammentreffen von Schädigungen des Nierenparenchyms mit gesteigerter Ausscheidung von Extraktstoffen unumgänglich nötig. Neben den Harnsäure- und Oxalsäuresalzen spielen auch die phosphorsauren Salze eine große Rolle. Die gesteigerte Ausscheidung dieser Salze kommt vor allem durch individuelle, dyspeptische und nervöse Einflüsse zustande, während die Parenchymschädigungen durch mechanische oder toxische Verletzungen des Nierenepithels bewirkt werden. Diese Ursachen bedingen auch das doppelseitige Auftreten der Steinbildung, das mit der Vervollkommnung der Nierendiagnostik immer häufiger beobachtet werden wird.

Bezüglich der Krankheitserscheinungen unterscheidet S. zwischen aseptischen und septischen Nierensteinerkrankungen. Die ersterwähnten können latent verlaufen oder mehr oder minder deutliche Symptome bedingen. Hier werden unbestimmte Schmerzen in der Lendengegend, die schmerzhafte Ausscheidung von Nierengries und -Steinchen bei der Miktion, die Nierenkoliken, Schmerzen bei Bewegungen und in der Ruhe durch Nierenkongestion, ausstrahlende Schmerzen und eine Reihe von Reflexphänomenen angeführt. Verf. unterscheidet den renorenalen Reflex — Schmerzen auf der gesunden Seite bei Tastung der Kranken —, der jedoch inkonstant ist und auf eine doppelseitige Erkrankung hindeuten soll; ferner den renoureteralen Reflex, der den Typus der Nierenkolik darstellt, und endlich den renovesikalen Reflex, der durch Schmerzen in der Blase gekennzeichnet ist, obwohl diese cystoskopisch sich völlig gesund erweist. Eine besondere Beachtung finden noch die Hämaturien, die durch Erschütterungen vor und nach der Nierenkolik oder spontan infolge Nierenkongestion eintreten können. Eigenartig sind die angeführten Störungen des Genital- und des Digestionskanales. Orchitis und Oophoritis, Pseudotyphlitis und Appendicitis, Colitis membranacea, Sigmoiditis, Tympanitis, chronische Verstopfung, die oft die einzigen Symptome einer latenten Nephrolithiasis sein sollen.

Die Erscheinungen der infizierten Nephrolithiasis — Pyelonephritis und Pyonephrose — werden nur kurz erwähnt.

Der Wert der Cystoskopie und der funktionellen Nierendiagnostik wird betont. Für die letztere kommt in erster Linie der Harnleiterkatheterismus und erst, wenn dieser unmöglich ist, die Separation des

Blasenharns nach Luys in Frage. Auf Grund von 15 Fällen glaubt Verf. bezüglich der Nierenfunktion schließen zu können, daß die kranken Nieren, so lange sie nicht völlig insuffizient sind, mehr Harn produzieren als die gesunden; ebenso ist die Harnstoff- und Kochsalzausscheidung auf der kranken Seite größer, während die Methylenblauausscheidung verzögert und weniger intensiv ist. Die probatorische Polyurie (Albarran) ergibt, daß oft auch die scheinbar gesunde Niere die Erscheinungen der Steinnephritis zeigt, weshalb Verf. die Nephrektomie wegen Lithiasis nur im dringendsten Notfalle für erlaubt erachtet.

Von besonderer Bedeutung für die Diagnose ist noch die Röntgenographie, die für die Lithiasis der Nieren das darstellt, was die Cystoskopie für die Blasengeschwülste ist. Sie soll in keinem verdächtigen Falle versäumt werden, wenn auch ein negatives Resultat für einzelne Fälle (kleine Steine, reine Harnsäurekristalle) nicht beweiskräftig ist.

Strauss (Nürnberg).

15) **Rigby.** The operative treatment of calculi impacted in the pelvic portion of the ureter.

(Annals of surgery 1907. November.)

Für die Operation der in dem untersten Teile des Harnleiters sitzenden Steine sind verschiedene Wege angegeben, z. B. transperitoneale, perineale, parasakrale, vesikale, rektale, vaginale. Die vaginale Methode läßt R. gelten, wenn die Steine durch die Scheide hindurch gefühlt werden; sonst gibt er bei diesen juxtavesikalen Harnleitersteinen der parasakralen Methode den Vorzug. Die letztere wird folgendermaßen ausgeführt: Steißlage mit erhöhtem Becken, $3^1/_2$ Zoll langer Schnitt, parallel mit dem Steißbeine beginnend, 2 Zoll unterhalb des unteren Afterrandes. Durchschneiden des Gesäßmuskels und des Lig. sacro-ischiadicum, dann stumpfes Vordringen im subperitonealen Raume zum Harnleiter. Dieser wird etwa $^3/_4$ Zoll oberhalb der Spina ischii angetroffen. Die Öffnung des gespaltenen Harnleiters wird nachher durch feine Catgutnähte geschlossen, ebenso mit stärkerem Catgut die übrigen Weichteile. Die Vorteile dieser Operation sollen darin beruhen, daß man in nicht so großer Tiefe und mit sehr geringem Blutverlust operiert. Fünf auf diese Weise operierte Fälle werden beschrieben, bei einigen derselben kam es zu einer nur vorübergehenden Harnleiterfistel.

Herhold (Brandenburg).

16) **Bernard** et **Salomon.** Rétentions rénales tuberculeuses expérimentales.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1906. Nr. 9.)

Unterbindung eines Harnleiters und Infektion vom Blutweg aus mit Tuberkulose in zwölf Fällen; Harnleiterunterbindung und Nierenbeckeninfektion in neun Fällen. Das erstere Verfahren ergab siebenmal, das zweite achtmal ein positives Resultat, und zwar teils in Form

einer tuberkulösen Pyonephrose, teils in der einer Hydronephrose, deren Wand kleine Lymphknötchen trägt.

Histologisch kann man den Weg der Infektion, ob er auf- oder absteigend war, an der Beschaffenheit und Anordnung der Tuberkeln erkennen.

Die Infektion sowohl vom Harnleiter als vom Blutweg aus blieb ohne Harnleiterunterbindung stets ergebnislos.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

17) **A. Götzl.** Zur experimentellen Diagnose der Nierentuberkulose.

(Med. Klinik 1907. p. 1487.)

Die für chirurgisches Handeln bei Verdacht auf Nierentuberkulose wichtige Frage, ob im Harn Tuberkelbazillen enthalten sind, kann genauestens nur durch den Tierversuch geklärt werden. Über seine Ausführung herrscht noch keine Übereinstimmung. Bei Impfung in die Bauchhöhle des Meerschweinchens tritt leicht Tod durch septische Mischinfektion ein, oder es ist Verwechslung mit spontaner Fütterungstuberkulose möglich. Ein derartiges Erlebnis bestimmte G., zur Impfung unter die Haut (der Leistengegend) überzugehen.

Dieses Verfahren bewährte sich in 29 Fällen von Verdacht auf Nierentuberkulose, wie Operation und Verlauf zeigten. Die Abänderung von Bloch — gleichzeitige Quetschung der Leistendrüsen — ist nicht erforderlich.

Georg Schmidt (Berlin).

---

18) **C. Schindler.** Über antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten gonorrhoischen Urethritis posterior.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXV. p. 985.)

S. tritt warm für den Neisser'schen Standpunkt betreffs Behandlung der Urethritis posterior acuta ein. Durch experimentelle Untersuchungen hat er festgestellt, daß antiperistaltische Bewegungen des Vas deferens nur dann eintreten, wenn das entzündete Caput gallinaginis mechanisch oder elektrisch gereizt wird, daß also die Gefahr einer Epididymitis vermieden werden kann, wenn der Guyon'sche Katheter mit Vorsicht bis gerade in den Schließmuskel eingeführt wird. Gestützt auf diese Tatsache und auf die Erfahrungen an der Neisser'schen Klinik verlangt Verf. stets die antiseptische Behandlung der akuten Urethritis posterior gonorrhoica ebenso wie der anderen Komplikationen der Gonorrhöe.

M. Winkler (Luzern).

---

19) **K. Büdinger.** Die Ätiologie der Hodenretention.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 532.)

Des Verf.s Auslassungen zur Sache beruhen auf häufigen Lokalautopsien, zu welchen ihm Operationen bei Retentio testis Gelegenheit



gaben. Hierzu kommen weiter einige genau aufgenommene einschlägige Sektionsbefunde. B. unterscheidet folgende Arten der Hodenretention: 1) Die unklomplizierte Retention, bei der diese die einzige Entwicklungsanomalie des sonst normalen Individuums ist. 2) Die komplizierte Retention, wo neben letzterer noch grobe Störungen in der Entwicklung der Geschlechts- oder anderer Organe vorhanden sind. 3) Die innere Hodendystopie. Hier ist der Hoden innerhalb des Bauchraumes verlagert. Die weitaus häufigste, in ca. 90—95% der Fälle vorliegende Art der Retention ist die unkomplizierte, und auf sie beziehen sich daher auch größtenteils B.'s eigene praktische Erfahrungen. Sein Operationsverfahren, das seine anatomischen Befundaufnahmen ermöglichte, besteht in der Freilegung des ganzen Leistenkanales, an die eine beträchtliche Erweiterung des Zuganges nach oben angeschlossen wurde, also in einer Art Herniolaparotomie, die es gestattet, den Processus vaginalis, die angrenzenden Partien des Bauchfelles, die Hodengefäße, den abdominalen Teil des Ductus deferens genau zu übersehen und vorhandene intraabdominale Hindernisse zu beseitigen. Dabei wird das Bauchfell eröffnet und mit der Muskulatur bis etwa in die Höhe der Spina il. ant. sup. gespalten. Zum Schluß Implantation des Hodens in den Hodensack und genauer Schluß von Bauchwunde und Leistenkanal. Auf diese Weise sind 24 Operationen gemacht bei den Retentionen geringeren Grades mit durchgängig befriedigendem Resultat. Der Grund für die Hodenretention scheint nach B.'s bei diesen Operationen gemachten Erfahrungen am meisten in mechanischer Behinderung der Hodenwanderung zu liegen; denn in 15 unter den 24 Fällen fanden sich peritonitische Narben und Verwachsungen, z. T. weißlich und schwielenartig, die der Beweglichkeit des Hodens Abbruch taten. Die fraglichen Verwachsungen fixierten manchmal den Hoden an das Coecum oder den Wurmfortsatz oder umschlossen auch die Hodengefäße. Die fragliche peritonitische Narbenbildung betraf stets im wesentlichen den Hodenscheidenfortsatz und ist mit Wahrscheinlichkeit auf einen lokalen peritonealen Entzündungsprozeß zu deuten, der sich im embryonalen oder im frühesten postembryonalen Leben in der Nachbarschaft des Leistenkanales abspielt und größere Strecken des Bauchfellüberzuges aufbraucht. Dagegen scheint die Annehmbarkeit einer embryonalen Orchitis kaum wahrscheinlich. Außer diesen Befunden kommt die Heredität der Hodenretention ätiologisch mit Bestimmtheit in Betracht, wofür B. eigene Fälle als Beleg anführt. Alle sonstigen Erklärungsversuche für das Leiden, als Kleinheit des Hodensackes, Verengerungen am äußeren Bauchring, sowie am Eingange des Scrotum, angeborene Entwicklungsstörungen des Hodens, abnorme Kürze der Hodengefäße oder des Ductus deferens bzw. des Samenstranges, Anomalien des Gubernaculum, erklärt B. für teils unwahrscheinlich, teils unbewiesen oder gänzlich unbrauchbar und hinfällig. Die komplizierten Hodenretentionen und die inneren Hodendystopien sind in ihren letzten Gründen vollends ganz unverständlich.

Bemerkenswert sind vier gute Abbildungen, welche den Befund bei den mit verarbeiteten Sektionsfällen veranschaulichen. Auch bei ihnen handelt es sich um peritonitische Verwachsungen.

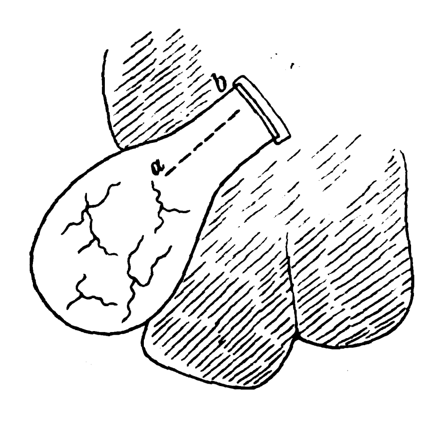
Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

20) **Andrews.** The »bottle operation« method of the radical cure of hydrocele.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Die von A. angegebene Methode für die Hydrokelenoperation ist eine Modifikation der bekannten Winkelmann'schen Methode. Nach Durchschneiden der Hodensackhaut durch einen vorderen Schnitt wälzt A. den uneröffneten Hydrokelensack heraus. Nun sucht er sich am Halsteil des Sackes an der vorderen Fläche eine kleine Rinne auf, welche regelmäßig dort vorkommen und zum Samenstrang hinaufziehen soll (*ab*), in dieser wird die Tunica vertikal 2 cm gespalten, durch den engen Schlitz der Hode herausgedrängt und sofort der Hydrokelensack umgekehrt. Jetzt liegt die innere Serosafläche außen und nach hinten vom Hoden, ihr oberer Teil umgibt so eng den Samenstrang, daß ein Wiederumkehren und ein Zurückschlüpfen des Hodens nicht möglich ist. Infolgedessen ist, da die Tunica nach der Umkehrung sofort stark schrumpft, eine Naht derselben überflüssig. Der Hode mit der umgekehrten Tunica wird in den Hodensack zurückgebracht und die Dartos zugenäht.



Herhold (Brandenburg).

---

21) **Razzaboni.** Contributo sperimentale alla istogenesi dei processi infiamatori del testicolo.

(Policlinico, sez. chir. 1907. Nr. 10 und 11.)

Nach einer Einleitung über die normale Struktur des Hodens und die verschiedenen Formen und Ätiologie der Hodenentzündungen teilt R. die Resultate seiner Experimente über künstliche Erzeugung von Orchitis mit. Er injizierte Sibernitratlösung sowie Aufschwemmungen von Staphylo- und Streptokokken in das Parenchym, in die Tunica vaginalis, in und neben den Ductus deferens.

In den beiden ersten Fällen sind die Veränderungen am stärksten im Hoden, in den letzteren im Nebenhoden. Injektion ins Parenchym erzeugt einen Abszeß, um denselben Degeneration, vorwiegend am Hodenkanälchenepithel. Regeneration folgt, und die Spermatogenese geht weiter, während der Abszeß vernarbt. Bei Einspritzung in die Tunica

vaginalis starke Degeneration der Hodenkanälchen bis zu völliger Zerstörung. Auf dem Lymphweg kann der andere Hoden ergriffen werden. Bei Injektion in den Ductus deferens oder um denselben im Hoden Bindegewebsvermehrung und geringere Veränderungen an den Epithelien, Bildung von Konkretionen. Im Nebenhoden findet sich allemal Bindegewebswucherung und Epithelverlust; bei Injektion in den Ductus kommt es dadurch hier und da zu Obliteration der Vasa efferentia.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

22) **Veit.** Die abdominale Exstirpation des karzinomatösen Uterus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 25.)

Die Dauererfolge der vaginalen Uterusexstirpation sind nicht gut. Da nun alle Fälle, die vaginal operiert werden, auch abdominal operiert werden können, eine Reihe von Fällen aber nur abdominal angreifbar sind, so wäre die Freund'sche Operation vorzuziehen, falls die primäre Sterblichkeit vermindert werden könnte. Daß dies gelungen ist, beweist vorliegender Bericht über 24 Operationen, unter denen kein primärer Todesfall vorkam.

Am schwierigsten zu überwinden sind die Komplikationen von seiten der Harnwege, vor allem die Gangrän des Harnleiters. Die Herzschwäche fürchtet V. seit Anwendung der Rückenmarksanästhesie nicht mehr. Die Infektionsgefahr hält er bei sorgfältigem Vorgehen für nicht groß. Er erblickt daher in der abdominalen Exstirpation des karzinomatösen Uterus eine lebenssichere Operation, die an sich keine Mortalität mehr hat, und deren ungünstiger Ausgang sich nur durch Komplikationen des einzelnen Falles erklären läßt.

Langemak (Erfurt).

---

23) **Dreyfuss.** Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire.

(Archives générales de chirurgie 1907. Oktober u. November.)

Verf. bringt eine zusammenhängende Schilderung der bisher nur in kasuistischen Mitteilungen behandelten malignen Eierstocksgeschwülste. Es dürfte auch hier den Chirurgen von Interesse sein, daß diese nach den Erfahrungen der letzten Jahre eine recht häufige Erkrankung darstellen, indem sie sich in 10% aller wegen Adnexerkungen gemachten Laparotomien fanden. Ein besondere Disposition zeigen Kinder mit schlecht entwickelten Genitalien, das Alter der Pubertät und das der Menopause. Besonders häufig sind beide Eierstöcke malign entartet (in 26 bzw. 43% aller Fälle), was Verf. auf Kontaktinfektion durch die Ovulation zurückführt. Die Symptome sind recht eindeutig: Schmerz, Amenorrhöe, Geschwulst, Ascites, und sollen stets an die Diagnose denken lassen. Die Behandlung soll auch bei anscheinend einseitigen Geschwülsten nur im Pubertätsalter in der totalen Exstirpation von Uterus und Adnexen bestehen.

Strauss (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

Die Saugbehandlung als schmerzstillendes Mittel bei den Aftererkrankungen.

Von

Dr. Küchi Ogata,

Chef der chirurgischen Klinik des Ogata-Hospitals in Osaka, Japan.

Seit der epochemachenden Veröffentlichung Bier's: »Behandlung akuter Eiterung mit Stauungshyperämie« ist die hyperämisierende Therapie mit auffallendem Enthusiasmus in der Praxis aufgenommen und eine große Anzahl von Berichten über die günstigen Resultate des neuen Heilverfahrens veröffentlicht worden. Die ebenfalls von Bier eingeführte und von Klapp weiter ausgebildete Saugbehandlung hat den gleichwertigen Aufschwung genommen. Auch ich habe die Saugtherapie in zahlreichen Fällen bei entzündlichen Prozessen, insbesondere bei Mastitis, Furunkelbildung, Karbunkeln, Abszessen und Panaritien angewendet und stets sehr günstige therapeutische Erfolge erzielt. Diese günstigen Heilungsresultate veranlaßten mich, die Einwirkung der venösen Hyperämie auch bei verschiedenen Analkrankheiten anzuwenden.

Abgesehen von Periproktitis und Fistula ani habe ich die Saugbehandlung ausgeübt in 48 Fällen bei schmerzhaften Aftererkrankungen, besonders bei 25 Fällen von Fissura ani, 17 von Hämorrhoiden und 6 von tuberkulösen Geschwüren.

Bei der Fissura ani beobachtete ich einen ganz auffallend schmerzlindernden Effekt. Schon nach ein- oder zweimaliger Applikation des Saugapparates läßt der bei der Defäkation meist bestehende hochgradige Schmerz bedeutend nach, und die Stuhlentleerung ist nicht mehr quälend für den Kranken.

In den meisten Fällen führt diese Behandlung nach Verlauf von 8—14 Tagen ohne weiteren chirurgischen Eingriff zur Heilung der Fissur. Als Beispiel möchte ich folgenden Fall anführen:

Eine 32jährige Frau S. Y. erkrankte an habitueller Verstopfung und hatte seit Sommer 1906 zeitweise Blutungen und Schmerzen am After. Am 7. Juni 1907 traten besonders heftige Schmerzen am Anus auf, jedoch ohne Blutungen. Nach 10 Tagen kam die Kranke in meine Poliklinik, und dabei fand ich an der hinteren Kommissur des Afters eine schmale, oberflächliche Fissur, welche bei Berührung sehr schmerzte. Sofort wurde die Behandlung mit dem Saugapparat begonnen, täglich 45 Minuten nach der Vorschrift von Klapp. Es trat danach alsbald eine subjektive Besserung ein. Nach 3 Tagen hatte die Pat. keine Schmerzen mehr und nach weiteren 4 Tagen war die Fissur vollkommen geheilt. Die gleichzeitig vorhandenen Blutungen aus der Fissur hörten nach der ersten Saugbehandlung auf.

Der nächste Fall zeigt die Ausheilung einer Fissur mit starker Blutung: Eine 30jährige Frau S. T. litt seit 15 Jahren an Hämorrhoiden, und seit 7 Wochen traten plötzlich Schmerzen und Blutungen am Anus auf. Diese Erscheinungen nahmen von Tag zu Tag zu, vor allem bei der Stuhlentleerung. Ich fand am Übergange der äußeren Haut zur Schleimhaut der hinteren Kommissur des Afters ein schmales, tiefes, fissurales Geschwür. Zog man die Analfalten auseinander, so traten ungewöhnlich starke Schmerzen und sofort Blutungen auf. Ein Hautfältchen, welches sich am unteren Ende der Schrunde befand, schwoll erbsengroß an. — Vom 24. November ab wurde die Kranke mit dem Schröpfapparat ambulatorisch behandelt, täglich 45 Minuten lang. Am nächsten Tage nahmen die Schmerzen schon erheblich ab, und es trat bei der Defäkation keine Blutung mehr ein. Am 29. November hatte die Kranke ihre Schmerzen verloren, und die Fissur hatte sich verkleinert. Am 6. Dezember trat völlige Heilung ein.

Diese Methode hat den Vorzug, einen großen chirurgischen Eingriff zu ersparen und die Heilungsdauer abzukürzen; vor allem eignet sie sich bei operationsscheuen Pat. Vor den Kokainsuppositorien hat sie den Vorteil, daß ihre Wirkung von längerer Dauer ist zu Beginn der Behandlung, und daß die Intoxikation vollständig fehlt.

Auch bei entzündlicher Anschwellung vorgefallener Hämorrhoidalknoten, einem sog. Hämorrhoidalanfall, habe ich einen deutlichen schmerzlindernden Erfolg wahrgenommen. Wird die Saugbehandlung angewandt, so hat der Kranke anfangs das Gefühl, als ob der Hämorrhoidalknoten aufplatzt, später aber fühlt er eine Erleichterung. Nach der ersten Anwendung des Saugapparates schwillt der Knoten selbst etwas mehr an, aber das Volumen nimmt nach kurzer Zeit wieder ab. Die zweite bis dritte Anwendung vermindert die Beschwerden der Kranken bedeutend, und nach etwa 2 Wochen schwinden die geschwollenen Knoten. Um die Wirkung dieses Mittels anschaulich zu machen, will ich einen mit Erfolg behandelten Fall hier anführen: Ein 32jähriger Kaufmann T. S. leidet seit einer Reihe von Jahren an Hämorrhoidalknoten. Seit 4 Tagen vor der Krankenhausaufnahme wurden die Knoten plötzlich schmerzhaft und schwollen an. Infolge der zunehmenden starken Schmerzen konnte der Kranke häufig nachts nicht schlafen. Er wurde daher am 29. März 1907 in die hiesige Klinik aufgenommen, und ich fand folgenden Befund: Um die Peripherie des Anus saßen mehrere stark geschwollene Hämorrhoidalknoten, bläulich durchscheinend und gespannt. Bei Berührung waren sie äußerst empfindlich. Die den Anus umgebende Haut näßte infolge Ekzem. Auch in diesem Falle wurde sofort jeden Tag 30 Minuten lang der Schröpfapparat angewandt. — Am 2. Tage wurden die Schmerzen schon geringer. Am 4. April wurde der Pat. mit folgendem Befund entlassen: Volumen der Knoten bedeutend verkleinert, die früher pralle Schwellung jetzt derb, bei Berührung, sowie starkem Drucke keine Schmerzen mehr.

Auch die Blutungen aus Hämorrhoidalknoten hören bei der Saugbehandlung nach 2—3 Tagen von selbst auf. Ich führe folgenden Fall dafür an: Eine 58jährige Frau K. J. litt seit 40 Jahren an Hämorrhoiden, ohne nennenswerte Beschwerden. Im Anfang 1907 fiel die Analschleimhaut vor den Anus vor, infolge häufiger Stuhlentleerung. Seit 4 Wochen vor der Krankenhausaufnahme war sie bettlägerig, weil so starke Blutungen aus den Hämorrhoidalknoten auftraten, daß die Kranke vor Schwäche nicht stehen konnte. Sie wurde am 15. November 1907 in die hiesige Klinik aufgenommen mit folgendem Befunde: Die sichtbaren Schleimhäute waren fast ohne Farbe, und die äußere Haut war sehr blaß. Puls schwach, die Frequenz betrug 110. Am Herzen waren keine krankhaften Veränderungen nachzuweisen. Rings um den Anus waren die zahlreichen Hämorrhoidalknoten angeschwollen und bei Berührung schmerzhaft. In der vorgefallenen blassen Schleimhaut sah man die erweiterten Kapillaren, welche beim Pressen das Blut leicht heraustreten ließen. Vom 16. November bis 4. Dezember wurde die Kranke mit dem Schröpfapparat behandelt. Nach 3 Tagen schon wurde die Blutung zum Stehen gebracht, und die Knoten waren nicht mehr schmerzhaft. Der Allgemeinzustand besserte sich allmählich.

Ich vermute, daß die bessernde Wirkung der Saugbehandlung beim Hämorrhoidalanfall außer der schmerzstillenden Wirkung vor allem der vermehrten Resorption zuzuschreiben ist.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß ich ein vorzügliches Resultat bei einigen Fällen von tuberkulösen Geschwüren des Afters hatte. Die tuberkulösen Geschwüre, welche meist im Anschluß an Abszesse oder Fisteln entstehen, besitzen keinerlei Tendenz zur Heilung, verursachen intensive Schmerzen und führen in der Regel zu chirurgischen Eingriffen. In den Fällen, wo das durch gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose bedeutend herunterkommende Allgemeinbefinden eine Operation nicht mehr geeignet erscheinen läßt, leistet diese Behandlung sehr gute Dienste. Wird in solchem die Saugtherapie angewendet, so findet man hierdurch eine größere Erleichterung von den Schmerzen als durch irgendein anderes palliatives Mittel. Das blasse, atonische, weiche Geschwür wird unter dem Einfluß der

Hyperämie zum frischroten Granulationsgewebe umgewandelt. Als Beispiel möchte ich folgende Krankengeschichte anführen: Ein 37jähriger Mann R. M. ist angeblich früher stets gesund gewesen. Im März 1906 bemerkte er eine schmerzhafte Vorwölbung am Rande des Afters, welche sich im April von selbst öffnete, und aus der Eiter floß. Trotz ärztlicher Behandlung bestanden die Eiterung und die Schmerzen weiter; infolgedessen wurde der Kranke der Krankenhausbehandlung überwiesen. Er wurde am 29. Juni 1906 aufgenommen mit folgendem Befunde: Mittelgroßer, leidend aussehender, muskelschwacher Mann in schlechtem Ernährungszustande. Bei der Untersuchung der Brustorgane fand man die Zeichen der doppelseitigen Lungentuberkulose. Es zeigte die Lungenspitze deutlich gedämpften Perkussionsschall, reichliche feuchte Rasselgeräusche. Puls und Temperatur waren normal. In der linken und vorderen Seite des Anus saß ein markstückgroßes Geschwür, der Grund desselben war mit den charakteristischen, blassen Granulationen bedeckt, welche bei Berührung, insbesondere beim Stuhlgang, ungemein schmerzhaft waren. Am 30. Juni wurde das Geschwür ausgekratzt, kauterisiert unter Rückenmarksanästhesie und tamponiert mit Jodoformgaze. Nach der Kauterisation schien das Geschwür langsam in Heilung überzugehen, so daß der Kranke am 18. Juli in ambulatorische Behandlung entlassen werden konnte. Im November jedoch trat eine Verschlimmerung des Aftergeschwüres ein, und der Kranke wurde am 6. Februar 1907 von neuem in die Klinik aufgenommen und abermals kauterisiert. Von Anfang Februar ab zeigte sich in der rechten Tonsille ein linsengroßes tuberkulöses Geschwür. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich zusehends. Es traten auf: Schlingbeschwerden, Appetitlosigkeit, Nachtschweiße, Husten, reichlicher Auswurf, Fieber, Diarrhöe, mitunter Incontinentia alvi. Der Grund des Aftergeschwürs bedeckte sich wieder mit blassen, weichen Granulationen, die Schmerzen nahmen beträchtlich zu, und es trat reichliche Absonderung ein. Seit dem 20. März wurde das Geschwür mit dem Saugapparat behandelt. Es trat sofort eine Besserung ein, es wurden besonders die Schmerzen schnell beseitigt. Schon nach 5tägiger Anwendung des Saugapparates ließ die Absonderung des Geschwüres erheblich nach, die Granulationen gewannen ein dunkelrotes Aussehen. Trotz dem günstigen Einfluß der Saugtherapie trat infolge der allgemeinen Erschöpfung am 9. April der Exitus ein.

---

24) **O. Sachs.** Beiträge zur Pathologie der Induratio penis plastica.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXV. p. 53.)

Im Anschluß an die im Jahre 1901 aus der Neisser'schen Klinik publizierten vier Fälle von Induratio penis plastica berichtet S. über einen neuen Fall. Pat. ließ sich operieren, aber ohne den gewünschten Erfolg, da 3 Monate nach der Operation wieder neue Knoten auftraten, die eine vollständige Erektion des Gliedes verhinderten. Die exzidierten Knoten wurden von S. bei der eingehenden histologischen Untersuchung als aus Bindegewebe, Knorpel und Knochen bestehend gefunden. Das neugebildete Bindegewebe nahm von den Gefäßwänden der Scheidewand zwischen den Corpora cavernosa seinen Ursprung. Der Knorpel und Knochen entwickelte sich sekundär im neugebildeten embryonalen Bindegewebe. S. sieht in diesen Veränderungen eine Analogie zur Dupuytren'schen Kontraktur. Die Ätiologie beider Krankheiten ist vorläufig unbekannt. **M. Winkler** (Luzern).

25) **P. Herescu** (Bukarest). Die Pathogenie und die Behandlung der nicht tuberkulösen Abszesse der Prostata.

(Spitalul 1907. Nr. 22.)

Die beste Behandlung für Prostataabszesse ist die operative Eröffnung vom Perinaeum aus, die Verf. in 40 Fällen durchgeführt hat mit 38 Heilungen und zwei Todesfällen durch Allgemeininfektion infolge großer durch längere Zeit vernachlässigter Abszesse.

Die Häufigkeit der betreffenden Abszesse macht eine genaue Untersuchung der Vorsteherdrüse in allen Fällen von Blennorrhoea posterior zur Pflicht.

In den meisten von H. beobachteten Fällen von Prostataabszeß war ätiologisch Tripperinfektion nachzuweisen, in anderen muß die Schuld der Erkrankung auf fehlerhaft ausgeführte Janet'sche Spülungen zurückgeführt werden. Es darf eben nicht vergessen werden, daß diese sonst so ausgezeichnete Behandlungsmethode, wenn von Unberufenen oder Ungeschickten ausgeführt, viel mehr Schaden als Nutzen zu stiften imstande ist. **E. Toff** (Braila).

26) **Posner.** Kasuistischer Beitrag zur Prostatectomia suprapubica.
(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 23.)

Der 76jährige Kranke hatte ein 18 Jahre dauerndes Katheterleben hinter sich. Neben einer allseitigen Vergrößerung der Prostata fand sich bei der cystoskopischen Untersuchung ein haselnußgroßer Stein. Erst 2 Jahre nach der Steinzertrümmerung entschloß sich Pat. zum Eingriff an der Prostata, welche nach Anlegung zweier über die Seitenlappen verlaufender Inzisionen enukleiert wurde. Die Blase blieb offen, tamponiert. Außerdem wurde eine perineale Drainage angelegt, die bald durch Verweilkatheter ersetzt wurde. Vom 21. Tage an Beginn willkürlicher Harnentleerung; nach 6 Wochen Bauchwunde geschlossen. Urinentleerung bei Tage in Pausen von 2—3 Stunden, nachts noch seltener, ohne daß eine Spur Residualharn zurückbleibt. **Langemak** (Erfurt).

27) **Makara.** Extraperitoneale traumatische Blasenruptur.
(Sitzungsberichte der med. Sektion des Erdélyer Museumvereines Bd. XXVIII.)

35jähriger Mann wurde von einem Lastwagen überfahren, trotz seiner Schmerzen legt er noch 5 km zu Fuß zurück, bald stellte sich häufiger Harndrang ein, doch kann Pat. keinen Urin entleeren. 48 Stunden nach dem Unfall Aufnahme in die Klinik; der Unterleib ist bis zur Höhe des Nabels vorgewölbt, die Bauchwand prall, druckempfindlich, der Perkussionsschall gedämpft. Mit Katheter wird mit Blut gemengter Harn entleert. Bei der Operation entleert sich aus dem lockeren prävesikalen Gewebe 1½ Liter blutiger Harn, an der vorderen extraperitonealen Blasenwand eine *kinderhandgroße*, klaffende Öffnung. Naht der Blasenwunde in zwei Reihen, sonst offene Wundbehandlung. Heilung.

P. Steiner (Klausenburg).

28) **Hirtz et Beaufumé.** La rétention d'urine par coprostase.
(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 133.)

Der Zweck der kurzen Mitteilung ist, auf den in der Überschrift bezeichneten Zusammenhang zwischen Harnverhaltung und Kotstauung hinzuweisen. In den zeitgenössischen Handbüchern usw. haben die Verff. nichts darüber gefunden, während die Urinretention den alten Autoren als Komplikation der habituellen Verstopfung wohl bekannt war. Der Zusammenhang soll ein einfach mechanischer sein. Die harten Kotmassen komprimieren die Harnröhre resp. den Blasenhals. Wenn man die drei mitgeteilten Fälle liest, erscheint das nicht unwahrscheinlich; war doch bei zwei Frauen (73 und 37 Jahre alt) das kleine Becken derart mit fast steinhartem Kot ausgemauert, daß eine Scheidenuntersuchung unmöglich war. Nach Ausräumung geradezu horrender Kotmengen stellte sich die normale Harnentleerung bald wieder her. **V. E. Mertens** (Kiel).

29) **S. Solieri.** Sulla leucoplacia della mucosa delle vie urinaria.
(Policlinico, sez. chir. 1907. Nr. 10 u. 11.)

Leukoplakie des rechten Nierenbeckens machte die Erscheinungen einer einseitigen Nierenblutung ohne Befund; Nephrektomie. Ein zweiter Fall von Leukoplakie der Blase wurde durch wiederholte Exzision der kranken Parametrien geheilt. Mikroskopische Beschreibung mit einigen Abbildungen. Die Diagnose läßt sich vielleicht stellen, wenn bei Urinbeschwerden mit Blutabgang sich im Sedi-

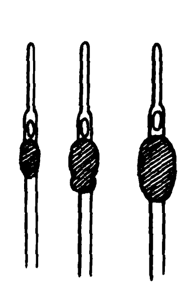
ment abgestoßene Lamellen verhornter Epithelien finden. Die cystoskopische Untersuchung sei unsicher in der Deutung. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

30) **Sampson.** The renal catheter as an aid in the diagnosis of valve-like obstruction of the ureter.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

S. hat in zwei Fällen von Harnleiterstrikturen die Kelly'schen beiden diagnostischen Hilfsmittel verwandt. Das erstere dieser Hilfsmittel besteht darin, daß man die Spitze des Harnleiterkatheters mit Wachs bestreicht und dann sondiert. Ist die Striktur durch einen Stein bedingt, so zeigen sich an den mit Wachs bestrichenen Stellen Abschabungen und Abkratzungen. Das zweite Hilfsmittel dient zum Erkennen von Strikturen des Harnleiters. Zu diesem Zwecke wird der Harnleiterkatheter ins Nierenbecken eingeführt und dann durch Einspritzen von sterilem Wasser eine artefizielle Hydronephrose erzeugt. Hierdurch werden kolikartige Schmerzen hervorgerufen, von denen der Pat. angeben kann, ob sie ähnlich den sonstigen Koliken sind. Läßt man das Wasser aus dem Katheter wieder ablaufen, so hört die Kolik wieder auf. Zieht man aber den Katheter bis soweit zurück, daß kein Wasser weiter abläuft, so hört die Kolik nicht auf, und man kann dann wieder durch langsames Vor- und Rückwärtsschieben des Harnleiterkatheters den Sitz der Striktur feststellen.

In dem ersteren der beiden beschriebenen Fälle wurde durch den mit Wachs bestrichenen Katheter und durch Wassereinspritzung festgestellt, daß es sich um eine in der Blasenwand und eine an der Grenze des unteren und mittleren Drittels des Harnleiters sitzende Striktur handelte. Es wurde die untere Striktur reseziert; die obere war durch einen bindegewebigen Strang gebildet; dieser wurde durchschnitten und dann der Harnleiter an der resezierten Stelle neu in die Blase gepflanzt.



Im zweiten Falle lag eine sehr hohe Striktur vor, welche ebenfalls als nicht durch Steine bedingt und durch die Wassereinspritzung als hochgelegen diagnostiziert war. Hier wurde eine Operation verweigert; S. erweiterte diese Striktur dadurch, daß er die Katheter in verschiedener Stärke unterhalb der Öffnung mit Wachs umgab und damit die Striktur gradatim erweiterte. Es trat Heilung ein.

Herhold (Brandenburg).

31) **J. B. Seldowitsch.** Akzessorische Nierenarterien und ihre chirurgische Behandlung.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 44, 45, 47—50 u. 52.)

Die Anatomen und Chirurgen haben bis jetzt zu wenig Aufmerksamkeit auf diese Anomalie gerichtet. Selbst die besten anatomischen Lehrbücher bringen sehr wenig darüber, da sich die Autoren wohl der chirurgischen Bedeutung nicht genügend bewußt sind; die Chirurgen ihrerseits meinen, es gebe überhaupt keine solchen Angaben und erkennen erst infolge verschiedener Komplikationen bei Nierenoperationen, welch große Bedeutung die überzähligen Nierenarterien haben. Die wichtigsten Arbeiten über diese Anomalie haben Macalister und Thomson geliefert. Letzterer bringt die Resultate einer Sammelforschung, 419 Nieren, von denen nur 74,4% je eine Arterie hatten. Brewer fand in 151 Leichen 85 Nieren mit akzessorischen Arterien, Helm in $1/4$ der Nieren von 104 Leichen. Um die Sache zu prüfen, untersuchte nun S. 150 Leichen; 43 davon wiesen die Anomalie auf; die große Mehrzahl aller Leichen war männlich. Vier typische Fälle sind abgebildet. Von den 43 Fällen war 33mal nur eine Seite betroffen; im ganzen waren 53 Nieren nicht normal. 47 Nieren hatten 2 Arterien, 6 je 3. Die rechte Niere allein war 15mal, die linke 18mal, beide gleichzeitig 10mal betroffen. Je 3 Arterien hatten 3 rechte und 3 linke Nieren. Was die Stelle der Einmündung in

die Niere betrifft, so unterscheidet S. 5 Gruppen: 1) Die eine Arterie mündet in den Hilus, die zweite in den oberen Pol — 7 Fälle. 2) Die eine in den Hilus, die zweite in dessen oberen Winkel und in die anliegende Nierensubstanz — 4mal. 3) Die eine in den Hilus, die zweite in den unteren Pol — 8mal. 4) Die eine in den Hilus, die zweite in dessen unteren Winkel — 1mal. 5) Beide Arterien in den Hilus — 27mal. Von den 6 Fällen mit je 3 Arterien zog in einem Falle je eine Arterie zum oberen und unteren Pol und zum Hilus; im 2. Fall eine Arterie zum oberen Pol, 2 zum Hilus; in den übrigen 4 Fällen alle 3 Arterien zum Hilus. Die Nierenvenen waren nur 10mal verdoppelt. Von 46 Fällen, wo die Entfernung der oberen Arterie von der unteren gemessen wurde, war dieselbe 22mal größer als 4 cm und erreichte in einem Falle 10,5 cm. — Was die Lage der Hohlvene anbelangt, so lag sie von 25 Fällen rechtsseitiger Arterienverdoppelung 9mal vor der oberen und hinter der unteren Arterie. Der Harnleiter stieg in 17 Fällen von 53 vor der unteren Arterie hinab. Die akzessorischen Arterien waren meist stark, näherten sich dem Kaliber der normalen Nierenader. Zum Schluß betont S. die große Bedeutung der Anomalie für die Nierenchirurgie: in einem Drittel der Fälle kann man sie antreffen. Es ist einleuchtend, wie leicht man bei der Stielunterbindung eine weitabliegende akzessorische Arterie übersehen, wie leicht man bei Lage der Hohlvene zwischen oberer und unterer Arterie die Vene mitfassen kann. Andererseits hat das Vorkommen von 2 Arterien auch seine guten Seiten: es ermöglicht in manchen Fällen konservative Operationen, partielle Resektionen der Niere. Schließlich wünscht Verf., die Anomalie möge weiter untersucht werden, sowohl von anatomischer, als auch von chirurgischer Seite.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

32) **W. K. Trofimow.** Zur Frage von den subkutanen Verletzungen der Nieren.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 49—51.)

Zwei eigene Fälle von totaler querer Ruptur der Niere nach Fall. 1) Mädchen, 13 Jahre alt; 1. Tag Symptome wenig ausgeprägt, dann schwere Erscheinungen von seiten des Bauches. Schmerzen, Erbrechen, Stuhl- und Harnverhaltung. 2mal Nierenblutung; Infektion der Niere. Operation am 9. Tage. Entfernung der abgerissenen unteren Hälfte, Blutung aus der oberen, Anlegung von Klemmen auf den Stiel. Septhämie. Im weiteren Verlaufe Eiterung am linken Oberarme; die Wunde am Rücken reinigte sich langsam; die Klemmen wurden nach 9 Tagen entfernt. 8 Wochen nach der Operation mit Harnfistel entlassen, die $4^1/_2$ Monate später noch existiert (Vorhandensein einer akzessorischen Nierenarterie?). 2) Knabe, 13 Jahre alt. Leichte Symptome, abwartende Behandlung. Da sie nicht zum Ziele führte, Operation am 35. Tage: dünnwandiger Sack mit 3 Liter klarer geruchloser Flüssigkeit. Beide Nierenhälften werden leicht entfernt; nur die obere zeigt einige Verbindung mit der Umgebung und aus ihrem Lager geringe Blutung. Tamponade. Heilung nach 5 Wochen.

In der russischen Literatur fand T. 33 Fälle (5 †): konservativ-symptomatisch behandelt wurden 13 (3 †), konservativ-chirurgisch 11 (1 †), Nephrektomie 9mal (1 †); von diesen 9 Fällen waren 3 vorher konservativ-chirurgisch behandelt worden. Die 33 Fälle werden in Form einer Tabelle genauer beschrieben.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

33) **P. Steiner.** Über offene Nierenverletzungen.

(Budapesti Orvosi Ujsag 1908. Nr. 3.)

Verf. bespricht die Klinik der offenen Nierenverletzungen; in der Literatur finden wir kaum 60 Fälle von penetrierenden Nierenverletzungen. Verf. berichtet aus der Klausenburger chirurgischen Universitätsklinik über einen Fall von Nierenstich. Der 28jährige Mann wurde in die linke Lendengegend gestochen, bald nachher trat Hämaturie auf; da sich die Hämaturie öfters wiederholte, der Kollaps des Kranken zunahm, wurde die Freilegung der Niere ausgeführt, welche eine bis

in das Nierenbecken penetrierende Stichverletzung zeigte. Naht der Nierenwunde. Glatte Heilung; es wurde keine postoperative traumatische Nephritis beobachtet. (Selbstbericht.)

34) **F. Löwenhardt.** Ein eigentümlicher Fall von renaler Massenblutung. (Nephrektomie aus vitaler Indikation mit glücklichem Ausgange.)

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 395.)

Bei einer 33jährigen Pat. traten solche starke Blutungen aus der rechten Niere auf, daß L. wegen schwerer Anämie sich gezwungen sah, die rechte Niere zu exstirpieren, obwohl der Urin aus dem linken Harnleiter Albumen enthielt. Der Verlauf war ein durchaus günstiger, die linke Niere funktionierte gut. Ein halbes Jahr nach der Operation nochmals Blutung, die aber auf Jodkalium rasch zum Stehen kam.

Ätiologisch kommt Lues in Betracht, da Pat. 15 Jahre vor der Operation angeblich luetisch infiziert worden ist. Indes gab die histologische Untersuchung der exstirpierten Niere keine Anhaltspunkte für Lues; auch sonst bot die Pat. keine Zeichen von bestehender oder überstandener Lues dar.

M. Winkler (Luzern).

35) **F. Cuturi** (Catania). Sull' intervento chirurgico nelle nefriti croniche emorragiche.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 7.)

C. bespricht operative Eingriffe, die speziell zur Behandlung chronischer Nephritiden, und zwar solcher, die mit intensiver Hämaturie einhergehen, dienen. Die hämorrhagischen »Nephralgien«, die früher als von anatomischen Veränderungen der Nieren unabhängig dargestellt wurden, gelten jetzt als Folgen chronischer Schädigungen des Organes. Die histologischen Befunde an exstirpierten Nieren haben diese bisher zurückgewiesene Annahme bewiesen. In Diskussion befindet sich derzeit nur die Art des Eingriffes. Während viele Chirurgen die Nephrotomie oder die Enthülsung empfehlen, üben andere bei einseitiger Erkrankung die Nephrektomie. C. kann das verhältnismäßig spärliche Material (23 Fälle) von Nephrektomien um einen erfolgreich behandelten vermehren.

40jährige Frau, Typhus vor 4 Jahren; bald nachher gelegentlich Beschwerden in der rechten Lende, Abgang von größeren Harnkonkrementen und viel Sand, seit 2 Jahren auch von viel Blut; die rechte Niere ist vergrößert, druckempfindlich. Harnmenge 1600 ccm täglich, spez. Gewicht 1020, schwach sauer, trüb, blutrot, spurweise Albumen. Leukocyten, Erythrocyten, Nierenbeckenelemente, hyaline, granulierte und Blutzylinder im Sediment. Die pathologischen Elemente stammen aus dem rechten Harnleiter; $\Delta = 1{,}02$, links $= 1{,}05$. Nephrektomie, glatte Heilung nach 21 Tagen. Normaler Harnbefund. — Die histologische Untersuchung der exstirpierten rechten Niere ergibt eine »gemischte Nephritis, parenchymatös mit Neigung zur interstitiellen Form«. — Nach 6 Monaten bestes Wohlsein, normaler Harnbefund.

Was die bisherigen Resultate der Nephrektomie bei einseitiger Erkrankung anlangt, so ermutigen sie wirklich zum radikalen Vorgehen: 18 Heilungen unter 24 Eingriffen, dabei viele durch 3 und mehr Jahre beobachtet; drei Fälle mit Fortuer der blutigen Sekretion, also Erkrankung der anderen Niere.

J. Sternberg (Wien).

36) **P. Manasse.** Ein Fall von infizierter Hydronephrose mit seltener Anomalie des Ureterverlaufes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Bei dem 26jährigen Pat. hatte sich eine cystische Geschwulst zwischen Magen und Colon transversum in gerader Richtung nach vorn entwickelt. Der Urin, an-

fangs frei von pathologischen Bestandteilen, enthielt erst nach einer diagnostischen Aufblähung des Magens und Dickdarmes Eiter; gleichzeitig erschlaffte die Cyste. Durch die Exstirpation des Nierensackes wurde Pat. völlig geheilt. Zu den seltensten Vorkommnissen gehört der bei normaler Lage der Niere gefundene Verlauf des Harnleiters, der dünnwandig, von normalem Kaliber, vollständig durchgängig an der höchsten Stelle des Nierenbeckens entsprang und nicht an der Hinterseite, sondern an der vorderen Wand des Nierenbeckens nach abwärts zog. Die Gefäße begaben sich hinter dem Harnleiter zum Hilus der Niere. Die Milz war bis zur Mittellinie des Leibes verdrängt, lag hoch oben vor der Wirbelsäule neben dem zusammengedrückten Magen. **Langemak** (Erfurt).

37) **A. Winternitz.** Zweiseitige Pyelitis in einer Hufeisenniere.
(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 20.)

Beim 14jährigen Knaben wurde vor 8 Jahren ein Blasenstein entfernt. In den letzten 2 Jahren zeitweilig Schmerzen in der rechten Lendengegend, in den letzten Monaten eitriger Harn, Fieber. Unter der Annahme von Pyonephrose wurde die Operation vollzogen. Lendenschnitt; hühnereigroßer retrorenaler Abszeß; auf Nephrotomie entleert sich 1 Liter Eiter; im Nierenbecken ein 8 cm langer Phosphat-Uratstein. Nierenbeckendrainage, Tamponade. Das Fieber läßt nach, am nächsten Tage stellt sich Ikterus ein, am 3. Tage Steigerung des Ikterus, Bewußtlosigkeit, am 4. Tage vollständige Blindheit. Die 24stündige Harnmenge 300 g. Augenhintergrund anämisch, am 5. Tage normales Sehvermögen, Urinmenge schwankt zwischen 1500—2000 g. 2 Monate nach der ersten Operation Nephrektomie; behufs Loslösung des oberen Poles Resektion der 12. Rippe. Beim Isolieren des unteren Poles stellte es sich heraus, daß eine Hufeisenniere vorliegt; die Grenze zwischen beiden Nieren wird durch eine seichte Furche angedeutet. Der Harnleiter läuft vor der Niere. Die Trennung der beiden Organe geschieht durch einen 1 cm weit von der Furche geführten Schnitt, die Niere wurde mit vier Catgutnähten versehen. Ungestörter Wundverlauf, die Harnmenge betrug in den ersten 24 Stunden 1200 g; sie ist stets eitrig. Nach 2 Wochen treten kolikartige Schmerzen in der linken Nierengegend auf, leichte Fieberbewegungen. Im Harn zeigt sich Blut. Die Röntgenaufnahme zeigt die Schatten dreier Steine. Die funktionelle Nierenuntersuchung ergibt ein zufriedenstellendes Resultat: 24stündige Harnmenge 2000—2500 ccm; spez. Gewicht 1013—1014; Gefrierpunkt 0,92—1,07° C; 24stündige Nitrogenmenge 8 g; 24stündige Kochsalzmenge 18 g; beim Verdünnungsversuch schwankt Δ zwischen 1,8—0,10° C; Blutgefrierpunkt (δ) = —0,56. Daher wird 3 Monate nach der Nephrektomie der rechten Niere links die Nephrotomie vorgenommen, Entfernung von drei Steinen, Drainage des Nierenbeckens. Glatte Heilung. Der Urin enthält weder Eiweiß noch Eiter. Pat. hat an Gewicht zugenommen. **P. Steiner** (Klausenburg).

38) **Rossi.** Un caso di ureterotomia pelvica ed un altro di ureterotomia pelvica a sinistra, di nefrotomia a destra per calcolosi.
(Soc. di med. e biol. di Milano Sed. 15. November 1907.)
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1907. Nr. 147.)

In einem Falle von Harnleitersteineinklemmung in der Nähe der Blase und folgender Pyelitis und Perinephritis wurde zuerst durch Inzision die Eiterung der Niere beseitigt und später durch Lumboiliacalschnitt der Stein entfernt, während in einem zweiten Falle bei höher sitzendem Stein Niere und Harnleiter gleichzeitig operiert wurden. In letzterem Falle mußte später auch die andere Niere wegen eines Nierenbeckensteines operiert werden. **Dreyer** (Köln).

39) **G. E. Post.** Operations for urinary calculi.
(New York med. record 1907. Juli 6.)

P. gibt statistische Tabellen über seine in Beirut in Syrien beobachteten Steinkranken. Eine Aufstellung enthält die perinealen Lithotomien, eine weitere die

suprapubischen Operationen. Bei einer dritten Tafel sind die Litholapaxien bei Männern verzeichnet. Eine vierte Serie enthält die aus der männlichen Harnröhre extrahierten, sowie die prostatischen und prostatiko-vesikalen Doppelbildungen von Steinen. Zwei kleinere Tabellen geben eine Anzahl aus der weiblichen Blase extrahierter Exemplare und schließlich eine Anzahl von Nieren- und Harnleitersteinen.

Ein Fall von skrotaler und perinealer Steinbildung wird besonders beschrieben, indem sich in einer früheren perinealen, nach Lithotomie zurückgebliebenen Fistel eine Reihe von Steinen gebildet hatte, die zum Teil spontan abgingen; eine weitere Reihe von Steinen fand sich in einer skrotalen Fistel, die von der Pars membranacea sackartig durch den Hodensack hindurchging.

Einige Notizen und Illustrationen erklären einzelne Fälle der im übrigen für die große Anzahl von Operationen sehr kurzen Statistik, in der auf Bemerkungen in früher publizierten Serien verwiesen wird (New York med. record 1877. Juli 28 und 1880. Oktober 30.). **Loewenhardt** (Breslau).

40) **Hock.** Nephrektomie bei weit vorgeschrittener Nierentuberkulose. Zugleich ein Beitrag zur Beurteilung des Wertes der Nierenfunktionsprüfung durch Farbstoffinjektion.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Die Diagnose auf rechtsseitige tuberkulöse Pyonephrose war leicht zu stellen. Die Hauptschwierigkeit bestand in der Beurteilung der Funktionsfähigkeit der linken Niere, weil die Cystoskopie wegen zu geringer Blasenkapazität unmöglich war. Der Harn wurde 10 Minuten nach einer Indigkarmineinspritzung kräftig gefärbt entleert und nahm nach der rechtsseitigen Nephrotomie an Menge nicht ab. Die rechte Niere war so hochgradig erkrankt, daß sie als funktionsunfähig anzusehen war. Daraufhin wurde mit gutem Erfolge die rechte Niere entfernt.

Gutzeit (Neidenburg).

41) **Jaboulay.** Pyonéphrose fermée. Nephrectomie.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 107.)

Vor 15 Jahren machte Pat. — jetzt 27 — eine vermutlich tuberkulöse Bronchitis durch, ohne Pleuritis. Er war noch mehrfach krank. Vor 8 Monaten hatte er bei völligem sonstigem Wohlbefinden plötzlich unerträgliche Schmerzen in der linken Nierengegend, die nirgendhin ausstrahlten. Der Schmerz hielt sich 8 Tage, unterbrochen von Paroxysmen. Die Harnmenge war nicht vermindert; der Harn klar, ohne Blut oder Eiter, etwas eiweißhaltig. Bei einem dritten derartigen Anfalle wurden am Ende der Miktion ein paar Tropfen Blut und einige längliche Gerinnsel entleert. Jetzt wurde auch zum ersten Male Fieber konstatiert, das anhielt resp. stieg. Im linken Hypochondrium fand sich eine Geschwulst von der Größe zweier Fäuste, hart, sehr schmerzhaft und respiratorisch verschieblich. Nephrektomie. Die Diagnose wurde durch die anatomische Untersuchung bestätigt. Der Harnleiter war verödet. Durch den Druck des Eiters war die Nierensubstanz stark reduziert und atrophiert. Der Verdacht, daß es sich um Tuberkulose gehandelt habe, war bis zur Publikation noch nicht bestätigt. Die Albuminurie schwand übrigens in 8 Tagen nach der Operation. **V. E. Mertens** (Kiel).

42) **W. L. Bogoljubow.** Nebennierengeschwulst.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1906. [Russisch.])

Der folgende Fall ist bemerkenswert durch die Größe der Geschwulst: sie wog über 4½ kg, durch die Heilungsdauer: nach 7 Jahren war die Pat. noch völlig gesund, durch den histologischen Befund: »Adenoma enchondromatodes.«

Die zur Zeit der von W. J. Rasumowski ausgeführten Operation 42 Jahre alte Pat. fühlte schon 8 Jahre lang eine apfelgroße, wenig bewegliche Geschwulst in der rechten Seite des Leibes. In letzter Zeit wuchs sie, und Pat. mußte häufiger urinieren. Es fand sich eine fast die ganze Bauchhöhle erfüllende, nur wenig

bewegliche Geschwulst. Operation (Medianschnitt und Querschnitt nach rechts): Die Geschwulst, die über das Colon ascendenz hinzog, lag extraperitoneal. Das Peritoneum wurde gespalten und die Geschwulst samt der abgeplatteten Niere entfernt. Naht des Bauchfelles und Drainage durch einen Flankenschnitt. Nach 3 Wochen Entlassung in ambulante Behandlung.

Die Geschwulst bestand aus deutlich getrennten festen und weichen Partien. Histologisch bestanden die festeren aus Faserknorpel mit relativ wenig Kernen. In den weicheren Teilen wiederholte sich die Nebennierenrinde. Zum Teil war das Gewebe derartig fettig degeneriert, daß keine Struktur mehr zu erkennen war. Mikroskopisch wie chemisch wurde Kalk nachgewiesen.

V. E. Mertens (Kiel).

43) **F. R. Hagner.** Sterility in the male, its causes and surgical treatment.

(New York med. record 1907. August 10.)

Bemerkenswert ist ein Fall von H., bei welchem 1 Monat nach einer von ihm ausgeführten Anastomose von Vas deferens und Epididymis Spermatozoen in reichlicher Menge im Samen auftraten, nachdem deren Abwesenheit durch mehrfache frühere Beobachtungen bei dem 2 Jahre vorher an doppelseitiger gonorrhoischer Epididymitis erkrankten Pat. festgelegt war.

Dr. Martin in Philadelphia soll den Eingriff 7mal mit 4mal sicher beobachtetem Erfolge vorgenommen haben. **Loewenhardt** (Breslau).

44) **H. Frankenstein.** Bemerkungen zu einem Falle von männlicher Genitaltuberkulose.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 2.)

Bei einem an Lungen- und Darmtuberkulose verstorbenen Manne waren Prostata und beide Samenblasen ausgedehnt tuberkulös erkrankt, Hoden und Nebenhoden gesund. Das rechte Vas deferens war offenbar durch direkte Fortleitung von der Prostata 9 cm weit tuberkulös verändert; das linke, 33 cm lange Vas deferens, wies, 19 cm von der Prostata entfernt, eine ganz isolierte, 3 cm lange, derbe, spindelförmige Verkäsungszone auf, bei sonst völlig gesunder Beschaffenheit.

Unter Hinweis auf diesbezügliche Beobachtungen von Oppenheim-Löw und Kuhn glaubt Verf., daß in diesem Falle eine retrograde embolische Verschleppung von tuberkulösem Material in den Vasa efferentia stattgefunden hat.

Trappe (Breslau).

45) **Russell Howard.** Malignant disease of the testis.

(Practitioner 1907. Dezember.)

Unter den 110000 männlichen Pat., die während der letzten 20 Jahre in dem »Londoner Hospital« behandelt wurden, befanden sich nur 65 (0,6%) mit einer bösartigen Erkrankung der Hoden. In 57 Fällen wurde vom Verf. mikroskopisch die Diagnose gesichert, 7 zeigten einen fibrös-cystischen Typ, die übrigen waren solide Geschwülste. Der älteste Pat. war 60 Jahre alt, der jüngste 1 Jahr (Durchschnittsalter 32 Jahre). Sämtliche bei den Kindern vorkommenden Geschwülste waren solid, ohne jede Cystenbildung.

Die Krankheit kam 33mal rechterseits, 24mal linkerseits vor; niemals waren beide Hoden affiziert. 9mal handelte es sich um Pat. mit unvollkommenem Descensus testiculi, d. i. 15,7%, 8mal lag der Hode im Leistenkanal, 1mal direkt unterhalb des äußeren Leistenringes, dagegen wurde niemals ein erkrankter Bauchhode beobachtet. Bei 8 Pat. ging ein Trauma der Entstehung der Geschwulst voran. In sämtlichen 57 Fällen wurde die Orchidektomie ausgeführt. Über 21 Pat. konnte betreffs des Dauerresultates der Operation nichts eruiert werden. 8 Pat. waren einige Zeit nach der Operation in guter Gesundheit, unter diesen 2 länger als 3 Jahre. Im Anschluß an die Operation starben 2, einer an Sepsis,

ein anderer infolge Inkarzeration einer Hernie. Letztere hatte die Operation indiziert, die bösartige Hodengeschwulst wurde erst bei der Herniotomie erkannt und beseitigt. Bei der Autopsie zeigten sich in beiden Fällen bereits Metastasen in den regionären Drüsen. 27 von den 36 Fällen hatten Rezidive — 2mal lokal, die übrigen metastatisch —, bei 18 hatten sich große Geschwülste der Bauchhöhle ausgebildet. Von Interesse ist, daß von den 7 Pat. mit fibrös-cystischen Geschwülsten 6 an Rezidiven starben, nur einer am Leben blieb. Die Prognose ist eine schlechte. Nur durch eine möglichst frühzeitig ausgeführte Operation kann in einzelnen Fällen ein Dauererfolg erzielt werden. **Jenckel** (Göttingen).

46) **Cornil und Brossard.** Utérus et trompe situés entre les deux testicules, dans la tunique vaginale.

(Bull de l'acad. de méd. 1907. Nr. 34.)

Bei einem 19jährigen Manne mit normalen äußeren Genitalien fand sich in der Tunica vaginalis (testis?) eine Geschwulst, die operativ entfernt wurde. Sie enthielt einen hypertrophischen Uterus von 9 cm Länge mit zwei Tuben. An einem Tubenende und an dem entgegengesetzten Uterushorne hing je ein Hoden. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

47) **Vance.** Primary fibromyoma of the broad ligaments.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Bei einer 47jährigen Frau entwickelte sich unter Menstruationsstörungen, Gewichtsverlust und Störungen im Urinieren eine starke Anschwellung des Leibes, welche nach der vaginalen Untersuchung als Uterusgeschwulst angesprochen wurde. Bei der Operation zeigte es sich, daß es sich um eine im linken, breiten Bande sitzende und dem Uterus flächenartig anliegende, mit ihm nicht verwachsene Geschwulst handelte. Die 12½ Pfund schwere Geschwulst erwies sich nach der Enukleation als Fibromyom. V. bespricht die Seltenheit dieser selbständig im Lig. lat. entstandenen, durch keinen Stiel mit der Gebärmutter verwachsenen Geschwülste. Aus der Literatur sammelte er vier derartiger selbständiger Geschwülste', welchen er neun ebenfalls gesammelte gestielte Fibromyome entgegenstellt. —

Die Struktur dieser im Lig. latum sitzenden Geschwulst gleicht der der am Uterus vorkommenden Fibromyome, nur ist weniger Muskelgewebe in ihnen zu finden. Die Diagnose, ob es sich um ein primäres oder ein vom Uterus ausgehendes Fibromyom handelt, ist kaum vor der Operation zu stellen; Menstruationsstörungen sollen bei der ersteren seltener und das Wachstum ein langsameres sein. Da der Uterus durch das Ligament oft innig in Verbindung mit der Geschwulst steht, muß er zuweilen mit entfernt werden. **Herhold** (Brandenburg).

48) **A. Fuchs** (Breslau). Polymorphzellige Tumoren der Cervix uteri.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

F. berichtet über zwei gleichartige, polymorphzellige Sarkome der Cervix uteri, die bei einer 42- bzw. 43jährigen Frau zur Beobachtung kamen. Trotz weitgehendster Radikaloperation (abdominal) erfolgte bei Fall II frühzeitiges Rezidiv, obwohl namentlich dieser zweite Fall als ganz beginnende Neubildung zur ersten Operation kam. Fall I ist noch zu frisch, um als geheilt gelten zu können. F. schildert anschaulich die Struktur der Geschwulst und weist auf die Variabilität der Zellen sowie auf ihre Affinität zum Stroma, Blut- und Lymphbahnen hin, Eigenschaften, die er mit dem Ref. als Ursache für die hohe Bösartigkeit der Sarkome in Anspruch nimmt. Er fordert mit Recht, daß jeder Cervixpolyp mikroskopisch untersucht werde, und daß auch ganz beginnende Sarkome des Uterus durch das abdominale Radikalverfahren beseitigt werden sollen.

Kroemer (Berlin).

49) Sitzenfrey. Zur Radikaloperation des weit vorgeschrittenen Uteruskarzinoms. Verborgene Ausbreitung eines Karzinoms der hinteren Collumwand entlang der Wandungen eines Divertikels des hinteren Scheidengewölbes.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

Der von S. mitgeteilte Fall erweist, daß mittels großzügiger, kombinierter Operationsmethoden auch weit vorgeschrittene Gebärmutterkrebse erfolgreich exstirpiert werden können.

Infolge der in der Überschrift angegebenen Ausbreitung war die hintere Scheidenwand ungemein fest mit dem Mastdarm verwachsen, seine vordere Wand karzinomatös infiltriert. Zunächst wurde von einem medianen Bauchschnitt aus die Gebärmutter, wie üblich, mobilisiert und von der Blase und den Harnleitern freigemacht. Darauf wurden Scheide und Mastdarm mittels eines Schuchardtschen Hilfsschnittes, der bis zur Steißbeinspitze vorgeführt wurde, ausgelöst und im Zusammenhang mit der Gebärmutter durch die Dammwunde entfernt, die heruntergeholte Flexur in den von der Schleimhaut befreiten Sphinkterring eingenäht. Heilung mit reponiblem Mastdarmschleimhautvorfall; beim Urinieren mußte die Kranke stark mitpressen. Nach $8^1/_2$ Monaten gutes Wohlbefinden, kein Rezidiv. **Gutzeit** (Neidenburg).

50) Sitzenfrey. Mammakarzinom 2 Jahre nach abdominaler Radikaloperation wegen doppelseitigen Carcinoma ovarii.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 18 u. 19.)

Ein Fall ausgesprochener Disposition des gesamten Genitalapparates für karzinomatöse Entartung! — Ein primäres Adenokarzinom des linken Eierstockes hatte zur Bildung einer metastatischen Geschwulst im rechten Eierstocke, zu vereinzelten Lymphgefäßmetastasen im Uterus und zur Bildung eines Krebsknotens in der rechten Brustdrüse geführt, in der sich außerdem ein sicher primäres Karzinom entwickelt hatte. **Gutzeit** (Neidenburg).

51) Jahrbuch des Kaiserlichen Katharinenkrankenhauses in Moskau. Bd. I.

Moskau, 1907. 246 S. (Russisch.)

Das Krankenhaus beherbergt mehrere Kliniken der Moskauer Universität. In dem vorliegenden Band berichten die Ärzte derselben über ihre Tätigkeit im Schuljahr 1906—1907. Von den 23 Aufsätzen gehören folgende in das Gebiet der Chirurgie.

G. J. Rossolimo. Der Hirntopograph — ein Apparat zur Projektion der Teile des Gehirns auf die Schädeloberfläche. Der Apparat besteht aus einem durchlöcherten halben Globus, der auf dem Kopfe des Pat. befestigt wird; auf dem Globus ist die Lokalisation der wichtigsten Punkte angegeben; ein besonders konstruierter Stift wird durch das betreffende Loch bis zur Schädeloberfläche streng radial geführt und zeigt die Lage des nötigen Punktes an (s. Tafel).

K. K. Ivensen. Das Catgut in der Chirurgie. Die Sterilisation nach Claudius (J-JK-Lösung hat sich aufs beste bewährt.

A. B. Martynow. Beobachtungen aus der Gallengangschirurgie. 10 Fälle von Gallenstein: der 10. Fall ist besonders interessant: die Pat., 26 Jahre alt, leidet seit 6 Jahren an Schmerzen, seit $1^1/_2$ Jahren an typischen Anfällen. Der letzte — dritte — mit schwerem Ikterus begann vor 2 Wochen; Hydrops der Gallenblase, elender Allgemeinzustand, Puls 150. Operation in extremis. Nach Eröffnung und Entleerung der Blase wird ein 2 cm großer Stein aus dem Cysticus entfernt. Schnitt durch die Blase und beinahe den ganzen Cysticus; fast gar keine Verwachsungen. Als man zur Entfernung der Blase schreitet, fällt der Puls; der Blasenfundus wird abgeschnitten, Tampons in den Blasenrest und rund herum gelegt; Verband. NaCl-Infusion, Exzitantia. Nach 2 Tagen hat sich der Zustand



sehr gebessert, nach 10 Tagen schwand der Ikterus, nach 5 Wochen Entlassung mit kleiner granulierender Wunde, die sich bald vollends schloß. — Hier waren also die aufgeschnittenen Ränder der ganzen Blase und fast des ganzen Cystikus schließlich doch verwachsen.

Tödlich endete ein Fall (Cystektomie, Choledochotomia transduodenalis) infolge innerer Verblutung, — hier hatte der schwere Ikterus 2 Monate gedauert.

W. Alexandrow. Zur Kasuistik der Totalexstirpation der Pankreascysten. Pat., 14 Jahre alt, litt vom 8. bis zum 13 Jahre an rezidivierender exsudativer Peritonitis. Nach Schwund derselben begann die Cyste zu wachsen. Die Operation zeigte, daß die Geschwulst im Corpus pancreatis entstand, direkt nach vorn wuchs und schließlich über das Colon transversum herüberfiel, dasselbe nach hinten drückend, und nach unten wuchs, das Lig. gastrocolicum vor sich herschiebend. Die Cyste war über mannskopfgroß, enthielt 5 Liter dunkelbraune Flüssigkeit. Totalexstirpation, glatte Heilung. — In einem früheren Falle war die Ätiologie interessant: eine Wandermilz hatte das Pankreas zusammengedrückt, dessen Schwanz geknickt und so zur Entstehung einer zweifaustgroßen Cyste in demselben geführt. Feste Verwachsung mit der Milz. Resektion des Pankreasschwanzes mit der Cyste, Splenektomie, Heilung (Frau von 29 Jahren).

Den Schluß des Jahrbuches bilden Statistiken der verschiedenen Kliniken für das Schuljahr, sowie ein Nekrolog des kürzlich verstorbenen Andrologen, Prof. F. J. Ssinitzyn, mit dem Bildnis desselben.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

52) **C. Renton.** Notes of surgical cases.

(Practitioner 1907. November.)

Verf. berichtet in der sehr kurz gehaltenen Arbeit über die von ihm im Western Hospital zu Glasgow ausgeführten größeren Operationen. 9mal wurde die Gastroenterostomia retrocolica wegen Pylorusstenose, 1mal wegen Verätzung durch Chloroform ausgeführt, sämtliche Fälle kamen zur Heilung. Wegen Ulcus pepticum wurde 1mal die Gastroenterostomie gemacht, Pat. starb aber 5 Tage nach der Operation an Verblutung. Die Obduktion ergab ein blutendes Geschwür am kardialen Ende des Magens. Wegen Perforation ihres Magengeschwüres operierte Verf. vier Frauen, nach der Naht der Perforationsöffnung wurde gewöhnlich der Douglasraum drainiert, sämtliche Kranke wurden geheilt. Vier Pat. kamen wegen mechanischem Ileus zur Operation (ein Strangulationsileus, zwei innere Inkarzerationen, eine Stenose der Flexura sigmoidea). Die Stenose der Flexur wurde durch Resektion des Dickdarmes beseitigt, die Naht hielt jedoch nicht; Pat. starb; die übrigen drei Pat. wurden geheilt.

Bei dem Kapitel »Appendicitis« stellt Verf. mit Genugtuung fest, daß die Mortalität sich bedeutend verringert habe, seitdem die Internen diese Krankheit mehr und mehr den Chirurgen überlassen. Von den letzten 60 Fällen, unter denen sich die katarrhalischen Appendicitiden mit und ohne Abszesse sowie allgemeine Peritonitis mit befinden, wurden durch die Operation 59 geheilt, ein mit allgemeiner Peritonitis eingelieferter Pat. starb. — Beim Gallensteinleiden bedient R. sich der Cholecystostomie und drainiert die Blase nach Mayo Robson, indem er den Gummischlauch in eine neben dem Pat. liegende Flasche leitet. 10 Tage Drainage sind genügend. — Drei Extra-uterin-Graviditäten mit Perforation in die Bauchhöhle konnten durch die Laparotomie mit gutem Erfolge beseitigt werden. — Bei Prostatahypertrophie bedient sich R. mit gutem Erfolge der suprapubischen Prostatektomie; von acht in der letzten Zeit behandelten Pat. wurden sieben auf diese Weise geheilt; ein 82jähriger Mann, dem eine 7 Unzen schwere Vorsteherdrüse und 27 Steine aus der Blase entfernt werden konnten, starb in der 2. Woche nach der Operation. — Verf. zieht als Anästhetikum Äther dem Chloroform bei weitem vor und meint, daß sicher bei vielen Schwerkranken nur durch Anwendung des Äthers ein so guter Erfolg erzielt werden konnte.

Jenckel (Göttingen).

53) **Kümmell. Das Operationsgebäude des Eppendorfer Krankenhauses nach seiner Neugestaltung.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 373.)

Die Frage des Ausbaues eines modernen Operationsraumes, der gleichzeitig als Lehrsaal dienen und einer großen Zahl von Zuschauern einen genauen Einblick in die Details der operativen Technik gestatten soll, ist noch nicht erledigt. Wie sie im Eppendorfer Krankenhaus anläßlich des Neubaues des Operationsgebäudes gelöst wurde, beschreibt der Vorstand der I. chirurgischen Abteilung daselbst.

Er geht dabei von seiner Erfahrung aus, daß die Asepsis der Wunden nur durch die Beschaffenheit der Hände, nicht durch einen größeren Zuschauerkreis gestört werden kann.

Das Parterre des Gebäudes ist eingenommen von vier aseptischen Operationssälen und den zugehörigen Narkosen- und Vorbereitungsräumen; in der I. Etage finden sich die Laboratoriums-, Sammlungs- und Vorratsräume, im Souterrain Heizanlagen und Personalwohnungen. Der Fußbodenbelag ist aus Terrazzo hergestellt, die Wandbekleidung aus weißen Kacheln mit Ausrundung der Ecken. Die Heizung ist eine Niederdruckdampfheizung. Zur Händedesinfektion mit warmem Wasser, Bürste und Seife sind Waschtische eigener Konstruktion aus Porzellan, neuerdings aus reinem Nickel, bestimmt, deren Mischapparate sich außerhalb des Operationsraumes befinden. Die Waschung der Hände wird durch Abreiben mit Schumburg'scher Mischung und Abspülen mit sterilem Wasser oder Sublimatlösung vervollständigt, im übrigen auf Handschuhe, Bartbinde, Gummidecke usw. bei aseptischen Operationen verzichtet.

Der ganze Operationssaal gestattet eine bequeme Reinigung durch Abspritzen der Wände, Decken und Sitze. Der Zuschauerraum ist amphitheatralisch aufgebaut, bietet 100 Zuschauern Platz und wird von einem äußeren Umgang aus betreten.

Die Tagesbeleuchtung wird durch einen großen Glasausbau, welcher fast die ganze Decke einnimmt, zugeführt. Ideal scheint die in ihren Einzelheiten aus dem Original und den Skizzen zu ersehende künstliche Beleuchtung zu sein, die bei Vermeidung von Wärmestrahlung und Staubansammlung ein diffuses helles Licht liefert, und deren Anlage sich außerhalb des Operationsraumes selbst befindet.

Die Instrumentenkocher und Sterilisatoren stehen in einem Nebenraume mit Luftabzug, der mit Saugvorrichtung versehen ist, um die Ansammlung von Wasserdampf zu vermeiden. Die Sterilisationsanlagen sind möglichst einfach konstruiert. Sterile Kochsalzlösung wird in einem großen Kessel bereitet und in Flaschen von 15—20 l vorrätig gehalten, die vor dem Bedarf im Wasserbad erwärmt werden.

Maßgebendes Prinzip war, alles so einfach wie möglich und doch durchaus modern zu gestalten. Dies hat Verf. nach seiner 3jährigen Erfahrung mit dem jetzigen Operationsbau in hohem Grad erreicht. **Reich** (Tübingen).

54) **Kuhn. Geräteimprovisation in der ärztlichen Praxis.**

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1907. Nr. 20 u. 21.)

Aus fünf Urelementen: Stangen, Rollen, Ösen, Klammern und Verbindungsschräubchen, lassen sich die verschiedensten Geräte und Apparate improvisieren, wie sie beim Krankentransport, der Extensionsbehandlung, zu Hebeeinrichtungen und Galgen und zu orthopädischen Zwecken erfordert werden. 34 Abbildungen erläutern die Anwendung. **Gutzeit** (Neidenburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 11. Sonnabend, den 14. März 1908.

Inhalt.

Zur Frage des Bauchschnittes bei Appendicitisoperationen.

Von

Dr. A. V. Moschcowitz,

Adjunct Sourgeon am Mount Sinai Hospital in Neuyork.

Auch wenn es etwas eigentümlich erscheint, erlaube ich mir doch in folgenden Zeilen, trotz Lennander, für die ältere sogenannte Lennander'sche pararektale Schnittführung bei Appendicitisoperationen eine Lanze zu brechen. Veranlaßt bin ich hierzu durch Lennander's Artikel »Über Drainage und über Bauchschnitt, besonders

in Fällen von Peritonitis« (Bd. 91, Hft. 1—2, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie).

Prof. Lennander sagt auf p. 8 dieser Arbeit, daß der pararektale Schnitt sich nicht eignet für Drainage; um letztere also zu ermöglichen, gibt er einen neuen Bauchschnitt an, den er je nach seiner Ausdehnung Appendicitisbauchschnitt Nr. I, II und III nennt.

Nach unserer Ansicht existieren noch immer Meinungsverschiedenheiten, wodurch Brüche nach Laparotomien verursacht werden, und höchst wahrscheinlich sind mehrere Faktoren zu berücksichtigen. Es unterliegt aber auch keinem Zweifel, daß unter diesen besonderes Gewicht gelegt werden muß auf die Dauer und die Menge der Drainage, d. h. wie groß der nicht vernähte Teil der Wunde ist. Mag die Inzision in irgendwelchem Teile des Bauches angelegt sein, wenn sie nur genügend groß ist und genügend lange offen gehalten wird, dann sind auch die günstigsten Aussichten für eine eventuelle Entwicklung eines Bruches gegeben. Ich glaube, daß die Erfahrungen aller Chirurgen über diesen Punkt einstimmig sind.

Es ist aber nicht meine Absicht, mich mit der theoretischen Seite dieser Frage zu beschäftigen: ich wollte diesen Punkt bloß durch unsere praktische Erfahrungen beleuchten. In meiner Arbeit »Zur Appendicitisfrage; ein Bericht über 2000 konsekutive Fälle von Erkrankungen der Appendix vermiformis, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie« (Archiv für klinische Chirurgie Bd. 82, Hft. 3), erwähnte ich die verschiedenen bei uns gebräuchlichen Schnittführungen und brachte auch Begründungen für unser Handeln. Unter anderem sagte ich auch, daß das häufige Auftreten von Hernien nach der Sonnenburg'schen Inzision, und die offenbaren Vorteile der Kammerer'schen[1] Inzision uns veranlaßten, letztere auch in akuten Fällen zu versuchen. (Mit dem Ausdrucke akute Fälle waren und sind solche Fälle gemeint, in welchen drainiert werden mußte.) Dies erwies sich in höchstem Grade erfolgreich, und seither wird diese Inzision beinahe ausschließlich in allen akuten Fällen gebraucht. Weiterhin besprach ich auch die Länge der Inzision, die Menge, Form und Dauer der Drainage und kam zu dem Schluß, daß wir mit unserer Operationsmethode nur äußerst selten Hernien zu sehen bekommen.

Von den 2000 Fällen von Appendicitis operierten wir 1906 und gebrauchten die Kammerer'sche Inzision in 1451 Fällen, d. h. in 76,1 %. Es würde kaum lohnen, jetzt durch Zahlen festzustellen, in

[1] Ich will keine Stellung nehmen in der etwaigen Prioritätsfrage, ob man den hier besprochenen Schnitt den Kammerer'schen oder Lennander'schen Schnitt nennen sollte. Der mir zu Gebote stehenden Literatur entnehme ich, daß Kammerer ihn im New York med. record 1897 Dezember 11 beschrieb und zwei nach dieser Methode operierte Fälle am 4. März 1897 in der New York surgical Society vorstellte. Lennander's betreffende Arbeit erschien im Zentralblatt f. Chir. am 29. Januar 1898 und in schwedischer Sprache in Upsala Läkareförennings Förhandlingar im März 1898. Hier zu Lande ist diese Inzision unter dem Namen Kammerer bekannt, und deshalb wurde sie auch unter diesem Namen in meiner erwähnten Arbeit rubriziert.

wie vielen von diesen 1451 Fällen drainiert wurde und in wie vielen nicht. Ich glaube aber auch diesem Punkte wenigstens teilweise gerecht werden zu können, wenn ich die diesbezüglichen Zahlen bloß der im Jahre 1907 operierten Fälle angebe. So finden wir, daß wir in diesem Jahre 475 Fälle von Appendicitis operiert haben; die Kammerer'sche Inzision wurde in 345 Fällen, d. h. in beinahe 73 % angewandt. Von diesen 345 Fällen wurde die Wunde in 133 Fällen in toto vernäht; in 212 Fällen hingegen, d. h. in 61 % wurde drainiert.

Es könnte auch noch der Einwand gemacht werden, daß diese Zahlen nicht beweisend sind; denn es fehlen numerische Angaben über die von uns beobachteten Bauchbrüche. Wir drückten schon in unserer früher erwähnten Arbeit unser Bedauern darüber aus, daß wir nicht in der Lage sind, Zahlen gerade über diesen interessanten Punkt zu bringen, da unsere Patienten zu einer Klasse gehören, die sehr häufig ihren Wohnort ändert, so daß sie nach kurzer Zeit nicht mehr auffindbar sind. Wir wissen aber auch, daß unsere Patienten uns nur allzugerne aufsuchen, wenn nach stattgefundener Operation etwas nicht ganz in Ordnung ist. Wir sind daher, wie wir glauben, zu der Annahme berechtigt, daß Hernien nach unseren Appendicitisoperationen äußerst selten sind. Es darf vielleicht auch noch erwähnt werden, daß wir unsere Narben mit keinen Mitteln, wie elastische Bauchbinden usw., schützen.

Ich muß noch auf zwei weitere Punkte die Aufmerksamkeit lenken; 1) daß die von uns erzielten Resultate nicht auf einer etwaigen Sekundärnaht beruhen; denn sie wird bei uns niemals angewandt; und 2) daß wir mit der von uns gebrauchten Menge und Dauer der Drainage in höchstem Grade zufrieden sind. Das kann schon aus unserer Mortalität erblickt werden (im Jahre 1907 bloß 1,7 %), und keiner der gestorbenen Fälle kann der Operationsmethode zur Last fallen.

Ich bin mir bewußt, daß das letzte Wort in dieser Frage noch nicht gefallen ist; zur Genüge ist dies bewiesen, durch die immer wiederkehrenden Artikel über dieses Thema in den verschiedenen Fachschriften. Es wird aber vielleicht manchem eine Genugtuung sein, von unserer völligen Zufriedenheit mit dem pararektalen Schnitte zu hören, nicht nur in reinen Fällen, sondern auch in den drainierten.

---

1) **A. F. Brand.** The infectivity of cancer.

(Lancet 1908. Januar 11.)

Die Ausführungen gipfeln in Verf.s Ansicht, daß Krebs und überhaupt die bösartigen Neubildungen eine chronische Infektionskrankheit sind. In einzelnen Abschnitten der Arbeit werden besprochen: 1) das Häufigerwerden des Krebses; 2) Krebsentstehungshypothesen; 3) der Parasitismus des Krebses; 4) Infektiosität und Autoinokulation des Krebses; 5) ist die Krebszelle selbst der Parasit; 6) Einteilung der Neubildungen; 7) der Krebsparasit; 8) das Vorläuferstadium des Krebses (»the condition precedent«); 9) die Infektionskanäle und -Arten;

10) Prophylaxe; 11) neuere Errungenschaften der Krebsforschung und 12) Schlußfolgerungen.

Aus diesen Ausführungen über den Krebs in allen seinen vitalen Eigenschaften zieht Verf. die Schlußfolgerung, daß der Krebserreger von außen in den Organismus kommt, daß Krebs eine spezifische Infektionskrankheit, und daß ein spezifischer Organismus vorhanden ist, der alle Variationen der bösartigen Geschwülste hervorzurufen vermag. Die einzelnen Arten der bösartigen Geschwülste hängen nur ab bezw. sind nur begrenzt von der anatomischen Verschiedenheit der Struktur und Lage der befallenen Gewebe: Der Krebs ist im höchsten Grade infektiös für das betreffende Individuum, d. h. er neigt zur örtlichen und konstitutionellen Ausbreitung in dem Körper desselben. Spezifische, für ein Individuum infektiöse Krankheiten werden durch einen von außen kommenden Erreger hervorgerufen, sei es nun ein Mikrophyt oder ein Mikrozoon. Die Krankheiten werden auf andere übertragen, sei es direkt von Körper zu Körper, oder indirekt durch Gegenstände bezw. durch einen Zwischenwirt. Alle Krankheiten, die infektiös im eigenen Körper sind, sind auch infektiös anderen, empfänglichen Individuen gegenüber. Beides ist bei Krebs der Fall. Alle Krankheiten, die infektiös gegen den eigenen Organismus und gegen einen fremden Organismus sind, haben einen äußeren Ursprung, füglich auch Krebs.

Die Arbeit ist voller geistreicher Hypothesen und Theorien, auch von Statistiken aus Verf.s eigener Praxis, z. B. bei dem Häufigerwerden des Krebses; Verf.s Stellungnahme zu anderen Anschauungen ist oft scharf und voll von Satire. Dennoch ist die Arbeit bei dem allseitigen großen Interesse, das dieser aktuellsten aller medizinischen Tagesfragen heute entgegengebracht wird, sicherlich lesenswert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

2) **H. Apolant.** Über künstliche Tumormischungen.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 251.)

Aseptisch herausgenommene Sarkome wurden verschieden lang bei —10° aufbewahrt und dann mit frisch extirpierten Karzinomen bzw. Chondromen gemischt und weitergeimpft. Dabei ergab sich, daß das Rundzellensarkom eine viel ausgesprochenere Neigung zur Bildung von Mischgeschüwlsten besitzt als das Spindelzellensarkom. Schon nach zweitägiger Kälteeinwirkung wurde mit dem Rundzellensarkom und Karzinom neben einem Sarkom ein Carcinoma sarcomatodes erzeugt, d. h. ein Karzinom, dessen Stroma sarkomatös ist. Nach längerer Kälteeinwirkung überwog diese Geschwulstgattung. Dagegen zeigte sich bei Injektion von Spindelzellensarkom und Karzinom erst nach fünf Tagen Kälteeinwirkung ein Sarkom mit etwas Carcinoma sarcomatodes, nach längerer Kälteeinwirkung fast stets reines Karzinom.

Bei Mischung von Chondrom und Rundzellensarkom oder Spindelzellensarkom wurde eine Mischgeschwulst mit gleichmäßiger Durchsetzung beider Komponenten niemals erzielt, es handelte sich lediglich um

ein Nebeneinander zweier völlig unabhängiger Geschwulstspezies. Diese Unfähigkeit des Sarkoms und Chondroms, sich zu einem einheitlichen, neuen Geschwulsttypus zu amalgamieren, die um so auffälliger ist, als es sich hier um Abkömmlinge desselben Keimblattes handelt, beruht zum Teil wohl auf den sehr differenten biologischen Wachstumsbedingungen beider Geschwülste. Das Chondrom ist ausgesprochen angiotaktisch. Wird es an der Anlockung der Gefäße, etwa durch das umwuchernde, schlecht vaskularisierte Sarkom verhindert, so gehen die Chondrominseln eben nekrotisch zugrunde.

Für die allgemeine Geschwulstlehre ergibt sich aus diesen Untersuchungen die nicht unwichtige Tatsache, das Mischgeschwülste nur dann zustande kommen, wenn die biologischen Bedingungen für das Wachstum der einzelnen Komponenten annähernd die gleichen sind.

Goebel (Breslau).

---

3) **J. E. Salvin-Moore** and **C. E. Walker.** On the relationship of cancer-cells to the development of cancer.

(Lancet 1908. Januar 25.)

An Übertragungen einer sehr virulenten Krebsgeschwulst aus dem Ehrlich'schen Institut vermochten Verff. nachzuweisen, daß bei der Entstehung des Impfkarzinoms tatsächlich die überimpften Zellen selbst weiter wachsen, und daß nicht etwa durch eine von ihnen erregte Reaktion benachbarte Zellen des betreffenden Organismus die Geschwulst hervorrufen.

Verff. brachten darauf die zu überimpfenden Partikelchen 20 bis 30 Minuten lang in flüssige Luft, die bekanntlich eine Minustemperatur von 195° aufweist; trozdem gingen die Impfungen in den meisten Fällen noch an. Es folgen daraus zweierlei Erwägungen: Zunächst steht fest, daß die Exposition der Krebszellen in derartig tiefe Temperaturen die Vitalität des Mäusekrebses nicht unbedingt zerstört. Wenn nun aber, wie es ja auch möglich ist, die zu transplantierenden Zellen, also die »Krebszellen«, von der außerordentlich niedrigen Temperatur zerstört werden, dann beweist die dennoch an der Impfstelle einsetzende Krebsentwicklung, daß dieselbe von der Integrität der »Krebszellen« unabhängig ist, und daß sie nicht nur von den überimpften Zellen, sondern auch von den Zellen des Wirtes ihren Ausgang nehmen kann, als Reaktion auf einen mit den gefrorenen Partikelchen gleichzeitig eingeführten Stimulus.

Die interessanten Versuche der in der Krebsforschung bekannten Verff. sind noch nicht abgeschlossen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

4) **Abramowski.** Zur Frage des endemischen Vorkommens von Krebs.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 394.)

Bericht über gehäuftes Vorkommen von (meist Magen-) Krebs in drei Dörfern, die an demselben Fluß auf Lehmboden liegen. Die

Krebshäuser sind meist von moorigen, sauren Wiesen umgeben. Mit Ausnahme eines Falles sind nur Männer befallen. A. macht besonders auf die zeitlichen Schwankungen bei diesen »Krebsendemien« aufmerksam, indem jahrelange freie Intervalle mit plötzlichem gehäuftem Auftreten des Krebses abwechseln, eine Erscheinung, für die auch Behla, Kolb, v. Hansemann Beispiele gegeben haben.

Goebel (Breslau).

---

5) **H. Spude.** Über Ursache und Behandlung des Krebses.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 363.)

Ausführliche Polemik gegen Fischer. Vorschlag von Weiterbehandlung der Karzinomkranken auch nach radikaler Operation, da die Krankheit eine Stoffwechselerkrankung ist, bei der ein intravaskulärer spezifischer Stoff das den Wucherungsreiz abgebende ursächliche Agens darstellt. Es werden vor allem Atoxylinjektionen unmittelbar nach der Operation empfohlen.

Der Wert der Arbeit liegt vor allem in der Beigabe ausgezeichneter Figuren eines beginnenden Karzinoms. **Goebel** (Breslau).

---

6) **E. Beer.** A note on the sensibility of the human visceral peritoneum.

(New York med. record 1907. Oktober 5.)

B. bringt als Beweis für die Unempfindlichkeit des visceralen Peritoneums die Beobachtung, daß bei großen und alten Hernien ohne Schmerzäußerung an dem visceralen Peritoneum manipuliert werden könne, während auf Berührung des parietalen Blattes der Pat. sofort reagiere, wie auch schon von Lennander und anderen beobachtet wurde. Die Arbeit von Dr. Meltzer und Kast sei wegen der Kokainanwendung nicht einwandsfrei. **Loewenhardt** (Breslau).

---

7) **E. Siegel** (Frankfurt a. M.). Die Behandlung der Peritonitis.

(Wiener klinische Rundschau 1907. Nr. 52.)

Verf. gibt uns in seinem Vortrag eine schöne, klare Darstellung der modernen Peritonitisbehandlung. Die Krankheit hat in den letzten Jahren ein ganz anderes Gesicht bekommen, weil wir Frühdiagnosen machen gelernt haben; wir sehen und behandeln die Peritonitis schon oft in einem Stadium, wo sie noch ein lokales, oft leicht heilbares Leiden darstellt. Idiopathische Peritonitis gibt es kaum. — Es folgt eine Darlegung sämtlicher Symptomen, deren variabler Charakter uns stets vor Augen stehen soll, um keine beginnende Peritonitis zu übersehen. — Verf. steht auf dem Standpunkte, daß man mehrere kleine Schnitte, eventuell Kotfisteln anlegen soll; große Eingriffe, Eventrationen, Spülungen sind nicht empfehlenswert.

Die Besserung in den Operationsresultaten ist nicht so sehr auf

die Operationsmethode zu beziehen, als vielmehr auf die Einlieferung der Kranken in früherem Stadium. **Schmieden** (Berlin).

---

8) **Rammstedt.** Die Behandlung der Blinddarmentzündung unter Berücksichtigung militärischer Verhältnisse.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1907. Hft. 14.)

R. referiert über 106 im Garnisonlazaret Münster vom Jahre 1901—1907 beobachtete Fälle von Appendicitis, von welchen 43 operativ behandelt wurden. R. ist in den letzten Jahren Anhänger der Frühoperation geworden. Seine Grundsätze sind folgende: 1) Alle Blinddarmentzündungen sollen sofort der äußeren Station der Lazarette überwiesen werden. 2) Leichte Fälle sind intern zu behandeln. 3) Schwere oder in der Beurteilung des Grades der Krankheit nicht ganz klare Fälle sind der sofortigen Operation zu unterziehen. 4) Bei der Behandlung appendicitischer Abszesse und allgemeiner Bauchfellentzündung ist der kranke Wurmfortsatz möglichst mit zu entfernen.

Herhold (Brandenburg).

---

9) **W. H. Battle.** Remarks on appendix abscess.

(Practitioner 1907 Dezember.)

Verf. weist darauf hin, wie wichtig es ist, möglichst bald die Abszeßbildung bei der Appendicitis zu erkennen und den Eiter durch operativen Eingriff zu beseitigen; denn wenn auch in vielen Fällen wohl die Eiterbildung gering ist, keinerlei größere Erscheinungen verursacht und oft von selbst wieder verschwindet, so ist doch ein derartiger Zustand immer als ein gefahrvoller zu bezeichnen, da niemand mit Sicherheit vorhersagen kann, wie der Weiterverlauf sein wird. Durch frühzeitige Inzision werden jedoch die Gefahren, welche ein solcher Abzeß in sich birgt und noch sekundär hervorrufen kann (Perforation in die Bauchhöhle oder Nachbarorgane, Toxämie, Darmverschluß) beseitigt. Mit Recht weist B. darauf hin, daß manche derartige Appendicitisfälle mit Abszeßbildung nicht richtig seitens der praktischen Ärzte erkannt werden, weil die Digitalexploration des Beckens vom Mastdarm aus unterlassen ist, und zeigt, wie wichtig gerade diese Untersuchung für jeden Fall von Appendicitis ist, auch wenn keinerlei Symptome (Schmerzen, Fieber) bestehen, die auf das Vorhandensein einer Eiteransammlung im Becken hinweisen. Mehrere Krankengeschichten sind der interessanten Arbeit beigefügt. Betreffs der Operation steht Verf. auf dem Standpunkt, in der Regel bei Absceßbildung und Eröffnung desselben den Wurmfortsatz nicht sofort zu entfernen, sondern nur dann, wenn besonders günstige Verhältnisse für seine Entfernung vorliegen, oder aber bereits ausgebreitete eitrige Peritonitis besteht. Auch Gegenöffnungen legt er nur bei sehr großen und vernachlässigten Abszessen an. Von 100 operierten Kranken — 55 männlichen, 45 weiblichen Geschlechts — wurden

90 geheilt, 10 starben. 13mal wurde der Wurmfortsatz in derselben Sitzung mit entfernt; von diesen Pat. starben zwei.

Jenckel (Göttingen).

---

10) J. H. Richards. The W. Gill Wylie appendix operation.

(New York med. record 1907. Oktober 19.)

R. hält die Appendektomie nach W. Gill Wylie insofern für vorzüglich, als keine Muskelfaser durchschnitten wird, keine Gefahr der Hernie besteht, keine Schwächung der Bauchwand folgt und die Narbe »fast unsichtbar« ist.

1) Hautschnitt ein wenig rechts von der Linea semilunaris beginnend schräg nach unten und innen, 2—3 Zoll lang.

2) Etwas kürzere Inzision der Aponeurose des Obliq. ext. in der Richtung von dessen Faserverlauf. Der innere Wundrand wird dann medianwärts mit einem Haken verzogen.

3) Die Inzision der vorderen Rectusscheide transversal gelegt. (Dies hat den Zweck, daß Kontraktionen des Rectus nach der Operation diese Wundränder nicht anspannen, zumal der transversale Zug der Musc. obliq. indirekt an der Rectusscheide inserierend hier in Betracht kommt.) Der M. rectus wird dann wieder medianwärts verlagert und der hintere Teil der Rectuscheide ebenso transversal eröffnet.

Wylie hat während der Operation konstatiert, daß bei Brechbewegungen die Kontraktion der Musculi obliqui die Wundränder der Rectusscheide sogar aneinander bringt, während beim Längsschnitt, wie in Kammerer's und Deaver's Methode, die Schnitte sich erweitern.

Die Entwicklung des Wurmfortsatzes, die eine gewisse Fertigkeit verlangt, geschieht mit dem Zeigefinger und einer für den Operateur besonders angefertigten sehr weich fassenden Zange.

Der Stumpf wird durch Zusammenziehen einer feinen Tabaksbeutelnaht, die vor der Resektion zirkulär ein wenig von der Basis des Wurmes entfernt im Coecum an gelegt wurde, so versorgt, daß nur Peritoneum restiert. Naht der einzelnen Schichten.

Loewenhardt (Breslau).

---

11) A. F. Hertz and C. J. Morton. The passage of food along the human alimentary canal.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Die Arbeit bildet eine schöne Ergänzung zu den Demonstrationen Goldammer's auf dem Chirurgenkongreß. Beim Schluckakte von Flüssigkeiten unterscheiden Verff. zwei Geräusche, das erste scharf und kurz, am besten unter dem Kinn zu hören. Es ist synchron mit der Kontraktion der Mylohyoidei und dem Heben des Kehlkopfes, entsteht wahrscheinlich durch Widerschlagen der Flüssigkeit an der hinteren Rachenwand. Das zweite Geräusch wird beim Stehen und Sitzen am besten am Epigastrium gehört, wie ein Tröpfeln. Es ist

erst zu hören, wenn etwas Flüssigkeit im Magen ist. Beim Schlucken fester Massen fehlt es meist. Verff. geben Abbildungen vom Schlucken von Milch mit Wismut. Interessant ist der Befund, daß eine feste Wismutkapsel 15 Minuten brauchte, um zur Cardia zu kommen. In einem anderen Falte brauchte die Kapsel 4 Minuten, um die Cardia zu überwinden. Ein Diagramm täuscht einen Sanduhrmagen vor, der auch klinisch angenommen wurde, während es sich um ein Duodenalgeschwür handelt. Instruktive Bilder erläutern die Fortbewegung der Speisemassen durch den ganzen Darmkanal. Die ersten Geräusche, die am Blinddarme zu hören sind, fallen zusammen mit der Ankunft der Speisemassen daselbst, wie in einer Reihe von Bildern nachgewiesen wird.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

12) **M. Simmonds.** Über Form und Lage des Magens unter normalen und abnormen Bedingungen mit zahlreichen photographischen Aufnahmen an Leichen. 54 Seiten und 12 Tafeln.

Jena, **Gustav Fischer,** 1907.)

S. hat an einer großen Anzahl von Leichen die Lage der Bauchorgane mit Hilfe der Kamera fixiert. Dabei hat er gefunden, daß Form und Lage des Magenkanals einer noch nicht verwesenden Leiche im wesentlichen den Verhältnissen entsprechen, die auch im Leben bestanden haben. Die Aufnahmen sind mit Linsen von 25 cm Brennweite an liegenden Leichen gemacht worden, nachdem die Bauchhöhle, nötigenfalls auch die Brusthöhle, eröffnet worden war.

Ein Unterschied gegen röntgenologische Untersuchungen ist der, daß die Mägen bei verschiedenen Füllungsgraden beobachtet werden können. Als ein Fehler der Röntgenuntersuchung muß gelten, daß der Röntgenschatten nur die Projektion der Magenkonturen bei der Vorderansicht gibt, daß also dort, wo große Kurvatur und Magengrenze nicht zusammenfallen, das Röntgenbild nicht der wirklichen Magenform entsprechen wird.

Ein mehr oder weniger großer Teil des Magens ist immer von der Leber überlagert, ja ein sehr eng gewordener Magen kann vollständig unter der Leber verschwinden. Das ist besonders beim Fötus und Neugeborenen der Fall, deren Magen je nach der Schleimfüllung verschiedene Gestalt hat. Unter 50 Säuglingen war 40mal die große Kurvatur mit der Konvexität nach der Bauchwand gerichtet, so daß die hintere Magenwand den tiefsten Punkt bildete. Je mehr das Colon transversum bei Kindern aufgebläht ist, desto ausgesprochener sieht man diese Emporklappung des Magens. Deshalb sollte man bei Röntgenuntersuchungen mehr Rücksicht auf die Füllung des Magens nehmen, ganz besonders bei jungen Kindern.

S. betrachtet die Riedel'sche Magenform als die normale. Beim normalen Magen soll Pylorus und kleine Kurvatur von der Leber bedeckt sein. Die kleine Kurvatur verläuft, wie Rosenfeld rich-

angegeben hat, von der Cardia aus zunächst in der Richtung nach links, dann senkrecht und erst dann biegt sie zum Pylorus um. Die verschiedenartigen Magenformen, die als normal zu gelten haben, werden an Skizzen veranschaulicht.

Wenn man den Begriff der Gastroptose nur auf die Fälle beschränkt, in denen der Pylorus abwärts von der Leber frei vorliegt, so findet man Gastroptose bei Männern zwischen dem 15. und 50. Jahre in etwa 3 %, bei Frauen gleichen Alters in etwa 50 %. Bei Kindern kommt die Gastroptose kaum vor, bei alten Leuten ist sie häufiger. Die Mehrzahl der Gastroptosen ist mit Zwerchfelltiefstand kombiniert. Bisweilen steht das Zwerchfell allerdings auch hoch. Der ptotische Magen ist bald eng, bald teilweise oder im ganzen erweitert. In diesen Fällen ist die Verschiebung das Primäre, die Erweiterung das Sekundäre. Bei starker Gastroptose sind auch Erweiterungen der Pars horizontalis des Duodenum nichts Seltenes.

Eine eigentümliche Form kommt zustande, wenn nur die Pars pylorica gedehnt ist, während der Fundus eng bleibt. Sehr enge, fast schlauchähnliche Magen findet man häufiger bei der senilen Gastroptose, selten bei jüngeren Individuen. Der Umstand, daß er aber auch bei jüngeren Leuten vorkommt, spricht dafür, daß die Überdehnung des Magens keine allzuwichtige Rolle in der Ätiologie der Magenverlagerung spielen kann.

Das Pankreas beteiligt sich, dank seiner strafferen Befestigung, bei weitem nicht so an der Senkung wie der Magen. Bemerkenswert ist aber, daß es bei Vertikalstellung des Magens öfters schräg gestellt gefunden wird in der Richtung von links oben nach rechts unten. Daß das Colon transversum sich an der Magensenkung stets beteiligt, liegt auf der Hand. Der Dünndarm kann sogar sehr tief stehen bei nur geringer Magensenkung. Daß das herabgesunkene Kolon eine Zugwirkung auf den Magen ausübt, kommt verhältnismäßig selten vor. Häufiger ziehen am Magen Verwachsungen des Netzes, z. B. in Brüchen.

Oft drückt eine verlängerte Schlinge des Querkolon den Magen nach rechts oder überlagert ihn von vorn her und drückt ihn nach hinten, so daß bei Eröffnung der Bauchhöhle der Magen gar nicht sichtbar ist. Eine Einengung des Magens durch Dickdarmschlingen kann aber nur zustande kommen, wenn letztere infolge Verwachsungen nicht mehr beweglich sind.

Daß Geschwülste, Meteorismus und Ascites die Lage des Magens beeinflussen können, ist leicht erklärlich. Hochstand des Magens neben Ptosis des Dünndarmes sah S. manchmal bei alten Leuten.

Bei Untersuchungen von Säuglingsmagen fand S., daß die Bildung eines langen, engen, stark kontrahierten Pyloruskanals gar nichts Seltenes ist. Der Unterschied gegen angeborene Stenosen besteht oft nur darin, daß bei diesen die Kanalwandung ganz bedeutend dicker ist bei sonst gleicher Länge und bei gleichem Kontraktionsgrad. In den von S. beobachteten Fällen ist somit die Hypertrophie der Pylorusmuskulatur nicht vorgetäuscht.

Am Schuß veranschaulichen 48 Photographien die verschiedenen Lagen des Magens normaler und krankhafter Art.

E. Moser (Zittau).

---

13) **P. Alglave.** Contribution à l'anatomie chirurgicale et comparée du segment iléo-caecal de l'intestin de l'adulte.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 2.)

Aus praktischen Gründen wird das Ende des Dünndarmes, des Blinddarmes und 5 oder 6 cm des Dickdarmes, ein Darmstück von 20—25 cm Länge, als ein Ganzes, als »Ileococalsegment« behandelt.

Die Lage desselben kann lumbal sein (3mal unter 100 Fällen), oder am Darmbeine (74mal unter 100), oder im Becken (23 unter 100). Hier kann es eine seitliche Lage einnehmen (17 Fälle) oder im Cavum Douglasii selbst liegen (6 Fälle).

In jeder dieser Lagen gibt es Variationen. Diese und die mannigfachen, durch die Lage gegebenen Abänderungen der peritonealen Bänder werden eingehend besprochen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

14) **E. Martini** (Turin). Sopra un nuovo processo di sutura amovibile nella cura radicale dell' ernia inguinale.

(Cinica chirurgica 1907. Heft 7 und 8.)

Bassini's Landsleute unter den Chirurgen sind unermüdlich im Vorschlagen neuer Operations- oder wenigstens Nahtmethoden für die Radikaloperation der Hernien. Man kann fast keine Nummer eines italienischen Fachblattes aufschlagen, ohne eine solche Publikation zu finden. Wir finden vor allem darin den Beweis, daß alle bisherigen Methoden noch immer nicht eine absolute Garantie für den Erfolg des Eingriffes bieten. Ganz besonders ist dies in bezug auf die Nahtmethoden der Fall. Hier ist allerdings schon eine gewisse Klärung der Ansichten zu verzeichnen. Aber die vielen Versuche, auch für den Verschluß der tiefen Schichten nur temporäre Nähte anzulegen, lassen darauf schließen, daß doch die meisten Chirurgen der Frage der absoluten Reinigungsmöglichkeit der Haut in der Inguinalgegend skeptisch gegenüberstehen. — Die Arbeit M.'s bietet zu diesen Erwägungen einen neuen Beitrag. M. näht mit doppelten und doppeltarmierten Seidenfäden, kreuzt je zwei solcher Fäden auf ihrem Wege durch alle Schichten des Wundrandes und knüpft schließlich die Einzelfäden jeder Naht beiderseits des Hautschnittes über je einem langen Bäuschchen. Die Details der Naht in der Tiefe sind ohne Abbildungen nicht leicht klar zu machen. M. spricht seiner Methode folgende Vorteile zu: Bessere Lagerung des Funiculus spermaticus; Verschwinden des Annulus inguinalis internus; Verschwinden des Canalis inguinalis und Entstehen einer starken Wand vor dem Funiculus; Verringerung der Zahl der Nähte und daher der Infektionsmöglich-

keiten; Verringerung der Zahl der Ligaturen im Unterhautzellgewebe durch die komprimierenden Bäuschchennähte. **J. Sternberg** (Wien).

---

15) **Wittgenstein** und **Grosse**. Über die Hernie der weißen Linie.

(Med. Klinik 1907. p. 1450.)

In den Lehrbüchern der inneren Medizin und insbesondere der Magenkrankheiten findet sich fast nie eine Beschreibung der Hernie der weißen Linie, obgleich sich die damit behafteten Kranken fast stets zuerst an einen internen Arzt wenden. Vorwiegend sind davon Männer, u. zw. der arbeitenden Klasse befallen, nach W.'s Erfahrungen 2 v. H. aller (800) mit Verdauungsbeschwerden behafteten Kassenmitglieder. W. bespricht auf Grund seiner Beobachtungen Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung, G. letztere und die Anatomie des genannten Leidens. Litteraturzusammenstellung.

Georg Schmidt (Berlin).

---

16) **Bloodgood**. Akute dilatation of the stomach — gastromesenteric ileus.

(Annals of surgery 1907. November.)

B. bespricht jene Fälle, in welchen eine plötzlich auftretende Ausdehnung des Magens das Leben bei nicht rechtzeitiger ärztlicher Hilfe in hohem Maße gefährdet. Diese akute Magendilatation verbindet sich oft zu gleicher Zeit mit einer akuten Aufblähung des oberen Teiles des Duodenum. Eine Anzahl Autoren glauben, daß der dilatierte Magen am Mesenterium zerrt und auf diese Weise das durch das Mesenterium ziehende Duodenum an der Vereinigungsstelle des letzteren mit dem Jejunum knickt; sie sprechen dann von einem gastro-mesenterischen Ileus. Verf. läßt die Frage offen, ob dieser Ileus die Ursache der akuten Blähung des Duodenum ist. Jedenfalls kommt nach ihm aber auch eine Dilatation des Magens und Duodenums primär vor, ohne daß das Mesenterium daran beteiligt ist.

Es sind Verwechslungen mit hohem Darmverschluß möglich. Während jedoch bei diesen Schmerzen und Erbrechen ohne starke Darmblähung in die Erscheinung treten, sind bei der akuten Dilatation die Schmerzen gering oder gar nicht vorhanden, das Erbrechen und der Kollaps gehen aber mit einer enormen epigastrischen Aufblähung des Leibes einher.

Die akute Magen- und Dünndarmerweiterung ist im ganzen selten, sie tritt primär bei nach Krankheiten geschwächten Personen, dann aber auch vorzugsweise durch Bauchoperation ein. Die Mortalität beträgt 71%. Die Behandlung besteht in sofortiger Ausspülung des Magens; wenn diese nicht hilft, muß operiert werden; und zwar macht man, wenn die Dilatation am Pylorus aufhört, die hintere Gastrojejunostomie, wenn sie über den Pylorus hinaus auch das Duodenum ergriffen hat, die Gastrojejunostomie mit Jejuno-duodenostomie. Hervor-

gerufen wird die Dilatation scheinbar durch Toxine. In der Arbeit sind mehrere einschlägige Fälle unter Hinzufügen guter Abbildungen ausführlich besprochen. **Herhold** (Brandenburg).

---

17) **C. G. Cumston.** Ptosis of the abdominal viscera surgically considered.

(New York med. record 1907. Oktober 19.)

Nach C. tritt die Enteroptose besonders bei erblicher Disposition zur Erschlaffung des muskulären und fibrösen Gewebes auf. Beim Manne hängen die Hernien, bei der Frau der Bauchbruch, bei beiden die Varicen damit zusammen. Schwangerschaft und unzweckmäßiges Verhalten nach der Entbindung, Geschwülste und schlecht sitzende Korsetts tun das übrige.

Zur chirurgischen Behandlung der Enteroptose empfiehlt Verf. Hautschnitt vom Brustbein bis zur Symphyse und Freilegung der Mm. recti. Beide Muskeln werden fest aneinander genäht, so daß sie sich zum Teil decken. Dann wird der überschüssige Teil der vorderen Aponeurose reseziert und diese vereinigt und schließlich mit einem elliptischen Schnitt nach Bedarf die Bauchhaut verkleinert und genäht. **Loewenhardt** (Breslau).

---

18) **Van Swalenburg.** Strangulation resulting from distention of hollow viscera.

(Annals of surgery 1907. November.)

Verf. studierte die Einwirkung der überdehnten Darmwand auf die in ihr verlaufenden Blutgefäße an Tieren. Zu diesem Zwecke holte er nach Laparotomie eine Darmschlinge hervor und band in das eine Ende eine Kanüle, in das andere eine elektrische Lampe. Nun injizierte er langsam durch die Kanüle Wasser und beobachtete dann die erleuchtete Darmwand unter dem Mikroskop. Der Druck wurde durch ein Quecksilbermanometer gemessen, das mit der Kanüle in Verbindung stand. Bei 30 mm Druck wurde der Strom in den Kapillaren, bei 60 in den kleinen Venen, bei 90 mm in sämtlichen Blutgefäßen sehr langsam, und war in letzterem Falle eine bestimmte Stromrichtung nicht mehr zu bemerken. Bei 130 mm hatte die Zirkulation ganz aufgehört, die Blutkörperchen lagen still in den Gefäßen; erhöhte man den Druck noch etwas, so traten Ekchymosen auf. Gleiche Beobachtungen wurden am Wurmfortsatz gemacht. Es erhellt aus diesen Versuchen, daß die Zirkulation in den Darmwandgefäßen aufhört, wenn der Innendruck des Darmes gleich dem Druck in den Arterien ist; die Folge ist Effusion, Infiltration und schließlich Gangrän. Diese Zustände treten bei dem strikturierten Wurmfortsatz ein, wenn ein Kotpfropf hinter der verengten Stelle sitzt und keinen Abfluß der gestauten Sekrete gestattet. Ähnlich gestaltet sich die Erscheinung bei strangulierten Darmteilen. **Herhold** (Brandenburg).

---

19) **Cumston.** Tuberculosis of the caecum.
(Annals of surgery 1907. November.)

C. unterscheidet drei Formen der Blinddarmtuberkulose: 1) die ulzerierende, 2) die enteroperitoneale, 3) die hypertrophische. Bei der ersteren handelt es sich um tuberkulöse Ulzeration auf der Schleimhaut, bei der zweiten um ein Mitergriffenwerden des Mesenteriums, der um den Blinddarm gelegenen Lymphdrüsen und des umgebenden Bauchfells, bei der dritten endlich sind alle Schichten des Blinddarmes verdickt, besonders ergriffen ist die Mucosa und Submucosa; auch in der Umgebung ist ein entzündlicher sklerosierender Prozeß vorhanden. Die hypertrophische Form ist stets primär, der Wurmfortsatz kann mit in den Prozeß hineingezogen werden.

Klinisch entwickelt sich die Tuberkulose des Blinddarmes schleichend, es bestehen geringe Leibschmerzen und abwechselnd Durchfall oder Verstopfung, im Urin ist nicht selten Indikan anwesend. Bei der enteroperitonealen Form bilden sich in der Umgebung des Blinddarmes zuweilen Abszesse unter Fiebererscheinungen, bei der hypertrophischen Form fühlt man ein geschwulstartiges Gebilde, das eine Neubildung vortäuschen kann, bei beiden können sich Fisteln in den Bauchdecken zeigen. Als Operation kommt bei scharf abgegrenztem Prozeß die Resektion, bei Geschwulst- und Fistelbildung die bilaterale Exklusion des erkrankten Darmabschnittes in Frage. Ein lokaler Lungenherd bei guten Körperkräften ist keine Gegenanzeige gegen die Operation, wohl aber fortgeschrittene Lungentuberkulose oder Kräfteverfall.

Herhold (Brandenburg).

---

20) **C. Moore.** Rectal feeding. A review.
(Practitioner 1907. November.)

Die in der letzten Zeit erschienenen Arbeiten über rektale Ernährung werden einer eingehenden Kritik unterworfen. Die Untersuchungen von Cannon, Elliot und Smith haben ergeben, daß die Antiperistaltik im Colon transversum, ascendens, sowie im Coecum ein normaler Prozeß ist; periodisch etwa alle 5 Minuten auftretende und ungefähr 5 Minuten andauernde Kontraktionswellen treiben den Inhalt des Dickdarmes zum Blinddarme zurück und bringen die Massen auf diese Weise immer wieder mit der Absorptionsfläche in Berührung. Die Valvula Bauhini ist nach den Arbeiten von Elliot nicht nur eine mechanisch wirkende Klappe, sondern ein vom Sympathicus innervierter muskulöser Sphinkter, der bei der Kontraktion den Blinddarm vom Dünndarm abschließt. Unter gewissen Umständen tritt jedoch eine Insuffizienz dieser Klappe ein, und dann kann der Blinddarminhalt in den Dünndarm zurücktreten. So erklärt es sich, daß durch den After eingeführte Massen von dem betreffenden Individuum erbrochen werden konnten. In solchen Fällen ist auch für kurze Zeit eine relativ gute rektale Ernährung der betreffenden Kranken möglich, in allen anderen findet bei der Verabfolgung von Nährklysmen stets eine Unterernährung statt. Als bestes Nährmittel für »rektale

Fütterung« empfiehlt Verf. Eiweißkörper (Albumosen oder Peptone) in 10%iger Konzentration, Milch, Eigelb und Zucker, ebenfalls in 10%iger Konzentration, mit einem Zusatz von 1 : 100 Kochsalz.

Jenckel (Göttingen).

---

21) **Gelpke.** Hämorrhoiden, ihr Wesen und ihre Behandlung.

(Mediz. Klinik 1907. p. 1482.)

Reinbach's pathologisch-anatomisch gestützte Ansicht, daß die Hämorrhoiden angeborene Neubildungen seien, läßt sich — allerdings nur in einem Bruchteile der Fälle — auch klinisch begründen. G. führt selbstbeobachtete Fälle angeborener oder in den ersten Pubertätsjahren erscheinender Krampfadern an, bei welchen mechanische Blutstauung keine Rolle spielte, und überträgt diese Erfahrung auf Hämorrhoiden. Weiterhin werden die Ätiologie und Klinik des Leidens besprochen. Für die Mehrzahl der Kranken ruht das Hauptgewicht der Behandlung auf der Regelung der Kost, der tunlichsten Veränderung der Lebensweise, der Beseitigung der mechanischen Schädigungen des anhaltenden Sitzens, Stehens, der dauernden Rückenlage durch Gymnastik usw. Von chirurgischen Eingriffen ist der des praktischen Arztes die Einspritzung gerinnungsfördernder, ätzender Mittel. G. übte im Kantonalspitale Basel-Land seit Jahren mit gutem Erfolge die Teilexzision und die perkutane Umstechung; letztere seit 1900.

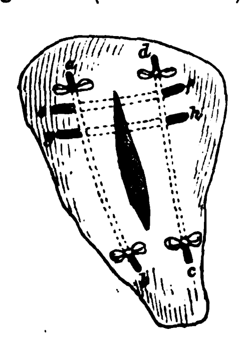
Georg Schmidt (Berlin).

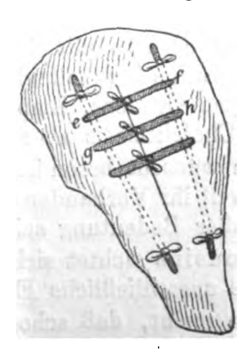
---

22) **Knott.** A new liver suture.

(Annals of surgery 1907. November.)

K. hat folgende Methode, Blutungen der Leberwunden zu stillen, an Hunden mit gutem Erfolge versucht. Mit stumpfen Nadeln wird seitlich der Wunde je ein ziemlich dicker Catgutfaden durch die Lebermasse geführt (*a b* und *c d*); an die herausragenden Enden wird





je ein neuer Catgutfaden schleifenartig gebunden, um das Zurückgleiten zu verhindern. Nun werden senkrecht zu den ersten Catgutfäden neue von einer Seite der Wunde zur anderen geführt, und zwar mit Ein- und Ausstich außerhalb der ersten Faden bleibend (*e f* und *g h* usw.). Beim Knoten derselben greifen diese letzteren Fäden um

die ersten Fäden, und es wird auf diese Weise das Durchschneiden durch die Lebermasse vermieden. **Herhold** (Brandenburg).

---

23) **Bland-Sutton.** Discussion on the medications for performing cholecystectomy.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Als Ref. über oben genanntes Thema auf der 75. Versammlung der British medical association tritt B.-S. als starker Verfechter der Cholecystektomie im Gegensatze zu der in Englend üblichen Cholecystostomie auf. Überall, wo ein operativer Eingriff wegen einer erkrankten Gallenblase für angezeigt gilt, ist die Ektomie am Platze. Verletzungen der Gallenblase, Cholecystitis mit und ohne Steine, Geschwürsdurchbruch der Gallenblase, Hydrops, Empyem, Fisteln und Krebs der Gallenblase. Für jede dieser Indikationen gibt er kurze Hinweise über die Vorzüge der Ektomie. Die Cholecystostomie hält er für einen überwundenen Standpunkt.

Sämtliche Diskussionsredner stehen auf einem weniger ausschließlichen Standpunkt. Maylard betont den Wert des Gallenabflusses durch die angelegte Gallenblasenfistel und die Erhaltung der Gallenblasenfunktion, und hält es daher für einen Irrtum, die Ektomie auszuführen, wo die Fistelanlegung dem angestrebten Zweck entspricht. Charters J. Symonds hat unter 44 Operationen 28mal die Gallenblase entfernt. Er hält eine größere Bevorzugung der Ektomie, wie sie sich zurzeit geltend macht, für berechtigt wegen ihrer Vorteile, will sie aber nicht ohne weiteres als Operation der Wahl hingestellt wissen. Er stellt unter anderen als Anzeige zur Ektomie folgende Zustände auf: geschrumpfte, narbige Gallenblase, Stenosen am Cysticus, Zerfetzung der Gallenblase während der Extraktion von Steinen, akute Cholecystitis.

Stanmore Bishop hält ebenfalls die Ektomie nicht für die allein berechtigte Operation bei Gallenblasenleiden. Bei Gangrän, Karzinom, undurchdängigem Cysticus, Empyem oder Hydrops ist sie am Platze, bei einfacher Cholelithiasis aber nicht.

Malcolm wünscht besonders deshalb die Erhaltung der gesunden Gallenblase, weil ihr Vorhandensein in später eintretenden Krankheitsfällen von großer Bedeutung sein kann.

Ward Cousins richtet sich je nach dem Befund und wendet sich gegen die ausschließliche Empfehlung der Ektomie.

Cameron meint, daß schon vor 20 Jahren Lawson Tait mit großem Eifer in der gleichen Weise wie jetzt B.-S. die Ektomie als die leichtere, sicherere und darum empfehenswertere Methode hingestellt habe. Die Erfahrungen der späteren Chirurgie haben aber seinen Standpunkt als irrtümlich erwiesen.

Newbolt: Die Cholecystostomie heilt fast alle Fälle von chronischer Cholelithiasis; läßt sie im Stiche, so ist die Ektomie am Platze.

Rodman: Der Ektomie gehört ein breiteres Wirkungsfeld als jetzt, aber die Cholecystostomie genügt für sehr viele Fälle.

Sinclair White: In der Mehrzahl der Fälle ist die Ektomie unnötig.

Weber (Dresden).

I.

Beitrag zur Frage der Sensibilität der Abdominalorgane.

Von

Dr. Emil Haim,

Chirurg und Frauenarzt in Budweis.

Bekanntlich hat Lennander durch seine zahlreichen Untersuchungen, deren Ergebnisse er in mehreren Arbeiten niedergelegt hat[1], gezeigt, daß die Organe der Bauchhöhle keinen der bekannten vier Gefühlssinne, weder Schmerz- noch Druck-, Wärme- oder Kältesinn haben, und daß ihre Erkrankungen erst dann schmerzhaft werden, wenn das Peritoneum parietale dabei gereizt werde.

Nun haben Kast und Meltzer das Problem der Sensibilität der Bauchorgane in einer Reihe von Experimenten an Katzen und Hunden im Rockefeller Institut for Medical Research in Angriff genommen und sind dabei zu Resultaten gekommen, welche sie in einer Aufsehen erregenden Arbeit[2] veröffentlichten. Sie stellen folgende Thesen auf: »Die derzeit herrschende Anschauung, gegründet auf exakte chirurgische Beobachtungen, ist die, daß die Baucheingeweide sowohl im normalen als auch entzündeten Zustande keiner Schmerzempfindung fähig sind. Wir haben am Tierexperiment gefunden, daß die Empfindlichkeit für Schmerzeindrücke vorhanden ist in normalen Organen, und daß dieselbe beträchtlich erhöht ist in entzündeten Organen. Wir haben weiter gefunden, daß eine subkutane oder intramuskuläre Injektion einer relativ kleinen Dose von Kokain imstande ist, diese Empfindlichkeit in normalen wie in entzündeten Eingeweiden vollständig aufzuheben. Wir gelangen deshalb zur Annahme, daß die Anästhesie der inneren Bauchorgane, wie sie von den Chirurgen festgestellt wurde, in dem Gebrauche von Kokain ihre Erklärung findet.«

Die Autoren heben auch an anderer Stelle hervor: Ohne den geringsten Zweifel an der Richtigkeit der Tatsachen zu hegen, daß nämlich bei Operationen unter Schleich's Anästhesie die Baucheingeweide völlig unempfindlich werden, nehmen wir an, daß diese Unempfindlichkeit ihren Grund wesentlich in der allgemeinen Wirkung des injizierten Kokains hat und nicht in dem Mangel an Empfindungsfähigkeit dieser Organe.

Die hier aufgestellten Behauptungen sind von einer so großen Bedeutung, daß sie nicht unwidersprochen bleiben dürfen. Ohne den geringsten Zweifel an der Richtigkeit der Tierexperimente zu hegen, behaupte ich, daß diese Verhältnisse für den Menschen nicht zutreffen. Wie ich mich selbst schon früher gelegentlich zahlreicher Operationen am Magen-Darmkanal überzeugt hatte, haben die Abdominalorgane des Menschen wirklich keinen der vier obenerwähnten »Gefühlssinne«. Die Operationen wurden auf die Weise ausgeführt, daß die Pat. nur zur Eröffnung des Bauches leicht narkotisiert wurden, und daß dann die Narkose vollständig ausgesetzt und die Operation am Magen-Darmkanal ganz ohne Narkose, während man sich mit dem Pat. unterhielt, ausgeführt wurde. Nur zur Reposition der Eingeweide und zur Bauchnaht wurde wieder narkotisiert. In den meisten Fällen wurde freilich

---

[1] Insbesondere Lennander, Leibschmerzen, ein Versuch, einige von ihnen zu erklären. Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. XVI. Hft. 1.

[2] Kast und Meltzer, Die Sensibilität der Abdominalorgane und die Beeinflussung derselben durch Kokain. Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 19.

vorher eine Morphiuminjektion gegeben; auch hatte ich damals keinen Grund, auf die Sensibilitätsverhältnisse der Abdominalorgane besonders zu achten.

Nach Erscheinen des obenerwähnten Artikels wartete ich auf einen geeigneten Fall, um diese Verhältnisse klarzustellen.

Ich hatte nun vor kurzer Zeit Gelegenheit, bei einer intelligenten 44jährigen Pat. wegen Carcinoma pylori, das nicht mehr exstirpierbar war, eine Gastroenterostomia retrocolica posterior (nach v. Hacker) anzulegen.

Die Pat. erhielt nur einige Tropfen von Billroth-Mischung behufs schmerzloser Durchtrennung der dünnen, atrophischen Bauchdecken und Vorlagerung des Magens und der Dünndarmschlinge; sie war hierauf vollständig bei Bewußtsein und beantwortete klar alle an sie gestellten Fragen.

Es zeigte sich nun, daß sowohl der Magen als auch der Darm, sowie die Gallenblase, die Leberoberfläche für die obenerwähnten Gefühlsqualitäten völlig unempfindlich waren; man konnte insbesondere den Magen und den Darm kneipen, mit der Pinzette quetschen, mit warmer oder kalter steriler Kochsalzlösung übergießen, ohne daß die Pat. eine Schmerzäußerung von sich gab. Der geringste Zug jedoch am Magen oder Darm, sowie die Berührung des Peritoneum parietale wurden von lebhaften Schmerzäußerungen begleitet.

Die minimale Menge des Narkosegemisches konnte hier keinesfalls irgendeinen Einfluß auf die Empfindlichkeit der Organe ausgeübt haben.

Das Narkosegemisch, welches nur sehr kurze Zeit angewendet wurde, wirkt doch auf das Großhirn, und da wäre es irrationell, anzunehmen, daß es gerade auf die Bauchorgane eine so nachhaltige Wirkung ausgeübt haben sollte, während der ganze übrige Körper davon unbeeinflußt blieb.

Es folgt also daraus, daß die von Lennander gefundenen Verhältnisse zu Recht bestehen, daß die Abdominalorgane unempfindlich sind, und daß die Annahme von Kast und Meltzer, wonach die Unempfindlichkeit der Baucheingeweide ihren Grund wesentlich in der allgemeinen Wirkung des injizierten Kokains hat, eine irrige ist.

Die Abdominalorgane des Menschen sind gegen mechanische und thermische Reize unempfindlich und haben keine Schmerzempfindung.

II.

Aus der chirurgischen Heilanstalt Prof. Leser in Halle a. S.

Pseudoappendicitis hysterica.

Von

Dr. A. v. Rothe,

I. Assistenzarzt.

Veranlassung zu diesen Zeilen gibt mir der Artikel Kausch's: »Beiträge zur Hysterie in der Chirurgie« (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVII Hft. 3 u. 4), indem Kausch bei sehr sorgfältiger Sichtung der Literatur nur 11 Fälle von Pseudoappendicitis hysterica fand, die durch nachfolgende Operation resp. Autopsie einwandfrei als solche bewiesen sind. Es sind dies vier Fälle von Dubois, zwei von Sander, je einer von Binswanger, Perier, Robry, Schwarz, Kausch. Zu diesen möchte ich zunächst einen neuen hinzufügen.

Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Am 11. April 1907 erkrankt das Dienstmädchen Emma L., 22 Jahre alt, das früher stets gesund gewesen sein will, an »Magendrücken« und Schmerzen in der Nabelgegend. Am 19. April erfolgt Erbrechen teils frisch genossener Speisen, teils gallig. Die Schmerzen werden in den nächsten Tagen allmählich stärker und konzentrieren sich in die Ileocoecalgegend, mehrmals täglich Erbrechen. Als ich die

Pat. am 22. April zum erstenmal untersuchte, stellte ich folgenden Befund fest: Pat. liegt mit angezogenen Beinen im Bett, Zunge trocken, Atmung oberflächlich, nicht abnorm frequent. Abdomen wenig aufgetrieben, rechter Rectus sehr stark gespannt, in der Ileocoecalgegend so starke Druckempfindlichkeit, daß Pat. bei der schonendsten Berührung aufstöhnt. Ein Tumor ist wegen der starken Rectusspannung nicht zu fühlen. Stärkere Palpation vermied ich, um nicht event. Verwachsungen zu zerreißen. Temperatur 38,2 in der Achselhöhle, Puls 96. Gallenblase sowie die Adnexe normal. Die Diagnose lautete: Appendicitis acuta mit beginnender zirkumskripter Peritonitis.

Aufnahme in die Klinik. Pat., die die Schwester irrtümlicherweise ein paar Schritte gehen läßt, tut dies mit sichtbarer Anstrengung, vornübergekrümmtem Oberkörper, beide Hände an die Ileocoecalgegend haltend. 23. April Operation. Schon nach dem Auflegen der Maske (noch ohne Chloroform) erfolgte ein typischer hysterischer Krampfanfall, der mich jedoch von der Laparotomie nicht abhielt, da ich eine echte zirkumskripte Peritonitis nicht ausschließen zu können glaubte. Es finden sich nirgends Verwachsungen, der exstirpierte Wurmfortsatz weist weder die geringsten Zeichen akuter Entzündung noch Kotsteine oder alte Narben auf. Naht der Bauchdecken. Reaktionslose Heilung, während deren Verlauf die Temperatur nie 37,6 übersteigt.

Am 3. Tage nach der Operation klagt Pat. über Magenschmerz, der aber nicht wieder auftritt, als ihr gesagt wird, auch aus dem Magen sei das Kranke entfernt, ein Schmerz daselbst sei ganz unmöglich. Nunmehr werden auch andere hysterische Symptome (Ovarie usw.) bei ihr festgestellt. Bemerkenswert ist, daß Pat. bis jetzt nie mehr Beschwerden seitens des Magen-Darmkanales gehabt haben will, nur hin und wieder Stechen in der Narbe.

Es handelte sich also um eine Pseudoappendicitis hysterica, die man wohl mit voller Berechtigung den 11 von Kausch zusammengestellten Fällen beigesellen kann, die wir nach Dubois als Pseudoappendicitis hysterica mit zirkumskriptem Peritonismus zu bezeichnen hätten. Ebenso halte ich die Temperatursteigerung auf 38,2 bei einem Puls von 96 für »hysterisches Fieber«.

Wenn auch eine von Kausch (Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1907, 3. Suppl.-Bd. »Das hysterische Fieber«) als Beweis für den hysterischen Charakter des Fiebers aufgestellte Forderung: Gleichzeitige Messung in After und Achselhöhle hier nicht erfüllt ist, so glaube ich doch jede künstliche oder akzidentelle Ursache für das Fieber mit Bestimmtheit ausschließen zu können. Die Messung nahm ich selbst vor und hielt während 10 Minuten den Arm der Pat. Eine Angina oder sonstige organische Erkrankung war nicht nachweisbar. Es handelt sich also hier zweifellos um einen jener Fälle, bei denen die Hysterie eine organische Erkrankung derart vortäuscht, daß eine Unterscheidung unmöglich erscheint.

Und doch haben wir in jüngster Zeit durch einen von Rovsing-Kopenhagen (Zentralblatt für Chirurgie 1907 Nr. 43) angegebenen Handgriff ein Mittel, das mir berufen erscheint, uns die Differentialdiagnose zwischen echter und hysterischer Appendicitis ganz wesentlich zu erleichtern, wenn nicht zu sichern. Leider erhielt ich erst nach Heilung meines Falles Kenntnis davon. Rovsing gibt zur Differentialdiagnose der Perityphlitis von Salpingitis usw. etwa folgenden Handgriff an. Man drückt mit der flach auf das rechte Hypogastrium aufgelegten linken Hand das Colon descendens zusammen und sucht dadurch, daß man rechte und linke Hand abwechselnd, immer der Flexur sich nähernd, aufdrückt, die Darmgase gegen das Coecum zu drängen. Es tritt dann bei echter akuter Appendicitis durch den Druck der Gase auf die entzündete Schleimhaut des Prozessus ein typischer Schmerz in der Ileocoecalgegend, etwa McBurney's Punkt entsprechend, auf, der bei den differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen fehlt; der Handgriff hat mich, seit ich ihn ausübe, noch nie im Stich gelassen.

Ich habe nun die Überzeugung, daß derselbe gerade zur Differentialdiagnose der hysterischen Appendicitis — die Rovsing allerdings nicht erwähnt — von unschätzbarem Werte ist; ich habe an einem späteren Falle, der stark auf

Appendicitis hysterica verdächtig war, gefunden, daß der typische Schmerz in der Ileocoecalgegend bei Druck auf das Colon descendens nicht eintrat. Natürlich darf man den Pat. nicht vorher darauf aufmerksam machen, daß bei Druck auf die linke Seite des Abdomens auch rechts ein Schmerz entstehen kann, da ja doch jeder Hysterische alles aufgreift, um seine Erkrankung möglichst schwer hinzustellen. Jedenfalls möchte ich den Herren Kollegen raten, den oben geschilderten Druck auf das Colon descendens gerade bei Appendicitiden hysterischer Kranker einer weiteren Nachprüfung zu unterziehen.

---

24) **J. F. Schamberg** (Philadelphia). Multiple Karzinombildung, Hyperkeratose und Ulzerationen der Haut nach übermäßig langem Arsengebrauch.

(Journ. of cutan. diseas. 1907. Januar.)

Verf. berichtet über einen Pat., der wegen Psoriasis 25 Jahre hindurch Sol. Fowleri, und zwar zeitweise mehrere Monate hindurch täglich 30 Tropfen genommen hatte. Außer einer Fissur auf hyperkeratotischer Basis, die später wegen karzinomatöser Entartung zur Ablatio zwang, bekam er am rechten Unterschenkel eine etwa haselnußgroße Effloreszenz, deren mikroskopisches Bild massige Proliferation und Durchbruch von Epithelzellen in das Corium zeigte.

S. ist mit Hutchinson der Ansicht, daß dieser karzinomatöse Ausgang eine direkte Folge des Arsengebrauches ist; gleiche Berichte liegen vor von Hartzell, Hyele, White und Braque, welcher aufeinander folgend Melanoderma, Hyperkeratose und Karzinomatose sah. Hyperkeratose sei nicht immer vorangehend.

In einem zweiten Falle beobachtete S. ($4^1/_2$ Jahre hindurch 3mal täglich 5 Tropfen Sol. Fowleri wegen Psoriasis) tiefe Ulzerationen an den Unterschenkeln. JK und Hg brachten neue Ausbrüche hervor. Nach seiner Ansicht können Ulzerationen und selbst gangränöse Veränderungen durch längeren Arsengebrauch entstehen; Septumperforationen sind sogar darauf zurückgeführt worden (?!). Bazin, Moreira, Gourbeyre beschrieben ähnliche Fälle.

In der Diskussion sind Stellwagon und Gilchrist der Ansicht, daß das Epitheliom nach Arsen nur akzidentell sei und keine direkte Folge derselben; Montgomery und Hartzell pflichten dagegen S. bei; letzterer erinnert an das häufige Vorkommen von Karzinom bei Arbeiten in Arsenikwerken Preußens. Dagegen fragt Winfield mit Recht, ob denn bei den Arsenikessern im Kaukasus das Epitheliom häufig sei?

S. bleibt dabei, daß das Epitheliom eine direkte Folge des Arsengebrauches sei und die Hyperkeratose nur ein Vorstadium des Karzinoms.

Grosser (Breslau).

25) **W. F. Robertson.** Note on the presence and significance of certain rod-shaped bodies in the cells of carcinomatous tumors.

(Lancet 1908. Januar 25.)

Verf. vermochte seine früher mit H. Wade gezeitigten Befunde (cf. Lancet 1907 August 10) neuerdings durch die Anwendung einer anderen Färbetechnik zu bestärken und zu erweitern. Er färbt jetzt die Schnitte mit Palladium-Methylviolett, einer Färbung, die er früher im wesentlichen für Nervengewebe anwandte. Er untersuchte 36 verschiedene Geschwülste und fand bestimmte stäbchenförmige Körperchen in einzelnen Karzinomarten regelmäßig vor. Die Stäbchen waren ca. 3 μ lang und 0,3 μ dick, sie lagen in der Regel intrazellulär bezw. intranukleär. Da die Methode auch elastische Fasern färbt, so konnten extrazelluläre Gebilde nicht mit Sicherheit von solchen unterschieden werden.

Verf. fand die Gebilde in allen 10 Mammakarzinomen, in allen 10 squamösen Epitheliomen, in den beiden untersuchten malignen Adenomen des S romanum, in einer Krebsmetastase der Leber, in einem Prostatakrebs, in einer Dura mater-

Krebsmetastase und in einer Geschwulst der Chorioidea. Sie fehlten in 5 Adenomen der Brust, einem Adenom und einem Myom des Uterus, einem Papillom, einem Gliom des Gehirns, einem Spindelzellensarkom, desgleichen in normalem squamösen Gewebe, in normaler Brustdrüse, bei chronischer Mastitis und im Gehirngewebe.

Die Körperchen, die in 2 Mikrophotographien abgebildet sind, fanden sich bis zu mehr als 100(!) in einem Gesichtsfeld der Ölimmersion. Nicht sichtbar waren die Körperchen in Kontrollpräparaten gefärbt nach Gram, Ziehl-Nelson, mit Karbol-Thionin und mit Methylenblau. Mit den letzten beiden Methoden waren die größeren Formen als schwach gefärbte Körperchen sichtbar zu machen.

In einem Anhang ist die Färbetechnik für Interessenten zur Nachprüfung eingehend beschrieben. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

26) **E. de Massary** et **P. Weil.** Carcinose généralisée; cancer des doigts simulant des troubles trophiques.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 144.)

M. und W· berichteten in der Soc. méd. des hôpitaux folgendes:

Pat. wurde als Phthisiker behandelt. Man nahm an, von der Affektion beider Spitzen sei eine akute Miliartuberkulose ausgegangen. Dreimalige Calmette'sche Reaktion fiel positiv aus. Unter den Fingernägeln hatten sich zunächst Ekchymosen gebildet, es war Kapillarpuls zu sehen. Dann bildeten sich richtige Trommelschlägelfinger aus, und schließlich entstand an einem Finger eine höckrige Geschwulst.

Tatsächlich litt der Kranke an von einer Niere ausgehender allgemeiner Karzinose ohne eine nachweisbare Spur von Tuberkulose. Die Veränderungen der Finger waren hervorgerufen durch Metastasen. **V. E. Mertens** (Kiel).

27) **A. Lindemann.** Ein Beitrag zum Carcinoma sarcomatodes.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 419.)

Fall eines Carcinoma sarcomatodes des Magens bei einem 46jährigen Maurer, der die ersten Symptome 10 Monate vor dem Tode merkte. Die Geschwulst brach durch die Bauchwand durch und führte zu Metastasen in Leber, Milz, Lunge, Gekrös- und Halslymphdrüsen. Das makroskopische Aussehen der Magengeschwulst sprach mehr für Karzinom, daß der Drüsenmetastasen mehr für Sarkom. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Parenchym aus großen polymorphen Zellen mit Rundzellenstroma. Da Magen- und Metastasengeschwulst dieselbe Struktur hatten, so glaubt Verf., daß es sich um gleichzeitig beginnende atypische Epithel- und sarkomatöse Bindegewebswucherung handelt.

Ein zweiter Fall betraf eine 64jährige Frau mit Carcinoma sarcomatodes cervicis und retroperitonealen und mesenterialen Metastasen.

Goebel (Breslau).

28) **Rubesch.** Über einen Fall von Knochenbildung (Myositis ossificans traumatica) in den Bauchdecken.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Das Narbenbindegewebe einer operierten Hernia epigastrica war der seltene Sitz einer echten Knochenbildung. Das Operationstrauma, ein kleiner postoperativer Bluterguß und versenkte Seidenfäden bildeten vielleicht die äußere Veranlassung dazu bei dem sonst gesunden 43jährigen Manne, können aber allein ohne die Voraussetzung einer gewissen Disposition die Knochenbildung in der im übrigen reaktionslos vernarbten Operationswunde nicht bewirkt haben.

Gutzeit (Neidenburg).

29) **M. v. Čačković.** Beiträge zur Kasuistik von Brust- und Bauchverletzungen.

(Liečnički viestnik 1906. Nr. 10. [Kroatisch.])

1) Ein Fall von geheilter Schußverletzung des Darmes.

Das 7jährige Bauernmädchen erhielt aus ganz geringer Entfernung einen

Schrotschuß in den Bauch. Pat. konnte zu Fuß nach Hause gehen. Nach ca. 4½ Stunden Erbrechen.

8½ Stunden nach der Verletzung Laparotomie (Dr. Wikerhauser). Das Bauchfell injiziert, Auflagerungen von Fibrin. Im Darm viel Inhalt. Zwischen den Darmschlingen an mehreren Stellen merkliche Mengen von Nahrung (Maisbrei). Im Jejunum vier hanfkorngroße Löcher, die vernäht wurden. Auswischen der Bauchhöhle. Drainage in die rechte Seite und gegen die Ileocoecalgegend. Nach anfänglich schwerem Verlauf tritt Heilung ein.

2) Eine Schußverletzung mit einer ungewöhnlichen Ladung.

Einem 11jährigen Knaben entlud sich eine Reiterpistole, mit der er spielte, in die rechte Brustseite im 5. Interkostalraum etwas innerhalb der Mammillarlinie; die Pistole soll mit einem Holzstück geladen gewesen sein. Hämopneumotharax, später Pyothorax mit Perforation in die Bronchien. Erst nach drei Wochen wird der septische Kranke ins Krankenhaus gebracht.

Resektion der 5. und 6. Rippe. Man findet eine vordere 2 cm breite und 4 cm tiefe Höhle, die sich nach rückwärts trichterartig verengt. Dieser Trichter läßt sich stumpf erweitern, und man kommt in eine hintere größere Höhle, aus der man mit einer Kornzange ein 11 cm langes walzenförmiges Holzstück von 2 cm Durchmesser und noch ein zweites 3 cm langes und 1 cm breites Holzstück entfernt. Drainage mit Jodoformgaze. Langsame Heilung unter starker Eiterung.

Das massige Projektil hatte die 6. Rippe zerschmettert, in der vorderen Bucht der Pleura den Lungenrand, dann die obere Fläche der Leber verletzt und war in der hinteren Thoraxwandung stecken geblieben.

3) Ein Fall von Verletzung des Bauches durch Pfählung.

Der 11jährige Knabe fiel aus einer Höhe von drei bis vier Metern auf einen Zaunpfahl. Er rief um Hilfe, »obwohl ihm nichts geschehen sei«. Erst als er vom Zaun abgenommen wurde bemerkte man, daß ihm Darm vorfalle. Laparotomie zwei Stunden nach der Verletzung. Keine Darmverletzung. Einführung eines Jodoformgazestreifens. Naht der Wunde. Nach 2tägiger Peritonealreizung glatte Heilung. (Selbstbericht.)

30) **Dubujadoux.** Contusion de l'abdomen. Hémorragie par lésion de vaisseaux epiploiques sans déchirure apparente de l' épiploon.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. November.)

Nach einem Schlag vor den Bauch entwickelten sich bei einem Soldaten alle Anzeichen einer Peritonitis (aufgetriebener, gespannter Leib, schneller, schwacher Puls, verfallenes Aussehen). Bei der Laparotomie fand man den Leib voller Blut, konnte aber trotz sorgfältigen Nachsuchens weder an den Därmen noch am Mesenterium, Netz usw. einen Riß finden. Im Netz saß ein dicker Blutklumpen fest, der scheinbar von einem zerrissenen Gefäße des Netzes herrührte. Nach Schluß der Bauchhölenwunde trat ein verhältnismäßig schneller und günstiger Heilungsverlauf ein. **Herhold** (Brandenburg).

31) **V. Pauchet.** Deux cas de contusion grave de l'épigastre.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 3.)

1. Fall. Ein 35jähriger Mann stürzte etwa 1 m hoch vom Pferde mit dem Leib auf einen im Boden stehenden Holzpflock. Zunächst machte die Verletzung keinen schweren Eindruck, 24 Stunden später wies jedoch alles auf eine schwere intraabdominelle Verletzung hin. Die Laparotomie zeigte den Mechanismus der Verletzung. Der Pfahl hatte den Leib links vom Nabel getroffen und hatte auf der Wirbelsäule als harter Unterlage einen Hauptast der Meseraica derart gequetscht, daß es zur Thrombose des dem oberen Viertel des Jejunum zugehörenden Mesenteriums gekommen war. Nekrose des zugehörenden Darmabschnittes, Austritt von Darminhalt und schwere Infektion des weit von Peritoneum entblößten retroperitonealen Bindegewebes. Eine Peritonitis bestand nicht. Bei dem desolaten Allgemeinzustande wurde von jedem Eingriff abgesehen und der Leib geschlossen. Tod nach kurzer Zeit.

2. Fall. Ein 18jähriger Mensch erhielt einen Hufschlag gegen den Leib, er wurde, da nach zweimaligem Erbrechen sich der Zustand nicht verschlimmerte, exspektativ behandelt. In der Folgezeit beherrschten das Krankheitsbild eine gewisse Anämie, Auftreibung der Gegend oberhalb des Nabels und eine sehr ausgesprochene Empfindlichkeit des Magens, der auf jede Nahrungszufuhr mit heftigen Schmerzen reagierte. Einen Monat nach der Verletzung traten ohne jede Veranlassung Erbrechen, Meteorismus, erhöhte Pulsfrequenz, Fieber ein, die nach Bettruhe zurückgingen. Die Untersuchung vor der Operation ließ die Diagnose auf eine große retrogastrische Flüßigkeitsansammlung stellen. Schrägschnitt am linken Rippenrand. Nach Vorlagern des Magens nach rechts wird durch das stark infiltrierte Ligamentum gastrocolicum eine 5—6 l einer blutigen Flüssigkeit fassende Höhle eröffnet. Außer Blutbestandteilen ließen sich spezifische Stoffe — Pankreasfermente, Magensaft — nicht nachweisen. Drainage der Höhle. Heilung.

Müller (Dresden).

32) **F. M. Caird.** Twenty-five consecutive cases of operation for perforated gastric and duodenal ulcers.

(Scottish medical and surgical journal 1906. September.)

Unter 25 Fällen C.'s von perforiertem Magen- und Duodenalgeschwür zeigten 18 Erbrechen.

In 7 Fällen ausgeführte Blutkörperchenzählungen ergaben eine Leukocytose von 7000—25000.

C. empfiehlt nur die Naht der Perforationsstelle, nicht Exzision des Geschwüres. Gleichzeitige Anlegung einer Gastroenteroanastomose befürwortet er, desgleichen Ausspülung und Drainage des Douglas.

18 Perforationen saßen auf der vorderen Magenwand, 3 im Duodenum. Von dem Peritonealinhalt waren in 11 Fällen Kulturen angelegt worden, in 7 Fällen konnten Mikroorganismen nachgewiesen werden. Häufig fanden sich Colibazillen.

Von den 10 Männern starben 4, von 15 Frauen 5. In 2 Fällen stellte sich in der Rekonvaleszens Empyem ein; die beiden Kranken genasen nach Rippenresektion.

E. Moser (Zittau).

33) **H. French.** The subsequent histories of patients who have recovered after operation for perforated gastric or duodenal ulcer.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Bei allen 30 Kranken wurde das Geschwür übernäht oder exzidiert, keine Gastroenterostomie gemacht. Über 18 konnten Nachforschungen angestellt werden; davon waren 15 beschwerdefrei. Zwei Kranke wurden ohne Erfolg wegen Verwachsungsbeschwerden relaparotomiert, ein anderer, wegen Ileus relaparotomiert, starb an Pneumonie.

Deetz (Homburg v. d. H.).

34) **Groves.** Case of primary pneumococcal peritonitis.

(Intercolonial med. journ. 1907. Dezember 20.)

Fall von primärer Pneumokokkenperitonitis bei einem 6jährigen Mädchen, ohne vorhergehende Lungenerscheinungen. Das Symptomenbild entsprach einer vom Wurmfortsatz ausgehenden allgemeinen Peritonitis. Jedoch ergab die Operation, daß der Fortsatz gesund war; Därme nur leicht injiziert, trübes Serum überall im Bauche, nirgends Verwachsungen; in der entfernten Flüssigkeit nur pneumokokkenähnliche Mikroorganismen. Drainage. Tod nach 3 Tagen.

Mohr (Bielefeld).

35) **v. Haberer.** Appendicitis chronica adhaesiva.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Für die von Ewald als Appendicitis larvata, von Klemm sehr treffend als »chronische, anfallsfreie Appendicitis« bezeichnete Form gibt v. H. sieben Beispiele unter dem Namen Appendicitis chronica adhaesiva.

Charakteristisch für dieselbe ist, daß die Pat. nie Anfälle gehabt haben, die an Appendicitis denken ließen. Die Kranken, meist im Alter zwischen 45 und 62 Jahren, litten an sehr hartnäckiger Verstopfung, beträchtlicher Abmagerung und Schmerzen dumpfen Charakters, bis zu Koliken sich steigernd. Der Untersuchungsbefund ist meist negativ, besonders findet sich am Mc Burney'schen Punkt keine Druckempfindlichkeit. Die Diagnose lautete meist auf Verdacht einer bösartigen Neubildung. Die deshalb ausgeführte Laparotomie aber ergab keine solche, vielmehr Verwachsung der Därme in verschiedenen Gegenden, am stärksten aber in der Coecalgegend, und da der Wurmfortsatz stets chronisch entzündliche Veränderungen, wie Narben, Knickungen oder abnorme Wandverdickung zeigte, so war die Ursache des ganzen Krankheitsbildes in dieser chronischen Appendicitis zu erblicken. Exstirpation des Wurmes und Lösung der Verwachsungen brachte in der Regel Heilung. **Haeckel** (Stettin).

36) **Cosentino.** Contributo allo studio degli ascessi subfrenici post-appendicitici.

(Policlinico, Sez. chir. 1907. Nr. 6—9.)

C. verbreitet sich ausführlich über die verschiedenen Wege, auf welchen eine Appendicitis zu subphrenischem Abszeß führen kann. Den bisher beschriebenen fügt er einen weiteren hinzu, von der Fossa iliaca ins properitoneale Gewebe der Bauchwand und in demselben weiter unter den Peritonealüberzug des Zwerchfells. Ein Abszeß vor und unterhalb der Leber setzte sich in einem von C. beobachteten Fall in der beschriebenen Weise über die Leber hinauf fort.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

37) **K. Schulze.** Über intraperitoneale Sauerstoffinfusionen bei Ascites tuberculosus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Adolf Schmidt hat die Infusionen von reinem Sauerstoff bei tuberkulöser Peritonitis angegeben; S. berichtet über die Erfolge in der Schmidt'schen Abteilung des Dresdener Krankenhauses. Das Verfahren wurde so geübt, daß der Ascites abgelassen und durch die liegenbleibende Kanüle sofort 500—1800 ccm, im Durchschnitt 1500 ccm Sauerstoff infundiert wurden; ein besonderer Apparat dafür wird abgebildet.

Alle zur Beobachtung kommenden sieben Fälle wurden unterschiedslos dieser Behandlung unterworfen. Das Resultat ist außerordentlich günstig. Alle Pat. waren bei der Nachuntersuchung nach $1^1/_2$—2 Jahren arbeitsfähig und frei von Ascites; bald nach der Infusion begann die Resorption des Ascites; nur einmal war eine zweite Einblasung nötig. Spätere Rezidive sind möglich, wurden aber nur einmal beobachtet; in diesem Falle wurde der Ascites noch zweimal punktiert, $1^1/_2$ Jahre nach der Punktion war nach schriftlicher Mitteilung das Befinden im allgemeinen gut.

Die Infusionen werden gut ertragen; in etwa der Hälfte der Fälle traten leichte Reizerscheinungen auf, die sich in Schmerzen, Erbrechen, event. Durchfällen äußern. Zur Erklärung der Wirkung muß man wohl annehmen, daß der Sauerstoff einen Reiz auf das Bauchfell ausübt, ob durch Hyperämie des Bauchfells oder durch chemische Beeinflussung des Exsudates resp. der Bazillen, muß dahingestellt bleiben. **Haeckel** (Stettin).

38) **Serafini.** Ernia da smogliatura, intraparietale della regione periinguinale.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1907. Nr. 9—11.)

Die Hernie trat bei einem jungen Mann als centesimegroße, flache Anschwellung der rechten Leistengegend zutage, war nicht reponibel, eine Bruchpforte war direkt über dem Lig. Pouparti zunächst dem inneren Leistenringe zu fühlen. Sie hatte keine Beziehung zum Leistenkanale, sondern trat 3 cm nach außen vom inneren Ring durch eine Muskellücke zwischen Obliquus internus und externus.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

39) **Vésard.** Étranglement de l'appendice chez une femme au niveau de l'orifice crural droit.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 2.)

Den wesentlichen Inhalt besagt der Titel. Der Wurmfortsatz war nicht entzündet, er trug einen Inkarzerationsring, zu dessen beiden Seiten sich das Organ auch histologisch unverändert erwies. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

40) **Chichester.** Strangulation of a hernia by a suppurating appendix.

(Brit. med. journal 1907 Dezember 7.)

Ein 14jähriger Knabe machte einige Jahre vor seiner jetzigen Erkrankung eine Radikaloperation eines Leistenbruches durch. Man fand damals Blinddarm und Wurmfortsatz als Inhalt, ließ aber letzteren darin. Bei der jetzt wegen Einklemmung seines rückfälligen Leistenbruches vorgenommenen Herniotomie fand man den Wurmfortsatz gangränös und entleerte bei Spaltung des einklemmenden Ringes einen jauchigen Abszeß. Die Appendicitis war die Ursache der Einklemmung gewesen. **Weber** (Dresden).

41) **W. Kopfstein.** Eine seltene Hernie (isolierte Brucheinklemmung von Appendices epiploicae).

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 48.)

In einem inguinalen Bruchsacke waren zwei Appendices eingeklemmt und machten die Erscheinungen eines eingeklemmten Netzbruches; Erbrechen und Meteorismus fehlten. Solche Einklemmungen sind bisher nicht oft beschrieben; sie traten stets links auf. Die Literatur wird besprochen. **Schmieden** (Berlin).

42) **L. Lapeyre.** Sur l'omentovolvulus ou torsion du grand epiploon.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 5.)

L. hat zwei Fälle von Torsion des großen Netzes beobachtet und operiert. Der eine Fall betraf einen Mann mit einem rechtsseitigen Leistenbruche, dessen Inhalt ein blauschwarz verfärbtes Netzstück war. Ein Schnürring ließ sich nicht feststellen. Die blauschwarze Verfärbung des Netzes reichte noch ein Stück in den freien Bauch und fand ihr Ende an einer daumendicken Stelle, wo das Netz sich dreimal um sich selbst gedreht hatte. Resektion. Heilung. Der zweite Fall bot den Typus der unter dem Bilde der Appendicitis verlaufenden Fälle von Netztorsion. Es wurde in der Annahme, es handle sich um eine Appendicitis, operiert und eine Torsion des ganzen Netzes gefunden. Das Netz wurde an der Drehstelle dicht unter dem Colon transversum abgetragen, doch erlag Pat. der bereits bestehenden Peritonitis. **Müller** (Dresden).

43) **Shaw and Baldauf.** Congenital stenosis of the duodenum. Report of case.

(Albany med. annals 1908. Januar.)

Fall von angeborener Stenose des Duodenum beim Neugeborenen. Das Kind erbrach von Geburt an nach den Mahlzeiten unter steter Beimengung von Galle, die sich auch in den spärlichen Stuhlentleerungen fand. Es wurde eine spastische Stenose angenommen und die Operation aufgeschoben. Der Zustand wurde jedoch rasch schlechter, und es erfolgte der Tod 13 Tage nach der Geburt. Die Obduktion ergab unterhalb des Pylorus eine starke Erweiterung des ganzen Duodenum, welches Form und Umfang des Magens angenommen hatte, und 5 cm unterhalb der Vater'schen Papille eine Striktur, welche selbst für feinste Sonden nicht durchgängig war, durch welche jedoch Darminhalt sich durchpressen ließ.

Mohr (Bielefeld).

44) **R. P. Rowlands and H. French.** The immediate and later results of gastrojejunostomy for non-malignant lesions of the stomach or duodenum.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Von 1895—1905 wurden aus obiger Indikation 47 Gastroenterostomien ausgeführt. Von den Operierten starben 13 in den ersten 14 Tagen. 6 Kranke hatten nach wie vor die alten Beschwerden. 5 Kranken hatte die Operation nur für kurze Zeit Besserung gebracht, später wieder dieselben Beschwerden. Bei 8 Pat. war der Dauererfolg gut. Bei 15 hat sich nichts eruieren lassen. Die Sterblichkeit war in der damaligen Zeitperiode an den anderen Londoner Hospitälern gleich hoch, da es sich um sehr elende Pat. handelt.

Technik der Operation: 11mal Naht, 31mal Murphyknopf, 5mal nichts angegeben. Dem Geschlechte nach 31 Männer, 16 Frauen. Die meisten im Alter zwischen 30 und 50 Jahren. Indikation war 34mal Pylorusstenose, 6mal Duodenalgeschwür, 2 wegen heftiger Blutungen mit tödlichem Ausgange.

Deetz (Homburg v. d. H.).

45) **Gilli.** Beiträge zur Frage der Gastroenterostomie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

In der Kocher'schen Klinik wurden von 1902 bis Juli 1905 55 Gastroenterostomien gemacht. Unter 43 bei gutartigen Magenleiden ausgeführten wurde 13mal die Gastroduodenostomie, 29mal die hintere Gastroenterostomie, 1mal die vordere gemacht; die an sich physiologisch beste Methode: die Gastroduodenostomie, wurde mit der Zeit etwas in den Hintergrund gedrängt durch die Anwendung des Murphyknopfes (15mal), der nur für Gastrojejunostomien zu empfehlen ist. 4mal mußte relaparotomiert werden wegen Engigkeit der Anastomose, Sitzenbleiben des Knopfes in einer durch Verwachsungen verengten Darmschlinge, Verwachsungen um die Anastomose oder Stauung im Duodenum durch Druck der Radix jejuni. — Mortalität unter Hinzunahme der früheren Kocher'schen Operationen bei gutartigen Affektionen 3,2%. Die funktionellen Resultate waren sehr gut.

12mal Gastroenterostomie bei Karzinom; meist die hintere mit Naht. Durchschnittliche Lebenszeit nach der Operation $7^1/_2$ Monate, Mortalität 8,3%.

Haeckel (Stettin).

46) **Chandler.** Lipoma of the intestine occurring in a child 13 months old and causing symptoms of intestinal obstruction.

(Albany med. annals 1908. Januar.)

13 Monate altes Kind mit zeitweiligen Anfällen von Verstopfung und Auftreibung der linken Seite des Leibes, schließlich vollständiger Ileus. Operation: eine große gestielte Geschwulst, welche die rechte Seite des Leibes einnahm und mit einem 10 cm langen Stiel mit der Flexura sigmoidea gegenüber dem Gekrösansatz verwachsen war, hatte sich so gedreht, daß der Darm zweimal um seine Achse torquiert war. Durchtrennung des Stieles dicht an der Darmwand. Heilung.

Es handelte sich um ein reines Lipom mit zahlreichen Blutungsherden.

Mohr (Bielefeld).

47) **M. v. Čačković.** Inkarzeration in einem angeborenen Mesenterialspalt.

(Liečnički viestnik 1907. Nr. 5. [Kroatisch.])

Die 50jährige Pat. hat seit ca. 30 Jahren öfters Anfälle krampfartiger Schmerzen in der Nabelgegend; die Schmerzen dauern meist nur 1—2 Stunden, nur einigemal 2—3 Tage. Die Kranke hat wieder seit 2 Tagen einen Anfall in kurzen Zwischenräumen wiederkehrender Schmerzen hauptsächlich in der Nabelgegend. Erbrechen und Verhalten von Stuhl und Winden.

Bei der Laparotomie (Dr. Wikerhauser) wurde die letzte Ileumschlinge in einer Ausdehnung von 1 m in einem Gekrösschlitze eingeklemmt gefunden, aus

dem sie sich leicht lösen läßt; die Inkarzeration hatte am aboralen Schenkel eine 2 mm breite und 1 mm tiefe Gangrän veranlaßt. Da durch Übernähung dieser Stelle der Darm ansehnlich verengt wurde, so wurde das Ileum oral der Verengerung mit dem sehr beweglichen Coecum Seit-zu-Seit vereinigt.

Der Spalt im Mesenterium lag knapp vor der Ileocoecalklappe, war 12 cm lang; die mit glattem Bauchfell überzogenen Ränder berühren sich nach Herausziehung des Darmes, der Spalt wird vernäht. Der Mesenterialspalt wird durch einige Nähte verschlossen. — Heilung. (Selbstbericht.)

48) P. Alglave. Occlusion le intestina par un épithélioma annulaire colosigmoïdienne coincidant avec un adénome pédiculé du jejunum et de polyadénomes multiples étendus à tout le gros intestin.

(Bull. et mém. de la soc. anatomique de Paris 1907. Nr. 3.)

Bei einer 34jährigen, unter den Erscheinungen des Ileus eingebrachten Frau, die 15 Jahre darmleidend war, fand sich eine karzinomatöse Striktur des Sigma. Das Interesse dieses Falles liegt in einer zottigen Entartung der Schleimhaut des ganzen Dickdarmes, von der Ileocoecalklappe angefangen bis mehrere Zentimeter oberhalb des Afterringes.

Die dicht gestellten Zotten sind histologisch Adenome. Ein solches findet sich auch vereinzelt im Jejunum. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

49) Carwardine. Primary sarcoma of the vermiform appendix.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 21.)

Den zwei bis 1906 bekannten primären Sarkomen des Wurmfortsatzes fügt C. einen dritten hinzu. Eine 45jährige Dame erkrankt unter Bildung einer Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend. Die Operation deckt eine 8 cm lange, daumendicke, sehr harte und verwachsene Geschwulst des Wurmes auf, die sich als Lymphsarkom von kleinzelligem Gefüge darstellte. Bereits 9 Monate später war allgemeine Sarkomatose vorhanden. **Weber** (Dresden).

50) T. Kudo. Das primäre Karzinom der Appendix.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 402.)

Ausführliche Beschreibung von 8 Karzinomen des Wurmfortsatzes: 6 Carcinomata simpl. bezw. Scirrhus, 1 Adenokarzinom, 1 Gallertkrebs. Nur einmal (Carc. gelatinos.) war unter der Diagnose Geschwulst in der Ileocoecalgegend und Ileus operiert (42jähriger Mann), ein anderer Fall war unter der Diagnose Ileus und bösartige Bauchgeschwulst (62jährige Frau) zugrunde gegangen. Hier fand sich ein Ulcus carcinomat. am Eingange zum Wurmfortsatz und sekundäre Peritonitis carcinomatosa (Scirrhus). Zweimal (8jähriger Knabe und 35jähriger Mann) war der Wurmfortsatz wegen akuter Appendicitis exstirpiert, und fand sich zufällig, einmal in der Mitte, einmal an der Spitze, die erbsen- bzw. linsengroße Geschwulst. Die drei anderen Fälle sind zufällige Sektionsbefunde bei Leuten, die niemals über Beschwerden von seiten des Wurmfortsatzes geklagt hatten.

Aus dem Vergleiche mit anderen Fällen aus der Literatur ergibt sich, daß der Kolloidkrebs hauptsächlich im höheren Alter, dagegen sonst Karzinom des Wurmes auffallend oft in jugendlichem Alter, meistens zwischen 20 und 30, angetroffen wird. 8-, 12-, 13-, 15jährige Pat. sind nachweisbar. Die Geschlechter sind ziemlich gleich befallen, der Sitz der Geschwulst ist meist die Spitze; die Größe selten bedeutend. Einen Durchbruch in die freie Bauchhöhle fand K. nur in 4 Fällen, auch Metastasierung (Lymphdrüsen) nur 4mal. In 25 Fällen lautete die Diagnose auf akute bzw. chronische Appendicitis. Der Verlauf ist sehr chronisch und schleichend, da nach K. die Muskulatur und Serosa ziemlichen Widerstand leisten, mechanische und chemische Reize bei dem freien indifferenten Organ fortfallen, und die Struktur (faserreich, klein abveolär) meist nicht auf besondere Bösartigkeit hinweist.

Die öftere Entzündung des Wurmfortsatzes scheint Verf. eher Folge (durch Sekretstauung) als Ursache der Geschwulstbildung zu sein. Für letztere kann man bei dem meist jugendlichen Alter der Betroffenen eher an verlagerte Keimanlagen denken. **Goebel** (Breslau).

51) Hansen. Die Behandlung der akuten Darminvaginationen im Kindesalter.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

An der Hand von 28 Fällen von Invagination, die in den letzten 14 Jahren auf der Abteilung Tscherning's im Kopenhagener Kommunehospital behandelt wurden, kommt H. zu dem Resultate, daß die frühzeitige operative Behandlung unbedingt zu empfehlen sei gegenüber den Gefahren der unblutigen konservativen Behandlungsmethoden; man soll also in allen Fällen sofort zur Laparotomie schreiten. Es handelte sich um 17 ileocoecale, 3 Dickdarm- und 3 Dünndarminvaginationen, einmal um eine Invaginatio ileocolica, dreimal um Invaginatio iliaca-ileocoecalis, endlich einmal um Kombination einer ileocoecalen mit einer aszendierenden Dickdarminvagination.

7 Fälle wurden unblutig, mit Wassereinläufen und »Massage« der Invaginationsgeschwulst in Narkose behandelt: 3 geheilt, 4 gestorben. Die Sektion bei den letzteren zeigte, daß die Invagination weiter bestanden hatte, trotzdem die Geschwulst verschwunden war; sie war eben nur durch die Einläufe so verschoben worden, daß man sie nicht mehr fühlen konnte.

In 11 Fällen wurde nach vergeblichem Versuche der unblutigen Methoden laparotomiert: 7 geheilt, 4 gestorben.

10mal wurde sofort primär laparotomiert: 4 Heilungen, 6 Todesfälle. Die große Mortalität erklärt sich durch die Tatsache, daß alle besonders schweren, verspäteten Fälle sich in dieser Gruppe finden; so z. B. war in 4 derselben der invaginierte Darm brandig; alle Pat., bei denen Darmresektion nötig war, starben.

Zum Schluß wird noch genau beschrieben ein Fall doppelter Invagination: in eine deszendierende Invagination hinein hat sich aszendierend das Kolon eingestülpt. **Haeckel** (Stettin).

52) Doberauer. Zur chirurgischen Behandlung schwerer habitueller Obstipation.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 36 u. 37.)

53) Lippich. Über den Inhalt eines ausgeschalteten Darmstückes vom Menschen.

(Ibid. Nr. 37.)

Wie D. an der Hand der Literatur nachweist, ist der Ileus durch Kotgeschwulst gar nicht so selten, wie die Lehrbücher darstellen. Der von ihm mitgeteilte Fall ist sowohl wegen des Mechanismus des Darmverschlusses als der mehrfachen chirurgischen Eingriffe bemerkenswert. Die ungemein lange, frei im Bauche bewegliche Flexura sigmoidea war völlig mit Kotmassen erfüllt und kurz vor dem Übergange in den Mastdarm noch durch einen faustgroßen Kotballen verschlossen. Durch sein Gewicht sank der Mastdarmschenkel der Flexur in das kleine Becken hinab, so daß zwischen Flexur und Mastdarm eine spitzwinklige Knickung zustande kam, die sich aber durch Anheben der Flexur sofort ausgleichen ließ und daher nur die Folge der starken Füllung war. Es bestand bereits Peritonitis, die von mehreren, dem Durchbruche nahen Dehnungsgeschwüren am Scheitel der Flexur ausgegangen war. In ihrem Bereiche wurde ein Kunstafter angelegt. In dem zuführenden Schenkel häuften sich aber bald wieder solche Kotmassen an, daß D. sich entschloß, Querkolon und Flexur unterhalb des Kunstafters durch Seitenanastomose zu verbinden, um letzteren schließen zu können. Trotzdem füllte sich die Flexur wieder derart mit Kot, daß das Querkolon jenseits der Anastomose durchtrennt und die Flexur von dem wieder hergestellten künstlichen After aus

ausgeräumt werden mußte. Die zurückbleibende Darmfistel wurde $1^3/_4$ Jahre später definitiv geschlossen; dabei fanden sich in dem ausgeschalteten Darmstück dünne, graugrüne, bandartige Massen, die nach der chemischen Untersuchung von L. aus eingedicktem Darmschleim bestanden. **Gutzeit** (Neidenburg).

54) **E. Matthew and A. Miles.** Observations on the blood changes subsequent to excision of the spleen for traumatic rupture.

(Edinb. med. journ. 1907. Oktober.)

Ein 38jähriger Arbeiter (Potator) erhielt während eines Trinkgelages einen leichten Schlag mit der Rückseite der ausgestreckten Hand gegen das linke Hypochondrium; er achtete nicht weiter darauf und führte die am nächsten Tage eintretenden krampfartigen Schmerzen im Epigastrium sowie die an demselben Abend auftretenden Diarrhöen nebst Erbrechen auf den Alkoholexzeß zurück. Erst am 3. Tage nach der Verletzung war der Zustand ein derartiger, daß Pat. der Klinik überwiesen wurde. Der Bauch war im Bereiche der Leber- und Magengegend sehr empfindlich, starke Schmerzen bestanden in der linken Schulter, so daß der Mann den linken Arm nicht erheben konnte. Der Bauch war im übrigen weich, der Puls noch ziemlich kräftig, 100. Angenommen wurde eine beginnende Peritonitis, wahrscheinlich infolge Perforation eines Magen- resp. Duodenalgeschwüres. Die Laparotomie ergab einen kleinen oberflächlichen Riß im rechten Leberlappen, dicht neben dem Lig. suspensorium mit geringer Blutung von dieser Stelle aus, sowie eine völlige Zerreißung der Milz mit starker Blutung in die Bauchhöhle. Splenektomie. Heilung.

Vom chirurgischen Standpunkt interessant war: 1) die Schwere der Verletzung bei offenbar geringfügiger Einwirkung. Verf. nimmt an, daß das Potatorium in diesem Falle prädisponierend gewirkt habe. 2) das langsame Auftreten der Symptome einer intraabdominalen Verletzung; 3) die Verletzung der Leber durch Contrecoup; 4) die Schwierigkeit in der Diagnosenstellung. Nach den klinischen Erscheinungen mußte man eher an einen septischen Prozeß denken als an eine innere Blutung.

Die Untersuchung des Blutes sowie des Lymphgefäßapparates nach der Splenektomie ergab eine Vergrößerung verschiedener Drüsengruppen mit entsprechender Vermehrung der Lymphocyten, die jahrelang anhielt; eine mehrere Wochen anhaltende mäßige Eosinophilie, Hand in Hand gehend mit einer bedeutenden Vermehrung der Blutplättchen. Da die Pat. sich nach der Splenektomie meistens bald wohl fühlen, darf man annehmen, daß die Milz nicht unentbehrlich ist.

Jenckel (Göttingen).

55) **Stowasser.** Zur Kasuistik der subkutanen traumatischen Milzruptur.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Es handelte sich um eine zunächst subkapsuläre Blutung, die durch direkte Gewalt (Eisenbahnverletzung) entstanden war und 12 Stunden später in die freie Bauchhöhle durchbrach. Die Milzpulpa wies an der Zwerchfellseite eine dreistrahlige Rißwunde auf, die nach Resektion eines 10 cm langen Stückes der 7. und 8. Rippe erfolgreich tamponiert wurde. **Gutzeit** (Neidenburg).

56) **Edens.** Über Milzvenenthrombose, Pfortaderthrombose und Bantische Krankheit.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Milzvenenthrombose ist bis jetzt klinisch überhaupt nicht gewürdigt worden. E. konnte in seinem Falle schon im Leben die Diagnose stellen, die durch die Sektion bestätigt wurde; daneben fanden sich Thromben in der Pfortader. Als Ursachen der Thrombose werden Gewalteinwirkungen angenommen, die die Venenwand geschädigt haben. Die am meisten ins Auge fallenden Symptome waren starke Milzschwellung und Ascites. Die Differentialdiagnose gegenüber der Banti-

schen Krankheit und der Anaemia splenica wird eingehend erörtert. In einem zweiten Falle, der jedoch nicht zur Autopsie kam, stellte E. die gleiche Diagnose. Zum Vergleiche wird noch ein Fall von primärer Thrombose der Mesenterialvenen herangezogen. **Haeckel** (Stettin).

57) **Lascialfara.** Contributo clinico allo studio delle cisti spleniche.

(Policlinico. Sez. chir. 1907. Nr. 7.)

Neben zwei Echinokokkencysten der Milz wird ein Fall von Blutcyste beschrieben. Ein mit Malaria behafteter Mann erhält einen Faustschlag gegen die Milzgegend, wird bewußtlos und für einige Tage krank. Er hatte Schmerz in der linken Seite, und nach einigen Monaten zeigte sich die kontinuierlich wachsende Geschwulst. Heilung durch Marsupialisation. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

58) **Mouisset et Petitjean.** Abcès tuberculeux du foie chez un ancien dysentérique.

(Lyon méd. 1908. Nr. 5.)

Es handelte sich um den seltenen Fall eines tuberkulösen Leberabszesses, und zwar bei einem 33jährigen Manne, der 7 Jahre vorher eine schwere Dysenterie durchgemacht hatte. Bei der Sektion fand sich neben Lungen- und Darmtuberkulose sowie den für Dysenterie charakteristischen Veränderungen des Dickdarmes ein orangegroßer tuberkulöser Abszeß in der Konvexität des rechten Leberlappens, umgeben von mehreren miliaren Abszessen. Verff. nehmen an, daß es sich um einen primären dysenterischen Leberabszeß handelte, der sekundär tuberkulös infiziert wurde. **Boerner** (Rastatt).

59) **Corson.** Narath's modification of Talma's operation for hepatic-cirrhosis.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

C. ist ein großer Anhänger der von Narath (Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 32) bei Lebercirrhose empfohlenen subkutanen Einpflanzung des Netzes. Er glaubt, daß hierbei weniger Todesfälle vorkommen, und daß der Ascites viel schneller verschwinde. Er beschreibt die Hauptvenenzweige der Bauchwand, die im Falle der Verstopfung der Pfortader bei der kollateralen Zirkulation in Betracht kommen. Es sind dieses folgende: 1) Tiefe epigastrische, zugehörig zur V. iliaca externa; 2) oberflächliche epigastrische, zu den Schenkelvenen zugehörig; 3) obere epigastrische (Mammaria interna zugehörig) und 4) die Interkostalvenen. Alle diese Venen stehen mit den akzessorischen Sappey'schen Portalvenen in Verbindung. Ein mit Erfolg nach Narath operierter Fall wird beschrieben. **Herhold** (Brandenburg).

60) **Fink.** Ein Beitrag zur Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die Bauchhöhle.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Der Fall ist wegen des Symptomenbildes bemerkenswert. Mehrere Gallensteinkoliken waren vorausgegangen. Die Ruptur trat nach einem längeren Spaziergange beim Schließen eines Fensters ein unter starken Schmerzen in der Gallenblasengegend. Dann wurde der Hauptschmerz in die rechte Unterbauchgegend verlegt, wo eine Dämpfung und schmerzhafte Resistenz nachzuweisen waren. F. ging deshalb zuerst über dem rechten Leistenbande ein, fand aber nur klare Galle. Die Gallenblase enthielt einen Solitärstein, ihre Wand war verdickt und wies ein für den Kleinfinger durchgängiges Loch auf. Da der untere Leberrand 9 cm über dem Rippenbogen lag, beschränkte Verf. sich auf ausgiebige Drainage und erzielte Heilung. **Gutzeit** (Neidenburg).

61) **Vautrin.** Epithélioma du canal cystique.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 5.)

V. hat mit Erfolg ein an der Einmündungsstelle des Cysticus in die beiden anderen großen Gallengänge sitzendes Karzinom operiert. Er hat unter keil-

förmiger Leberresektion die Gallenblase exstirpiert und die Einmündungsstelle der drei großen Gallengänge reseziert. Wegen großer Schwäche der Pat. hat er von der leicht ausführbaren Hepaticoduodenostomie Abstand genommen und sich mit der Drainage des Hepaticus und Choledochus, die etwa 2 cm auseinander standen, begnügt. Bis zu dem 8 Wochen nach der Operation an Lebermetastasen erfolgten Tode war der Abfluß der Galle nach dem Darm ein guter.

Müller (Dresden).

62) **de Beule.** Contribution à la technique opératoire de la cholécystectomie et du drainage du canal hépatique.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1907. Nr. 4.)

Verf. operierte eine 37 Jahre alte Frau mittels des Kehr'schen Bajonettschnittes, entfernte die Gallenblase subserös, machte dann die Inzision des Stumpfes des Cysticus an seinem Abgange vom Choledochus und konnte von da aus Konkremente aus dem Choledochus und Ductus hepaticus entfernen. In die Inzision schob er eine Gummiröhre von 1 m Länge, die er zur Wunde heraus durch die Verbandstoffe führte. Er konnte so die Tamponade des Operationsgebietes umgehen. Am 10. Tage Entfernung des Drainageschlauches. Heilung.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

63) **Eloesser.** Die in den letzten 10 Jahren an der Heidelberger chirurgischen Klinik beobachteten Fälle von Pankreaserkrankungen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

E. gibt mit ausführlichen Krankengeschichten und eingehenden Epikrisen die in den letzten 10 Jahren in der Czerny'schen Klinik gesammelten Erfahrungen auf dem Gebiete der Pankreaschirurgie. Vorerst aber erörtert er auf Grund eigener Nachprüfungen den Wert der Cammidge'schen Urinprobe mit dem Resultate, daß ihm diese Reaktion eine theoretisch begründete zu sein scheint; erweisen sich die Behauptungen Cammidge's als richtig, so wird der größte Schritt in der Pankreasdiagnostik getan sein, wir werden ein für die Pankreaserkrankungen spezifisches Zeichen besitzen, das in manchem Notfalle Hilfe zu leisten verspricht. Es folgen die einzelnen Krankengeschichten nach Gruppen geordnet:

Pankreasabszeß; drei Fälle, durch Operation geheilt.

Pankreasnekrose; ein primärer Fall, operiert; gestorben. Drei Fälle sekundärer Nekrose nach Verletzung des Pankreas bei Magenresektion wegen Karzinom. In allen Fällen wurde Billroth II gemacht; sie starben sämtlich; E. empfiehlt daher, bei solchen Gelegenheiten auf das verletzte Pankreas und den Duodenalstumpf zu tamponieren.

Pankreatitis acuta haemorrhagica und Fettnekrose; drei Fälle, endeten sämtlich trotz Operation tödlich. Trotzdem ist frühzeitige Operation bei dieser Erkrankungsform zu empfehlen.

Es folgt ein Fall von Knickung des Ductus Wirsungianus nach Magenresektion, bei der Ligaturen am Pankreas angelegt werden mußten. Er endete tödlich.

Chronische Pankreatitis; 1) 12 nicht komplizierte Fälle; zwei † nach der Operation. Die Diagnose wurde in keinem der Fälle vor der Operation gestellt, vielmehr wurde meist Cholelithiasis oder Pyloruskarzinom angenommen. Es wurde meist entweder eine Gallenfistel (Cholecystostomie oder Choledochusdrainage) angelegt, oder eine Gastroenterostomie. Als neues Verfahren wird empfohlen die in einem Falle angewandte Dilatation des intrapankreatischen Teiles des Choledochus mit Sonde oder Gallensteinlöffel von einer im Choledochus angelegten Öffnung aus. 2) Fünf mit Gallensteinen komplizierte Fälle, sämtlich operiert mit einem Todesfall. — Angeschlossen wird ein Fall von übergreifender Pankreatitis von einem Magengeschwür aus und einer von vermutlicher Tuberkulose des Pankreas.

Pankreaskarzinom, 13 Fälle; es wurden nur palliative Eingriffe gemacht.

Cysten, drei Fälle, sämtlich geheilt. Fünf Pseudocysten nach Ruptur des Pankreas; vier wurden operiert, mit einem Todesfalle. **Haeckel** (Stettin).

Erklärung.

Mit Bezugnahme auf das Referat über die Arbeit von Wrede (Die Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen; Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV) im Zentralblatt für Chirurgie 1908 Nr. 4 p. 101/102 von Herrn Siegel erklären die unterzeichneten Herausgeber von Langenbeck's Archiv:

1) wir haben in der genannten Arbeit eine ernste aber sachliche Kritik gefunden, welche die Grenzen des Erlaubten nicht überschreitet;

2) wir würden persönlich verletzenden Ausführungen keinen Raum in Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie gewährt haben.

Die Herausgeber von Langenbeck's Archiv.

König, A. v. Eiselsberg, W. Körte, Hildebrand.

Den 24. Februar 1908.

Prioritätssachen.

Ein Schreiben des Herrn Dr. Gratschoff in Uleåborg (Finnland) an die Redaktion macht auf einen von ihm im Februarheft 1900 der Revue de chir. veröffentlichten Aufsatz aufmerksam, in dem er — ähnlich wie Herr Dr. Evler im Zentralblatt für Chirurgie 1908 p. 63 — einen Schlüsselbeinbruchverband mit eingeschaltetem künstlichem Strebebogen empfohlen hat. Herr Dr. Erler erwidert darauf: Erst durch die Zusendung des Herrn Kollegen Gratschoff ist uns seine Behandlungsweise der Schlüsselbeinbrüche bekannt geworden; seine Eisenschiene verläuft vom Akromion nach einem 4 cm unterhalb der Brustwarze der gesunden Seite gelegenen Punkte; von diesem gehen hierzu vier Riemen aus, welche um Schulter, Rumpf und Damm, durch Schnallen verbunden, verlaufen.

Gratschoff hält das Anbringen des Strebebogens in der Richtung der Clavicula für sehr schwierig; mir erschien gerade die Durchführung dieses Prinzips wesentlich und einfach; mein Apparat nähert sich hier im übrigen mehr dem Papini'schen und dem von Gratschoff nicht erwähnten Heusner'schen Verbande. An Vorteilen gewährt mein Verfahren gegenüber dem seinigen folgende: Die Wirkung des Eisenstabes wird sowohl durch den Chromledergürtel als auch durch den hinteren kurzen Chromlederriemen unterstützt; der Apparat liegt oberhalb der Brüste; er ist aus Chromleder hergestellt, das sich nach Haltbarkeit und Schmiegsamkeit wie kein anderes Leder für diese und ähnliche Verbände eignet; er bezweckt nicht nur Behandlung außer Bett, sondern die Gebrauchsfähigkeit beider Arme.

Zu dem Aufsatze von Herrn Prof. Tietze in Nr. 1 1908 des Zentralblattes weist Herr Rrof. Wolkowitsch in Kiew darauf hin, daß er in seiner Arbeit »Zur Frage der operativen Behandlung der Tuberkulose der großen Gelenke der Extremitäten und speziell der Resektion derselben« in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV p. 493 ff. Bobachtungen von Fällen publiziert hat, in denen er in gleicher Weise wie Tietze vorgegangen ist, und sehr befriedigende Resultate in kosmetischer wie funktioneller Beziehung erzielt hat.

Richter.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 12. Sonnabend, den 21. März 1908.

Friedrich v. Esmarch †

Der Senior der deutschen Chirurgen, auf den sein Vaterland stolz sein darf wie auf wenige, ist von uns geschieden; seinen Namen wird die Geschichte unserer Wissenschaft und Kunst nie vergessen.

Esmarch, 1823 in Tönning in Schleswig geboren, studierte in Kiel und Göttingen und hatte das Glück, schon früh in Bernh. v. Langenbeck einen Lehrer und Freund zu finden, der ihn schon 1846 in Kiel als seinen Assistenten anstellte. Als 1848 sein Heimatland den Kampf gegen Dänemark begann, begleitete Esmarch das Kieler Studentenkorps, geriet bei Bau, als er einen Schwerverwundeten vor Verblutung schützte, in die Hände dänischer Dragoner und wurde als Gefangener nach Kopenhagen geschafft, von wo er erst nach 9 Wochen wieder in die Heimat zurückkehrte. Sofort trat er nun, auf Langenbeck's Empfehlung hin, in ein enges Verhältnis zu Stromeyer, dem Nachfolger Langenbeck's in Kiel, wurde sein erster Assistent und für die Zeiten häufiger Abwesenheit sein Stellvertreter. Stromeyer hatte damals neben seiner Universitätsstellung die eines Generalstabsarztes der kleinen, in der Entwicklung begriffenen schleswig-holsteinschen Armee angenommen und war damit genötigt, auch ein neues Dienstreglement für Militärärzte zu beschaffen, das den Friedens- wie den Felddienst, auf dem Schlachtfelde wie im Hospital, umfaßte. Da er Esmarch auch zu seinem Adjutanten im Feld angenommen hatte, so wurde auch dieser ein genauer Kenner der für eine gute feldärztliche Organisation notwendigen Grundlagen und sah sich früh auf ein Feld der Tätigkeit hingewiesen, das ihn sein ganzes Leben lang interessierte.

Damals aber galt es schon nach kurzen Monaten, die Probe auf die Richtigkeit der ergangenen Vorschriften zu machen: es wurde von neuem gekämpft, und zahlreiche Verwundete von deutscher wie dänischer Seite galt es zu behandeln. Esmarch, als bester Operateur unter der großen Zahl tüchtiger Ärzte anerkannt, amputierte fleißig nach den alten geltenden Regeln. Daneben wurden die Versuche fortgesetzt, nach dem Vorgange Langenbeck's der beraubenden Chirurgie Schranken zu setzen durch Einführung der Resektionen — zunächst bei Schußwunden des Schulter- und Ellbogengelenkes —, während die anfangs auch versuchten Diaphysenresektionen bald wieder aufgegeben wurden. Für jene aber haben die Jahre 1848—1850 jene Grundlagen geschaffen, auf denen in den kommenden Kriegen weitergebaut wurde; und es ist Esmarch's Verdienst, nach Beendigung des Krieges und seiner Habilitierung in Kiel die gewonnenen Erfahrungen zusammengestellt und 1851 unter dem Titel „Über Resektionen nach Schußwunden" veröffentlicht zu haben. Das kleine Buch hält sich frei von allen Hypothesen und Theorien, beruht lediglich auf der genauen Beobachtung der tatsächlichen Befunde und berücksichtigt vor allem die therapeutischen Maßnahmen und deren Erfolge, wie sie bei den Schußverletzungen der Extremitäten sich ergeben hatten. Die größte Gefahr, die diese damals in sich bargen, war die Pyämie. Ihr vorzubeugen sollte — eben bei den Schulter- und Ellbogengelenkswunden —, falls man nicht die reine Exspektative zu versuchen wagte, womöglich primär, in den ersten 24 Stunden, das verletzte Gelenk freigelegt und dem in ihm vorhandenen Blute, wie dem bald zu erwartenden eitrigen Erguß vollste Abflußmöglichkeit nach außen geschaffen werden. Zu dem Zwecke war entweder die Gelenkkapsel weithin zu spalten oder besser noch waren die knöchernen Gelenkenden selbst zu entfernen, damit die vielbuchtige in eine glattwandige, buchtenlose Höhle verwandelt wurde, aus der die Sekrete ungehindert nach außen abfließen konnten. Esmarch veröffentlichte in seinem Buche die gesamte Kasuistik als Beweismaterial für den Wert des neuen Verfahrens und konnte auf Grund dessen mit Befriedigung auf die erlangten Resultate hinweisen. Denn diese ergaben nicht nur, daß die Tödlichkeit der betreffenden Verletzungen gegen frühere Erfahrungen stark zurückgegangen war, sondern vor allem auch, daß die erhaltenen Glieder einen mehr oder weniger hohen Grad von Leistungsfähigkeit bewahrt hatten.

Nach Beendigung dieses Buches zog Esmarch zu seiner weiteren Ausbildung auf Reisen, auf denen ihm in Paris der Staatsstreich Louis Napoleons vom 2. Dezember 1852 mit seinen blutigen Folgen Gelegenheit gab, Vergleiche zwischen deutscher

und französischer Kriegschirurgie anzustellen. In die Heimat zurückgekehrt, erhielt er schon 1854 nach dem Abgange Stromeyer's, mit dessen Tochter er sich inzwischen verheiratet hatte, die Direktion der chirurgischen Klinik in Kiel und wurde dort 1857 ordentlicher Professor, welche Stellung er bis zu seinem freiwilligen Rücktritt im Jahre 1899 innegehabt hat.

Die drei Kriege der Jahre 1864, 1866 und 1870/71 gaben Esmarch Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, daß bei den deutschen Kriegschirurgen die Regeln, die 1851 für die Behandlung der Extremitätenschüsse aufgestellt waren, Anerkennung gefunden, ja daß bei ihnen die konservative Therapie sich weiter entwickelt hatte und nach und nach über die Resektion hinaus schon zur reinen Exspektative überging. Er selbst zog 1864 nicht mit ins Feld, diente nur gleichsam als freiwilliger konsultierender Chirurg nach dem Gefechte von Oeversee und während der Kämpfe bei Düppel, dirigierte 1866, für die Dauer des Krieges nach Berlin berufen, dort die Hospitäler für die Kriegsverwundeten und mußte auch 1870/71, selbst an den Folgen einer Verletzung leidend, in der Heimat bleiben, wo er in Berlin als konsultierender Chirurg in dem großen Barackenlazarett auf dem Tempelhofer Felde wirkte. Inzwischen hatte er aber 1867 in Berlin an der von der Königin Augusta einberufenen Konferenz zur Verbesserung des Kriegssanitätswesens teilgenommen, deren Erfolge im deutsch-französischen Kriege in günstiger Weise zutage traten, und hatte einige Schriften veröffentlicht, die ebensowohl die Organisation des militärärztlichen Dienstes im Felde behandelten, wie die Grundsätze der kriegschirurgischen Therapie. Es waren das vor allem zum Druck gegebene Vorlesungen über Kriegsheilkunst, die er im Wintersemester 1866/67 in Kiel gehalten hatte, und die unter dem Titel „Verbandplatz und Feldlazarett" im Jahre 1867 erschienen. Ferner das kleine Schriftchen „Der erste Verband auf dem Schlachtfelde", in dem er dem dreieckigen Tuch als geeignetstem Material zur Anlegung des ersten Verbandes das Wort redete, endlich die kleine Arbeit „Über den Kampf der Humanität gegen die Schrecken des Krieges". Diese letzte, an das ganze Volk gerichtet, legt ihm nahe, daß in Zeiten des Krieges die staatlichen Einrichtungen niemals ausreichen können, dem verwundeten und erkrankten Soldaten die ihm gebührende Hilfe angedeihen zu lassen, daß da die freiwillige Mitarbeit des ganzen Volkes unentbehrlich ist, daß sie aber nur dann und gleich vom ersten Beginne des Krieges an sachgemäß eingreifen kann, wenn sie in Friedenszeiten sich eine zweckmäßige Organisation schafft, reiche Materialien für Krankenpflege nach bestimmten Mustern ansammelt, namentlich aber für die Schulung

eines zahlreichen Hilfspersonals sorgt. Im weiteren Anschluß an diese Bestrebungen beteiligte sich Esmarch energisch an der Entwicklung der Samaritervereine, die sich die Aufgabe stellten, die Kenntnis von der ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen im Frieden unter Laien zu verbreiten und diese dazu in Samariterschulen theoretisch und praktisch zu unterrichten. Unermüdlich ist er bis in seine späten Jahre nach dieser Richtung hin tätig gewesen und hat die Freude erlebt, sich seine Ideen in die Tat umsetzen zu sehen.

Während sich in diesen Schriften Esmarch an das ganze Volk wendete, trat er auf dem Chirurgenkongreß 1873 vor seine Spezialkollegen mit dem Vorschlage, fortan an den Extremitäten blutlos zu operieren; — einem durch erfolgreiche Erfahrungen am Menschen begründeten Vorschlage, der aber, von so eminentem Werte für die ganze Heilkunst er war, doch im Augenblicke fast unbeachtet blieb. Der Zeitpunkt war ungünstig getroffen, die Versammlung abgespannt und hungrig. Aber die Sache an sich war von so hohem praktischen Wert und dabei so einfach, daß sie in der kürzesten Zeit eine weite Verbreitung unter den Chirurgen Europas wie Amerikas fand, und ihr Erfinder, als er auf dem folgenden Chirurgenkongreß über zahlreiche weitere günstige Erfahrungen berichtete, sich der vollen Zustimmung seiner Kollegen erfreuen konnte. Handelte es sich doch um eine Erfindung, die, zeitlich zusammentreffend mit der größeren Verbreitung der Lister'schen Antiseptik, den Erfolgen der operativen Eingriffe eine bisher unbekannte Sicherheit gewährte und die Wagschale der unglücklichen Ausgänge hoch emporschnellen ließ.

Esmarch konnte sein Verfahren schon als voll anerkannt in sein Handbuch der kriegschirurgischen Technik aufnehmen, das, aus einer Konkurrenz als bestes hervorgegangen, 1877 erschien und sich wieder nicht nur an die Ärzte wandte, sondern auch an Krankenpfleger und die Organe der freiwilligen Hilfe, denen allen er mit ihm die Möglichkeit geben wollte, „Gelerntes rasch zu rekapitulieren, Verbandgegenstände zu improvisieren, zur Beschaffung von Instrumenten, Apparaten und Verbandgegenständen behilflich zu sein“. Treu seinem Motto „kurz und bündig“, beschränkte sich der Verfasser in ihm auf das äußerste im Text, stattete dafür aber das Buch mit einer großen Zahl klarer Abbildungen aus, so daß es dem Leser gestattete, sich in jedem Einzelfalle rasch über das Gewünschte zu orientieren. Das Buch gewann sich denn auch bald viele Freunde, die unter den Ärzten noch rasch zunahmen, als Esmarch in den späteren Auflagen sich nicht mehr allein auf die bei Verwundeten zur Anwendung kommenden Operationen beschränkte, sondern unter Mitarbeiterschaft

von Kowalzig auch die übrige, von Jahr zu Jahr ihr Gebiet erweiternde operative Chirurgie in ihr Bereich mit einzog, auch hier nach der bewährten Methode arbeitend, sparsam mit dem Wort, aber verschwenderisch mit Abbildungen.

Das bisher Erwähnte war das Arbeitsgebiet, das den Arzt Esmarch wohl besonders befriedigt hat. Dabei sei aber nicht vergessen, daß er auch — als Teil der „Deutschen Chirurgie" — die Krankheiten des Mastdarmes und Afters geschrieben, gemeinsam mit Kulenkampff ein Werk über Elephantiasis herausgegeben, über Gelenkneurosen und über Krebs kleinere Arbeiten veröffentlicht hat, die sich alle voller Wertschätzung erfreuen.

Esmarch hatte das Glück, schon als Student dem genialen Bernhard Langenbeck persönlich nahe zu treten, von ihm bei dem ersten Kampfe seiner Heimatsprovinzen gegen Dänemark in die Kriegschirurgie eingeführt zu werden und dann in ein noch engeres Freundschafts- und Verwandtschaftsverhältnis zu Stromeyer zu treten, unter und mit dem er das ganze Gebiet des Kriegssanitätswesens bearbeitete; und in Gemeinschaft mit beiden konnte er als einer der ersten der konservativen Behandlung der Schußwunden Anerkennung verschaffen. Was er hier auf kleiner, leicht zu übersehender Basis aufgebaut hatte, konnte er dann, zunächst in dem Kampfe, der seine Heimat wieder an Deutschland anschloß, dann in den Kriegen, die unserem Vaterlande zu seiner lang ersehnten Einheit verhalfen, im großen sich bewähren sehen, und er konnte bald nach der Herstellung des Friedens in das Heilverfahren der Gesamtchirurgie ein Glied einfügen von großartigster segenbringender Macht, würdig, den anderen an die Seite gestellt zu werden, die das vorige Jahrhundert geschaffen, die Qualen und die Gefahren operativer Eingriffe nach Möglichkeit zu beseitigen.

Aber das genügte ihm nicht. Ein wahrer barmherziger Samariter, wußte er auch im Laien die Begeisterung wachzurufen, sich die Kenntnisse anzueignen, die ihm gestatteten, bei Unglücksfällen im Frieden selbsttätig hilfreich einzugreifen und sich jene Ausbildung zu verschaffen, die ihn im Kriegsfalle zum Helfer des Arztes geeignet machen können. Allseitige Anerkennung vom Niedersten im Volke bis hinauf zu seinem Kaiser, dem er persönlich nahe getreten war, namentlich aber von seiten seiner Berufsgenossen, ward ihm zum Lohne.

Die Geschichte unserer Wissenschaft hat ihm den Kranz der Unsterblichkeit gewunden.

Richter.

Inhalt.

Aus der ersteren äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt. Geheimrat Dr. Lindner.

Der protrahierte rektale Kochsalzeinlauf.

Von

Dr. med. Hans Seidel,
Sekundärarzt.

Der Wert der subkutanen und intravenösen Kochsalzinfusion ist in der inneren Medizin sowohl wie besonders in der Chirurgie anerkannt; ich brauche darauf nicht näher einzugehen.

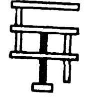
In der Anwendung entstehen Schwierigkeiten gelegentlich nur bei täglich mehrmals applizierten und mehrere Tage hindurch fortgesetzten Infusionen, wie wir sie ja namentlich bei eitriger Peritonitis häufiger geben müssen, in Beziehung auf die Wahl der Injektionsstellen. Die uns zur Verfügung stehenden Körperteile — Oberschenkel, Flanken, Infraclaviculargegenden, Arme — sind im Verlaufe einer derartigen intensiven Nachbehandlung sehr bald mit Einstichen be-

deckt, für neue findet sich nur schwer Platz, und auch weniger empfindliche Patienten fangen bald an, über Schmerzen zu klagen.

In solchen Fällen ist es von Vorteil, in dem protrahierten, rektalen Kochsalzeinlauf ein Mittel zu besitzen, durch welches man dem Körper in bequemer Weise größere Flüssigkeitsmengen zuführen kann.

Wernitz und Katzenstein haben zuerst den langsamen rektalen Kochsalzeinlauf empfohlen, zum Teil allerdings in einer weiter unten erwähnten therapeutischen Anschauung, der ich nicht beipflichten kann. Kothe hat neuerdings auf die ausgezeichnete Wirkung dieser Form der Kochsalzdarreichung nach Operationen wegen allgemeiner Peritonitis aufmerksam gemacht. Wie ich mich verschiedentlich überzeugen konnte, ist trotzdem der protrahierte rektale Kochsalzeinlauf nur wenig bekannt und geübt. Auf unserer Abteilung ist er seit mehr als einem Jahre erprobt, und ich möchte an dieser Stelle auf ihn besonders hinweisen, erstens weil er, wie erwähnt, die Flüssigkeitszufuhr in geeigneter Weise unterstützt, und zweitens, weil er daneben die Darmperistaltik fast stets wirksam anregt.

Die Technik ist einfach und auch vom Personal bald zu erlernen. Von den Vorschriften Katzenstein's weiche ich im großen und ganzen nicht ab. Das zum Einlauf benutzte Gefäß — am besten graduierter Irrigator — wird nicht zu hoch über dem Bett aufgestellt. Eine leichte Regelung der Schnelligkeit des Einlaufes ermöglicht die bekannte Schraubklemme von nebenstehender Form. Wesentlich ist es, das in das Rektum einzuführende Rohr so dünn zu nehmen, daß mechanischer Sphinkterreiz vermieden wird. Ich wende daher keines der gebräuchlichen Darmrohre, sondern bei Erwachsenen einen Nélatonkatheter Nr. 20, bei Kindern einen dünneren an. Derselbe wird durch einen Glasansatz mit dem Irrigatorschlauch, an welchem die Schraubklemme befestigt ist, verbunden, der Zufluß aus dem mit einem halben Liter Kochsalzlösung gefüllten Irrigator durch Drehen der Klemme so geregelt, daß in einer Sekunde etwa ein Tropfen aus dem Katheter ausfließt. Letzterer muß dabei in Betthöhe gehalten werden, da sonst bei der nun folgenden Einführung in das Rektum infolge der geänderten Fallhöhe sich die Tropfenfolge ändert. Ein Liter Flüssigkeit soll in etwa 5 Stunden einlaufen.



Auf keinen Fall darf der Einlauf so schnell erfolgen, daß sich das Rektum sehr bald füllt. Er wirkt dann als Klistier und wird zum allergrößten Teil wieder abgegeben. Bei unruhigen Kranken kommt es natürlich auch vor, daß der Katheter herausgerissen wird. Ein Nachteil entsteht dadurch nicht; bei etwaiger Durchnässung des Bettes braucht nur die Unterlage gewechselt zu werden. Derartige unruhige Patienten werden durch das Personal am besten von Zeit zu Zeit kontrolliert, damit der Katheter nötigenfalls wieder eingeführt werden kann. Beschwerden haben die Patienten von dem Einlauf meist gar nicht, selbst ihr Schlaf wird durch ihn nicht gestört. Die Flüssigkeitsmenge, welche man in dieser Weise in das Rektum einführen kann, ist eine recht beträchtliche. Kothe hat 3 bis 4 Liter pro die gegeben. Ich habe mich mit 1—2 Liter pro die begnügt, so daß mit den daneben gegebenen subkutanen Kochsalzinfusionen in schweren Fällen ebenfalls 3—4 Liter dem Körper zugeführt wurden.

Die Wirkung ist zunächst diejenige, welche wir auch sonst bei anderweitig bewirkter Flüssigkeitszufuhr zu sehen gewohnt sind: Füllung des Pulses, Minderung des Durstgefühls, Besserung des häufig recht verfallenen Aussehens, Zunahme der Urinmenge, bei drainierter

Bauchhöhle Zunahme der Sekretion. Auffüllung des Gefäßsystems und Auswaschung des Körpers, wie sie meistens in den Vordergrund gestellt werden, spielen auch hier die hervorragendste Rolle. Nur scheint mir die Wirkung auf den Puls, welche nach Pässler u. a. bei subkutanen und intravenösen Injektionen eine häufig bald vorübergehende ist, bei der rektalen Applikation eine länger anhaltende zu sein.

Abgesehen von dem schonenderen Vorgehen, würden wir also in der Wirkung des protrahierten rektalen Kochsalzeinlaufes keine wesentlichen Abweichungen von den üblichen Kochsalzinfusionen finden. Was mich nun besonders veranlaßt, ersteren zu empfehlen, ist die Wirkung auf die Peristaltik. Schon während des ersten Einlaufes kann man häufig bemerken, daß Blähungen abgehen; bei wiederholten Einläufen erfolgt zunächst Entleerung kotig gefärbten Wassers, dann breiigen Stuhles. Von diesem Augenblicke an ist natürlich die Kontrolle über die durch den Darm resorbierte Flüssigkeitsmenge ungenau, da Wiederholung der Einläufe mit vermehrten Entleerungen beantwortet wird. Ich glaube aber nicht, daß man nun den Darm, wie Kothe es will, mit Opium ruhig stellen soll, um die Resorptionsmöglichkeit wieder herzustellen. Gerade die Darmatonie fürchten wir so außerordentlich, und wir sollten alles tun, die einmal wieder hergestellte Darmtätigkeit nicht zu hemmen. Ist sie eingetreten, dann wird ja auch die Ernährung per os in den meisten Fällen gut vertragen; geben wir dazu noch subkutane Infusionen, so können wir die rektalen Einläufe von diesem Zeitpunkte an entbehren. Ob diese die peristaltikanregende Wirkung des langsamen rektalen Einlaufes allein darauf beruht, daß die tiefsitzenden Kotmassen allmählich erweicht werden, wie Katzenstein und Kothe annehmen, ist mir zweifelhaft. Eine die Peristaltik anregende Reizung der Darmschleimhaut durch die permanente Irrigation scheint mir zum mindestens mitzusprechen.

Unsere Erfahrungen haben wir in der Nachbehandlung von etwa 50 Laparotomien gesammelt. Es waren darunter Gastroenterostomien, Darmresektionen, Gallengangserkrankungen u. a. Den besten Eindruck erhielten wir in der Nachbehandlung der Peritonitis, auf welche ich mich im vorstehenden auch namentlich bezogen habe. Selbstverständlich ist der langsame rektale Kochsalzeinlauf auch bei allen internen Krankheiten zu empfehlen, bei welchen Kochsalzinfusionen an und für sich angebracht sind. Nur mit Vorsicht anzuwenden oder kontraindiziert ist er nach Operationen am Colon transversum oder descendens, weil die Flüssigkeit bis hierher aufsteigen und bei Verzögerung der Resorption eventuell Nähte sprengen kann.

Daß man bei Erkrankungen, bei welchen neben reichlicher Durchspülung des Körpers auf Ernährung Wert gelegt wird, zu dem langsamen rektalen Einlauf entsprechende Zusätze machen kann, liegt auf der Hand. Versuche mit Kalodal (Credé) oder den Siegfried'schen Peptonen (Friedrich) sind in dieser Beziehung vielleicht besonders angebracht. Bei lange fortgesetzter Nahrungsentziehung per os er-

scheinen mir aber die oft wiederholten kleinen Klistiere wie sie Credé gibt, vorteilhafter, da die beim langsamen Einlauf mit der Zeit eintretende Darmreizung, wie gesagt, häufige Entleerungen herbeiführt, wenn man nicht mit Kothe Opium geben will.

Rücksicht auf die Temperatur der rektal eingeführten Flüssigkeit habe ich nie genommen. Kühle Kochsalzlösung scheint mir vielmehr eher die Peristaltik anzuregen als warme, und hierauf ist m. E. bei dem langsamen rektalen Einlauf ein mindestens ebenso großer Wert zu legen wie auf die vermehrte Flüssigkeitszufuhr an sich. Besonderer Sorge, die Temperatur der Kochsalzlösung körperwarm zu halten, bedarf es daher im Gegensatz zur subkutanen oder intravenösen Infusion nicht.

Ausgeschlossen erscheint es mir, daß die rektalen Kochsalzeinläufe, wie Katzenstein ursprünglich angab, bei schwerer, erfahrungsgemäß zu Sepsis führender Peritonitis gewissermaßen ein Ersatz für die Operation werden könnten. Zur Überwindung des peritonitischen Choks, wie er namentlich auch durch längeren Transport herbeigeführt wird, mögen sie gut sein, wie wir ja zu diesem Zweck auch sonst Kochsalz injizieren, — dann aber muß, wenn sonstige Kontraindikationen fehlen, unbedingt operiert werden. Nach der Operation kann der rektale Kochsalzeinlauf wieder seine oben geschilderte gute Wirkung — schonende Auffüllung des Gefäßsystems, Auswaschung des Körpers, Anregung der Peristaltik — neben subkutanen oder intravenösen Injektionen entfalten.

Literatur:

Wernitz, Samml. klin. Vortr. N. F. Mai 1903.
Katzenstein, Therapie der Gegenwart 1906. Hft. 11.
Kothe, Therapie der Gegenwart 1907. Hft. 10.
Pässler, Verhandl. d. Kongr. f. innere Med. 1898.
Credé, Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 9 und Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1906. Nr. 1.
Friedrich, Verhandlg. des 33. Kongr .der D. Ges. f. Chir. 1904.

---

1) **Smith.** Blood examination in surgery.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. Dezember 20.)

S. erörtert die Bedeutung der verschiedenen Blutuntersuchungsverfahren für die Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Bestimmung des opsonischen Index. Letztere Methode hält er nach seinen eigenen, auf mehrere 100 Fälle sich erstreckenden Erfahrungen für die Allgemeinpraxis nicht für geeignet, da sie nur bei großer Übung und Exaktheit zuverlässige Resultate ergibt. Mehrere Fälle, bei denen die Methode diagnostisch oder therapeutisch sich bewährte, werden angeführt. Besonders vor Operationen, bei denen alles auf einen aseptischen Verlauf ankommt, ist die Bestimmung des opsonischen Index gegenüber pyogenen Mikroben von Wert; je nach Ausfall der Prüfung wurde event. vor der Operation mit Staphylokokkenvaccine geimpft, und während der positiven Phase operiert. Auch

bei chronischen Infektionen (Furunkulosis, Pyelitis, Empyem, Fisteln usw.) bewährte sich die Vaccinebehandlung. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **A. Peiser.** Über das Verhalten der serösen Körperhöhlen gegenüber im Blute kreisenden Bakterien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 484.)

Bei den Versuchen zu obigem Thema, die Verf. in der Küttner-schen Klinik anstellte, benutzte er den für Kaninchen pathogenen Bacillus pyocyaneus, von dem eine Bouillonaufschwemmung in die Ohrvene eingespritzt wurde. Die Tiere wurden verschieden lange Zeit hernach getötet und aus Pleura-, Peritoneal- und Perikardialhöhle unter allen Kautelen durch Abstrich und Ausgießen mit Bouillon abgeimpft. In Kontrollversuchen wurden die serösen Häute in Reizzustand versetzt durch Injektion von körperwarmer Bouillon, von physiologischer Kochsalzlösung und von Phagocytin, einem Nukleinsäurepräparat.

Dabei fand sich, daß im Blute kreisende Bakterien in die serösen Häute nicht übergehen, solange diese unversehrt sind. Eine Invasion findet erst mit dem Eintritte von Sepsis statt. Befinden sich aber die serösen Häute in einem auch nur geringen Reizzustande, so treten die Bakterien sehr rasch in diese über. Dabei hängt es von der Virulenz der Infektionserreger und der Widerstandskraft des Organismus ab, welche Folgen die Bakterieninvasion hat.

Reich (Tübingen).

---

3) **A. Blumenfeld.** Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen (bakteriellen) Substanzen durch den Schweiß.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXIV. p. 93.)

B. hat Katzen Bakterienkulturen ins Blut gespritzt, dabei aber im Gegensatz zu Brunner eine Ausscheidung der Bakterien durch den Schweiß nicht beobachten können. Er glaubt, daß die Schweißdrüsen für die Bakterien unüberwindliche Hindernisse setzen.

Von löslichen Substanzen geht Jodkalium durch, Fluorescin und Agglutinine aber nicht. Die Ausscheidung der Toxine (Tetanus) läßt Verf. vorläufig unentschieden. Er nimmt für die Ausscheidung der löslichen Substanzen eine elektive Tätigkeit der Schweißdrüsenepithelien an, während die Schweißdrüsen für die Bakterien mehr mechanische Hindernisse bilden. **M. Winkler** (Luzern).

---

4) **M. H. Vincent.** Etiologie et prophylaxie de certains cas de tétanos. Rôle de l'hematome infecté.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 34.)

V. sucht experimentell eine Erklärung für die rätselhaften Tetanusinfektionen nach operativen Eingriffen oder Verletzungen, nach welchen die Wunden völlig reaktionslos und rasch geheilt waren.

Auf Grund mehrerer Reihen von Tierexperimenten kommt er zu folgenden Schlüssen. Der Starrkrampferreger ist für gewöhnlich im Gegensatze zu den Eitererregern ein unschuldiger Saprophyt, der viel häufiger in die Wunden gelangt, als man für gewöhnlich annimmt, aber in ihnen nur unter besonderen Bedingungen (Eiterung, Nekrose usw.) seine Pathogenität entfaltet.

Die Gelegenheit für seine Entwicklung in reinen, reaktionslosen Operationswunden bieten nun Blutextravasate, in welchen sich die Sporen, geschützt gegen die natürlichen Abwehrvorkehrungen, entwickeln können.

So wurde Versuchstieren mit eigenem frischem Blute gemischte, von den Toxinen befreite Sporenkultur in verschiedene Körperteile eingespritzt. Die Kontrolltiere erhielten dieselbe Kultur aber ohne Blutbeimengung. Von 13 Versuchstieren gingen 10 an Tetanus ein, von den Kontrolltieren wurde keines befallen.

Entsprechend den Beobachtungen am Menschen zeigt auch dieser experimentelle Tetanus eine ungewöhnlich lange Inkubationszeit und einen damit im Widerspruche stehenden außerordentlich raschen, tödlichen Verlauf. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

5) **P. Hardouin** (Rennes). Quand et comment doit-on faire une injection de sérum antitétanique.

(Presse méd. 1907. Nr. 96.)

Verf. ist der Ansicht, daß man in allen Fällen, in welchen man es mit einer unregelmäßigen, vielwinkligen Wunde zu tun hat, in welchen man nicht sicher sein kann, eine gründliche Desinfektion vorzunehmen, eine Einspritzung von antitetanischem Serum machen soll, und zwar so früh als möglich; aber auch 2, selbst 3 Tage nach der Verwundung kann dieselbe von Vorteil sein. Solange eine solche Wunde eitert, sollen derartige Einspritzungen alle 8 Tage wiederholt werden. Es kann dies auch zwei- und dreimal wiederholt werden; und halte man es sich gegenwärtig, daß man es niemals zu bereuen haben wird, eine Einspritzung zuviel, wohl aber oft eine zuwenig gemacht zu haben. Selbstverständlich muß man sich auch vor Übertreibungen in dieser Beziehung hüten und nicht jede kleine, oberflächliche Wunde mit Einspritzungen von antitetanischem Serum behandeln wollen. **E. Toff** (Braila).

---

6) **Broca.** Die Blutstillung bei den Hämophilen durch Injektionen mit frischem tierischen Serum.

(Med. Klinik 1907. p. 1445.)

Auf Grund der Untersuchungen von P. Emile Weil unterscheidet B. die anfallsweise auftretende und die familiäre Hämophilie. Beiden ist die außerordentliche Verzögerung der Blutgerinnbarkeit eigen; Abweichungen bestehen in der Konsistenz des Blutes, Zahl und Art der

*

weißen Blutkörper, in den Gerinnungsvorgängen usw. Bringt man nun 1—3 Tropfen gesunden Menschen- oder Tierblutserums mit 1 ccm Blut solcher Kranken zusammen, so wird dessen Gerinnung unverkennbar begünstigt. Erwachsenen werden einmalig 10—20 ccm frischen Menschen- oder Pferdeserums (nicht Rinder- oder Hundeserums) in die Vene, 20—40 ccm unter die Haut gespritzt; Kinder erhalten die Hälfte; in der Praxis kann man frisches Antidiphtherieserum verwenden; nach 24 Stunden kann dann eine etwa erforderliche Operation gefahrlos vorgenommen werden. Ist ein sofortiger Eingriff nötig, so wird das Serum nicht nur in die Vene eingespritzt, sondern auch unmittelbar auf die Wunde gebracht. Auch bei inneren Blutungen, soweit sie auf Verzögerung der Blutgerinnung beruhen, ist das Verfahren wirksam. B. führt mehrere eigene klinische Erfahrungen an (Zahnfleisch-, Gelenk-, Wundblutungen usw.), wonach sich diese Behandlungsweise allen anderen überlegen zeigte. Es empfiehlt sich, vorbeugend Blutern alle 2 Monate eine Serumeinspritzung zu machen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

7) **Tarantini.** Sul meccanismo d'azione dell' iperemia da stasi alla Bier.

(Policlinico, sez. chirurg. 1907. Nr. 10.)

Spritzt man chinesische Tusche unter die Haut des Hinterbeines eines Meerschweinchens, so kann man den Eintritt derselben in die Lymphdrüsen, welche normalerweise schon nach wenig Minuten zu beobachten ist, durch Anlegung der Stauungsbinde dauernd verhindern. Es genügt, die Binde eine halbe Stunde vor der Einspritzung anzulegen und eine Stunde liegen zu lassen. Die Wirkung beruht auf Phagocytose und Bindegewebsneubildung.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

8) **Rohlff.** Ischäminverwendung in der täglichen Praxis.

(Med. Klinik 1907. p. 1297.)

Ischämin, chemisch rein aus den Nebennieren des Schafes isoliert, hält sich mindestens 6 Wochen lang unverändert klar, farblos und wirksam. Man kann es aufkochen. Um bestmögliche Blutleere und Schmerzlosigkeit zu erzielen, fügt man zu 3 g einer 1%igen Kokainlösung für entzündete Gewebe 7 Tropfen Ischämin, für nicht entzündete 6 Tropfen hinzu (Zahnziehen, blutige Nasenoperationen, Hydrokelenoperation, sonstige kleine Chirurgie des praktischen Arztes, auch gegenüber von Kindern oder schwächlichen alten Leuten).

Georg Schmidt (Berlin).

---

9) **Leonardo.** Azione della tiosinamina e della fibrolisina sulle cicatrici, sui bacteri, sul sangue.

(Policlinico, sez. chirurg. 1907. Nr. 9 u. 10.)

Thiosinamin ist für den tierischen wie menschlichen Körper ganz unschädlich, es verursacht in Narben keine regressiven Prozesse, keine

Infiltration oder Phagocytose. Es erzeugt eine starke und anhaltende Leukocytose, welche der durch Nukleinsäure kaum nachsteht. Dagegen besitzt es die unangenehmen Eigenschaften der Nukleininjektionen nicht. Es erhöht die Resistenz des Körpers gegen Infektion wie dieses und verdient statt seiner angewandt zu werden.

Man verwende bei Kindern Thiosinamin in 5%iger Wasser-Glyzerinlösung 1 ccm, bei Erwachsenen das Fibrolysin 0,75 ccm.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

10) **Fáykiss.** Arteriennaht. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik Hofrat v. Réczey.)

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 29.)

Verf. teilt nach ausführlicher Darlegung der Literatur 40 eigene Versuche mit, die er nach Durchtrennung der Carotis behufs Wiedervereinigung ausführte. Es wurde das Verfahren von Payr und die Invaginationsmethode von Murphy erprobt, und Verf. kommt nach seinen Experimenten zu folgendem Ergebnis: die Arteriennähte erfordern eine strenge Asepsis. Die provisorische Blutstillung kann durch Digitalkompression oder durch die Silberberg'sche Klemme geschehen. Von den verschiedenen Verfahren bewährt sich jenes am besten, das die geringste Verengerung der Gefäßlichtung bewirkt und eine möglichst genaue Anpassung der Intimaränder erlaubt. Am zweckmäßigsten ist eine durch alle Schichten laufende Naht, als Nahtmaterial Seide. Sollte wegen schlecht angelegter Nähte eine Blutung entstehen, so sollen durch alle Schichten Ersatznähte angelegt werden; sollte eine Verengerung der Lichtung eingetreten sein, so ist die Resektion der Nahtstelle mit folgender zirkulärer Vereinigung zu empfehlen. Es ist überflüssig, die Gefäßscheide separat zu vernähen, da sie ohne Naht in kurzer Zeit verwächst. Die Lücken zwischen den Wundrändern, sowie in die Lichtung reichende Fäden werden mit Blutgerinnseln bedeckt, die sich später organisieren. Im Heilungsprozeß kommt dem Endothel die wichtigste Rolle zu; weniger beteiligt sind daran die Bindegewebszellen der Adventitia, am geringsten die Mittelschicht. Infolge der Neubildung der elastischen Fasern kommt in einem gewissen Grade eine Restitution ad integrum zustande.

P. Steiner (Klausenburg).

---

11) **Schleich.** Über die Entwicklung der allgemeinen und lokalen Anästhesie.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 1.)

Bekanntlich leugnet Verf. das Vorhandensein besonderer Schmerzempfindungsorgane, -bahnen und -zentren und erklärt den Schmerz als die Wirkung eines elektroiden Kurzschlusses der sensiblen Nervenbahnen. Die Isolation besorgen Neurilemm und Neuroglia und der sie umspülende Gewebssaft; ihre Schädigung ermöglicht das Übergreifen der durch einen Reiz entstandenen Nervenströme auf die schlecht isolierten Bahnen. Umgekehrt bewirkt die Narkose eine

Verstärkung der Isolation bis zur Hemmung, ganz gleich, ob sie örtlich durch Infiltration, intermediär in Form der Rückenmarksanästhesie oder zentral durch Kontaktaufhebung der Ganglien angreift. Die örtliche Schmerzbetäubung des Verf.s mit hypotonischer 0,2%iger Kochsalzlösung, Kokain und Alypin kann als gänzlich ungefährlich gelten selbst bei Infektionen und Geschwülsten, wenn man von der gesunden Umgebung gegen den Krankheitsherd ödemisiert. Adrenalinzusätze machen die Lösung nur giftiger und bedingen allein bei der Zahnextraktion im Unterkiefer einen wirklichen Vorteil. An den Fingern und Zehen hält S. sein Verfahren der Leitungsanästhesie nach Oberst für vollkommen ebenbürtig, wenn auch nicht so einfach in der Technik. An allen übrigen Körperstellen scheint ihm die Leitungsanästhesie direkt problematisch.

Die Hauptgefahr der Narkose ist der plötzliche Hemmungsfortfall der Leitungen von der Rinde zu den lebenswichtigen Zentren der Medulla; Verf. glaubt, daß sie durch ein bei der Körpertemperatur gasförmiges Narkotikum, sein Siedegemisch, zu vermeiden ist, weil es noch rechtzeitig durch die Atmung ausgeschieden werden kann. Auf die Rückenmarksanästhesie setzt er große Hoffnung, vor allem, wenn es gelingen sollte, die Rückenmarksleitung mehr physikalisch und weniger chemisch zu hemmen. Die Lähmung durch das Alkaloid bringt noch immer die große Gefahr mit sich, alle zwischen unterem Rückenmarksabschnitt und Medulla gelegenen Zwischenschaltungen schnell zu überspringen. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

12) **H. Freund.** Kokain als Mittel gegen das Erbrechen nach der Narkose. (Aus d. Stephanshospital in Reichenberg.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Abgesehen von den subjektiven Unannehmlichkeiten des postoperativen Erbrechens machen objektive Folgen — Sprengen von Nähten und Ligaturen, Entstehung von Pneumonien durch Verschleppung kleiner Emboli — es dringend wünschenswert, das Erbrechen zu verhindern.

Seine Ursache ist einmal eine zentrale, durch Reizung der Medulla oblongata, tritt dann meist beim Übergang in das Toleranzstadium ein und kann durch richtige Dosierung des Narkotikums vermieden werden. Selten tritt es mehrere Stunden nach der Narkose als Späterbrechen ein. Die andere — häufigere — Ursache ist eine periphere, durch Reizung der Magen-Darmschleimhaut bedingt, indem mit Dämpfen des Narkotikums gesättigter Speichel geschluckt wird, oder Narkotika in den Magen ausgeschieden werden. Das Schlucken kann durch maximale Reklination des Kopfes nach Witzel vermieden werden. Außerdem läßt sich aber die Reflexerregbarkeit der Bauchorgane auch auf andere Weise herabsetzen. Während nämlich die Organe der Bauchhöhle bisher für empfindungslos galten, bewiesen Kast und Melzer durch Tierexperimente, daß relativ geringe Dosen von Kokain

subkutan oder intramuskulär die normalerweise vorhandene Schmerzempfindung der Bauchorgane vollständig aufheben.

Darauf fußend hat Verf. versucht, ob nicht auch die Reflexerregbarkeit der Magen-Darmschleimhaut durch Kokaininjektionen aufzuheben ist, und in der Tat dadurch eine auffällige Verminderung des postnarkotischen Erbrechens erzielt, das dann nur in 12%, früher in 33% der Fälle eintrat. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß Dosis und Zeitpunkt der Injektion erst ausprobiert werden mußten, daß ferner ein Teil der Mißerfolge Späterbrechen war, das dadurch kaum zu bekämpfen ist, endlich daß einige Fälle durch technische Fehler — zu späte Injektion, Essen vor der Operation — erklärlich sind. Als geeignetste Dosis erwies sich 0,025 g bei Männern, 0,02 g bei Frauen, vor Ende der Operation subkutan gegeben. Die Methode erscheint noch nicht völlig ausgebildet. Als angenehme Nebenwirkung ergab sich auffallende Euphorie nach der Narkose und Steigerung des Blutdruckes. Intramuskuläre Injektionen wirken schneller.

Renner (Breslau).

---

13) **Pollack.** Weitere Beiträge zur Hirnpunktion.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

P. hebt hervor, daß andauernd in der Literatur Fälle von Gehirnerkrankungen publiziert werden, in welchen die von Neisser und dem Verf. angegebene Methode der Hirnpunktion zur Stellung der richtigen Diagnose gute Dienste geleistet haben würde. Es werden sodann einige günstige Erfahrungen angeführt, die andere Autoren mit der Hirnpunktion gemacht haben; nachdrücklich wird hervorgehoben, daß die von Neisser und P. angegebene Methode etwas durchaus Neues darstelle und die Hirnpunktion erst zu einem allgemein anwendbaren Verfahren gemacht habe. Die Technik der Punktion ist im wesentlichen die alte geblieben, kleine Verbesserungen und neue Kunstgriffe werden mitgeteilt.

In bezug auf die diagnostische Bedeutung der Hirnpunktion wird betont, daß auch das negative Resultat wertvoll sei, und ein beweisender Fall dafür angeführt; es ist nicht zu bezweifeln, daß die Ventrikelpunktion in Zukunft ein häufiger, neben und statt der Lumbalpunktion geübter Eingriff werden wird.

Zum Schluß wird ein Fall mitgeteilt, in dem die Hirn- resp. Ventrikelpunktion nicht bloß diagnostisch, sondern auch therapeutisch unschätzbare Dienste leistete. Es handelte sich um ein 17jähriges Fräulein, das in desolatem Zustande aufgenommen wurde. Erst die Punktion ließ die Diagnose auf Hydrocephalus acquisitus stellen; es wurden 18 ccm Liquor aus dem rechten Seiten- und 60 ccm aus dem vierten Ventrikel entleert; darauf trat Heilung ein.

Haeckel (Stettin).

---

14) **J. Broeckart** et **F. de Beule.** Etude critique sur le traitement de la névralgie faciale.

(Journ. de chirurgie 1907. Nr. 6 u. 7.)

In einer ausführlichen Monographie haben Verff. unsere heutigen Kenntnisse der Trigeminusneuralgien zusammengestellt und die verschiedenen Behandlungsmethoden einer eingehenden Kritik unterzogen. Nach anatomischen Vorbemerkungen legen sie ihre Anschauungen über die Ätiologie des Leidens vor, das sie auf eine plötzliche Kompression der sensiblen Trigeminusfasern zurückführen. Diese wird bewirkt durch Hyperämie der Nervengefäßchen, die ihrerseits die Folge eines Druckes auf den Nerven durch Geschwulst, Narben, neuritische Prozesse ist, begünstigt durch den Verlauf des Nerven in engen Knochenkanälen.

Wenn die Therapie die inneren Mittel erschöpft hat und keine kausalen chirurgischen Angriffspunkte vorhanden sind, so stehen dem operativen Vorgehen mehrere Wege offen: 1) die Exstirpation des obersten Halsganglions event. mit einem Stück des Sympathicusstammes; 2) die Neurosarkokleisis; 3) die Reihe der Eingriffe am Nerven selbst.

Die erste Operation hat in einer Reihe von Fällen bemerkenswerte Besserungen, auch einige Heilungen gebracht, doch sind die Resultate unsicher, da die beiden anderen Halsganglien die Funktion des entfernten obersten übernehmen und Rezidive veranlassen.

Rationeller ist die Bardenheuer'sche Neurosarkokleisis, die ihrem Erfinder glänzende Resultate gegeben hat; leider kann sie nur beim N. supra- und infraorbitalis und maxillaris angewandt werden, wenn die Ursache der Neuralgien in diesen peripheren Ästen zu suchen ist.

Bei der Beurteilung der operativen Eingriffe an den Nerven selbst gehen Verff. von folgenden Erwägungen aus: Jede Verletzung eines Nerven hat eine Veränderung der Nervenzellen an der betroffenen Stelle zur Folge, die wir Chromolyse nennen. Dieselbe besteht in Zerfall des Protoplasmas, Schwellung und Gestaltsveränderung der Zelle, deren Kern an die Peripherie gedrängt, event. ganz ausgestoßen wird. In einigen Monaten erholen sich die Zellen, bis auf die, welche ihren Kern verloren haben und zugrunde gehen, und gewinnen ihre normale Gestalt und Fuktion wieder. Je heftiger die Verletzung war, desto stärker die reaktive Chromolyse, desto mehr Zellen gehen zugrunde, und desto höher hinauf zentralwärts reicht die Degeneration. Letztere zu einer möglichst ausgedehnten zu machen und damit den Nerven dauernd außer Funktion zu setzen, muß das Ziel jeder die Neuralgie bekämpfenden Operation sein. Und nach den Versuchen van Gehuchten's und der Verff. wird dieses am besten durch brüskes Ausreißen der mit festen Klemmen gefaßten Nerven erreicht; danach wurden die intensivsten und ausgedehntesten Chromolysen beobachtet. Für sehr wesentlich halten Verff. es nun, und das ist der Kern der ganzen Abhandlung, diese brüske Zerreißung des Nerven möglichst hoch oben in der Nähe des Ganglion Gasseri vor-

zunehmen, da dann die Zerstörung am vollständigsten ist. Bei 26 mit Ausreißen der Nerven an der Schädelbasis behandelten Fällen war stets sofortige, vollständige Heilung eingetreten, die nach 2 Jahren noch anhielt. Von Einspritzungen oder Lufteinblasungen (Marie, Chauffard) in die Nerven halten Verff. sehr wenig; am ehesten ist noch dem 80%igen Alkohol eine Wirkung zuzuschreiben, die ebenfalls auf Chromolyse beruht, aber zu schwach ist, um Regeneration der Zellen und damit das Rezidiv zu verhindern.

Die Exstirpation des Ganglion Gasseri verwerfen Verff. als zu schwierig, zu gefährlich und zu eingreifend vollständig. Sie wollen diese Operation durch ihr Ausreißen der Nervenstämme an der Basis, event. durch die technisch leichtere und ungefährlichere Durchtrennung der hinteren Wurzel ersetzen. **Vorderbrügge** (Danzig).

---

15) **A. Passow** und **K. L. Schäfer.** Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. I. Hft. 1 u. 2.

Berlin, **S. Karger,** 1908.

Die genannte Zeitschrift verfolgt nicht den Zweck, sich in ihrem Arbeitsprogramm den bestehenden einzufügen, sondern will vor allem einmal den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und den anderen Spezialgebieten pflegen, dann neben der praktischen die wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie usw. fördern. Das erste und zweite Heft bringt eine Durchführung dieses Gedankens.

Sie enthalten außer vorwiegend praktische Ziele verfolgenden Arbeiten wertvolle theoretische Beiträge, deren nähere Besprechung hier nicht angebracht erscheint. Dagegen verlangen die beiden ersten Arbeiten auch an dieser Stelle eine kurze Besprechung. Die Arbeit Lange's: »Beiträge zur pathologischen Anatomie der vom Mittelohr ausgehenden Labyrinthentzündungen«, zeichnet sich durch die überaus exakte pathologisch-anatomische Untersuchung von 14 Fällen von Labyrinthentzündung aus.

Von besonderem Interesse erscheint der auf histologische Veränderungen basierte Nachweis, daß das Foramen ovale nach primärem Einbruch der Entzündung in die Bogengänge, besonders der lateralen, zur sekundären Ein- oder Durchbruchstelle werden kann. Überhaupt ist die ganze Frage, ob Ein- oder Ausbruch, sehr eingehend behandelt, wenn sie auch für die Therapie keine ausschlaggebende Bedeutung gewinnen kann. Wichtig für die Therapie erscheint aber der histologische Nachweis, daß in erster Linie der laterale Bogengang, in zweiter die Fenster als Einbruchstellen zu betrachten sind. Auch für die Möglichkeit der Ausheilung einer Bogengangsfistel bzw. das Vorkommen einer umschriebenen Bogengangserkrankung überhaupt bringt Lange wertvolles Beobachtungsmaterial bei. Die Tuberkulose des Mittelohres und Labyrinthes hat er aus seinen Betrachtungen aus-

geschieden, weil sie anatomisch und klinisch eine Sonderstellung einnimmt. Im übrigen beweisen die mitgeteilten Krankengeschichten nach Ansicht des Ref., wie wichtig es ist, einmal durch genaue funktionelle Prüfung sowohl des Bogengangsapparates wie der Schnecke vor der Operation sich ein Urteil zu bilden, ob eine Erkrankung des inneren Ohres in Frage kommt oder nicht. Dann durch möglichst ausgiebige Abtragung des medialen Abschnittes des Facialisspornes bei Verdacht auf Labyrintherkrankung und intensiver Beleuchtung, wie es Hinsberg verlangt, einen möglichst genauen Überblick über die anatomische Beschaffenheit der Fenstergegend zu gewinnen. Die planmäßige Eröffnung des Labyrinthes ist in keinem der Fälle, wie noch kurz erwähnt sei, angeführt worden.

Die Arbeit P.'s beschäftigt sich mit dem Verschluß von Knochenwunden nach Antrumoperationen. Zur Vermeidung tiefer trichterförmiger Einziehungen, Wunden nach Antrumoperationen überhaupt zum Verschluß zu bringen, empfiehlt P., in geeigneten Fällen ausschließlich Periostlappen, keine Periost-Knochenlappen zu verwenden. Die Methode hat sich ihm auch zur Deckung von freiliegenden Sinusabschnitten und von Knochenlücken nach Hirnprolapsabtragung bewährt. — Die Ausstattung der Zeitschrift ist eine vorzügliche.

Engelhardt (Kassel).

---

16) **J. Schäffer.** Über ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXV. p. 371.)

In eingehender Weise bespricht S. die Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und bei Hautkrankheiten. Es werden getrennt behandelt die Mundschleimhautveränderungen im ersten, zweiten und dritten Stadium der Lues, bei Lues maligna, nach Quecksilberbehandlung, die Leukoplakie.

Bei den Hautkrankheiten werden besprochen der Lichen ruber planus, das Erythema exsudativum multiforme und die Arzneiexantheme, die blasenbildenden Schleimhauterkrankungen des Herpes, schließlich die Dermatosen, die nur sehr selten auf der Mundschleimhaut vorkommen (Ekzem, Psoriasis, Quincke'sches Ödem, Pseudoleukämie). Die interessante Studie wird durch zahlreiche Beobachtungen aus der reichen Erfahrung des Verf.s erläutert und ergänzt.

M. Winkler (Luzern).

---

17) **W. A. Lane.** The modern treatment of cleft palate.

(Lancet 1908. Januar 4.)

Der bekannte Chirurg von Guy's Hospital beschreibt hier seine Operationsverfahren bei den schwereren Formen von Wolfsrachen. Er empfiehlt, die Operation in früher Kindheit auszuführen, ehe die Zähne durchgebrochen sind. Mit Einschluß der die Zähne bedeckenden Alveolarschleimhaut kann man mindestens einen dreimal so breiten

Lappen erzielen, als wie er nach Durchbruch der Zähne möglich ist. Verf. erreicht, wie aus 19 in der Arbeit enthaltenen Skizzen ersichtlich, durch seine Schnittführungen und Lappenbildungen außerordentlich breite Wund- und Vereinigungsflächen, was ja selbstverständlich bei diesen Operationen von ausschlaggebender Bedeutung ist. Nach seinen Erfahrungen bedecken sich die größten rohen Wundflächen im Munde in kürzester Zeit in vollkommenster Weise mit Epithel und dazu ohne nennenswerte Narbenbildung oder gar Kontrakturen.

Einzelheiten sind in dem sehr lesenswerten Original zu ersehen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

18) **Jacson.** Tonsillar hemorrhage and its surgical treatment.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Die partielle Abtragung der Mandel hält J. für unpraktisch, er ist Anhänger der Tonsillektomie, d. h. der Exstirpation der ganzen Mandel. Er zieht den vorderen Gaumenbogen mit einem kurzen Haken zurück, spaltet dann, nachdem er die Mandel mit einer Zange ganz vorgezogen hat, von außen deren Kapsel und trägt hierauf hinten vermittels einer langen stumpfen Schere die Mandel von ihrem Bett ab. Spritzen Gefäße, so faßt er sie mit einer langen Zange und unterbindet. Ist es eine Gewebsblutung so legt er zwischen beiden Bögen einen Gazetampon. Ist die Blutung gar nicht zu stillen, was selten vorkommt, so muß die Carotis externa unterbunden werden.

Herbold (Brandenburg).

---

19) **M. Böhm.** Die numerische Variation des menschlichen Rumpfskeletts. Eine anatomische Studie mit 52 Abbildgn. 92 S.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1907.

Das vorliegende Buch bildet eine Ergänzung zu den früheren Veröffentlichungen desselben Autors über die Ätiologie der Skoliose (ausführlich referiert dies. Zentralbl. 1907 p. 732). Es bringt eine genaue Beschreibung der Kollektion numerisch variierender Wirbelsäulen, welche, von dem Anatomen Dwight in Boston zusammengestellt, sich im dortigen Warrenmuseum befindet. Auffallend sind die Geringgradigkeit der skoliotischen Verbiegung bei den abgebildeten, Erwachsenen angehörigen Skeletten und die geringen Torsionsveränderungen an den Rippen.

Das kleine Buch bildet eine wichtige Ergänzung unserer Lehrbücher der normalen Anatomie.

Drehmann (Breslau).

---

20) **Dwight.** Stylo-hyoid ossification.

(Annals of surgery 1907. November.)

D. beschäftigt sich mit jenen seltenen Fällen, in welchen der zweite Kiemengangsbogen bei Erwachsenen verknöchert angetroffen wird. Der zweite Branchialbogen geht beim Embryo vom Schädel

nach abwärts und vorwärts und steht mit dem Bogen der anderen Seite durch das Basi-hyal in Verbindung, aus welchem letzteren später der Körper des Zungenbeines wird. Der Bogen selbst — ausgenommen des Basi-hyal — besteht 1) aus dem Tympano-hyal, 2) dem Stylohyal, dem späteren Proc. styloid., 3) dem Cerato-hyal, dem späteren Lig. stylo-hyoideum und 4) dem Hypo-hyal, aus dem später die kleinen Hörner des Zungenbeines werden. Das Tympano-hyal ist ein kurzer runder Fortsatz, der meistens mit dem Proc. styl. eins wird, so daß der letztere als vom Schädel direkt abgehend bezeichnet werden muß; es kann aber zwischen diesen beiden Knochen auch nur eine ligamentöse Vereinigung bestehen bleiben. Andererseits kann aber auch das Lig. stylo-hyoideum verknöchern, so daß man nun einen beiderseitigen langen und mit dem Zungenbein knöchern verwachsenen Proc. styloideus hat, wodurch ein knöcherner Halsring gebildet wird. Diese Verknöcherung des Lig. stylohyoideum ist keine Alterserscheinung, sie kommt auch bei jüngeren Leuten vor. Von 20 aus den Museen und der Literatur gesammelten Präparaten stammen 6 von jungen Leuten, die übrigen von über 50 Jahre alten Personen. Klinisch können sich bei solchen Leuten Schluckbeschwerden einstellen. Die Diagnose kann durch manuelle Untersuchung und durch Untersuchung mit Röntgenstrahlen gestellt werden. Diese langen Proc. styloid. verlaufen zwischen den beiden Carotiden (interna und externa), so daß man sie gelegentlich der Unterbindungen hier antreffen kann. Außerdem liegen sie nach innen von der Parotis und nach außen von den Mandeln. Einige Schädelphotographien, welche diesen knöchernen Branchialring zeigen, erläutern die Arbeit. **Herhold** (Brandenburg).

---

21) **Ginsburg.** Contributions to the anatomy of the parathyroid bodies, with especial reference to the surgical aspects.

(University of Pennsylvania med. bulletin 1908. Januar.)

G.'s Beitrag zur Anatomie und chirurgischen Bedeutung der Parathyreoidkörper beruht auf zahlreichen Untersuchungen anatomischer Präparate. Die Körper sind stets vorhanden, jedoch manchmal durch umgebende Fettmassen verdeckt. Nicht selten finden sich mehr als zwei Paare; sie liegen am konstantesten auf der Linie der Anastomosen zwischen Arteria thyreoidea superior und inferior, meist näher der inferior, an der Hinterfläche der Seitenlappen der Drüse, entweder in einer Capsula propria oder innerhalb der Drüsenkapsel, event. sogar teilweise in die Drüsensubstanz eingebettet. Am zweithäufigsten liegen sie am unteren Pole der Drüse, hier sind sie am größten und am leichtesten zu finden. Die Blutversorgung geschieht durch eine besondere Arteria parathyreoidea, die ein Ast gewöhnlich der A. thyr. inferior, selten der superior ist Diese Art der Gefäßversorgung hat praktische Bedeutung, da von der Erhaltung der Artt. parathyreoideae die Vitalität der Körperchen bei Unterbindung der Arteriae thyreoideae abhängt. Die Schwierigkeiten, sie bei Operationen an der Schilddrüse zu erkennen und zu erhalten, sind zweifellos oft

nicht zu überwinden. Jedoch kann bei Unterbindung der A. thyreoidea inferior oder superior außerhalb der Kapsel die Blutversorgung der Körperchen durch Anastomosen mit der entgegengesetzten Seite noch erhalten bleiben. Während der Operation läßt sich die Lage der Parathyreoidkörperchen noch am ersten erkennen am Verlaufe der zugehörigen kleinen Arterien. Die Stelle des Eintritts und der Verteilung der A. thyreoidea inferior muß bei der Operation mit der größten Vorsicht verfolgt werden, um die Blutversorgung der Körperchen möglichst unversehrt zu erhalten. (1 Tafel mit Abbildungen.)

Mohr (Bielefeld).

---

22) **A. le Dentu.** Des complications broncho-pulmonaires post-opératoires.

(Extrait des Arch. génér. de méd. 1906. T. I. p. 724.)

Bronchopulmonale Erkrankungen nach Operationen sind oft weder der Narkose noch einer Infektion zuzuschreiben. Dagegen haben Einfluß zurzeit bestehende Epidemien. Man sollte deshalb zu solchen Zeiten gewisse Operationen lieber aufschieben. Weiter sind von Einfluß Lungenemphysem, Herz- und Lungenaffektionen, hohes Alter und Kachexie. Daß persönlicher Disposition auch eine Rolle zuzusprechen ist, schließt Verf. daraus, daß er bei wiederholten Operationen an zwei Leuten stets derartige Erkrankungen auftreten sah. Andere Ursachen sind Abkühlung und septische Embolien, besonders wenn sie zahlreich sind. Die embolischen Pneumonien brauchen sich in ihrem Verlaufe durchaus nicht von anderen zu unterscheiden.

In Betracht kommt ferner, daß bei Bauchoperationen durch Schädigung der Bauchmuskeln der Atmungstypus erschwert wird, ferner, daß Schmerzen die Kranken verhindern auszuhusten. Vielleicht ist auch an der von De la Roche aufgestellten Hypothese einer durch Chloroform bedingten Paralyse der Bronchialmuskelfasern etwas Wahres. Jedenfalls rufen alle die genannten Umstände, ebenso wie eine etwaige Schwächung des Herzens, eine gewisse Blutstauung innerhalb der Lungen hervor.

Dem Trauma muß auch ein großer Einfluß zugesprochen werden, desgl. dem Chok, dem ja manche in kurzer Zeit erliegen. Auch die Infektion spielt eine große Rolle. Daß aber die Infektion der Lungen auf dem Lymphwege gar so häufig sei, glaubt Verf. nicht, da man sie dann auch nach Appendicitis häufiger sehen müßte. Allgemeine tiefe Narkose darf auch nie als unschädlich für die Lungen angesehen werden. Die Schädigung der Bronchialschleimhaut durch das Narkotikum kann dagegen nicht hoch veranschlagt werden, da es gelungen ist, durch verschiedene Vorsichtsmaßregeln die Zahl der Pneumonien sehr einzuschränken, auch beim Äther (Henle, Kroenlein).

Zum Schluß faßt Verf., der Anhänger der Äthernarkose ist, die Mittel, die Lungenerkrankungen verhüten sollen, zusammen. Bei schweren Lungenerkrankungen hat er gute Erfolge vom Aderlaß gesehen.

E. Moser (Zittau).

---

23) **S. K. Gogitidze.** Zur Diagnose der Pleuritis exsudativa: Die diagnostische Bedeutung des Hautödems an der kranken Brustseite.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 50 u. 51. [Russisch.])

G. findet Wintrich's Methode (Palpation einer Hautfalte) nicht immer zum Ziel führend. Er selbst palpiert die Dicke der Haut, indem er sie mit dem Finger quer über die Rippe hin und her bewegt, oder aber — nach Tschernow — längs den Rippen über einem Interkostalraum, der bei Ödem schmäler und weniger tief erscheint. Er fand nun, daß das Hautödem in allen Fällen von serösem Pleuraexsudat, dabei in sehr frühen Stadien, vorhanden ist, selbst in einigen Fällen, wo die Probepunktion negativ ausfiel. Das Hautödem ist also ein sicheres Symptom von Pleuraexsudat. Zum Schluß bemerkt G., daß er in 2 Fällen von Pericarditis serosa Hautödem in der Herzgegend sah. Die Beobachtungen G.'s betreffen Kinder. —

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

I.

Zur Frage der Bedeutung des „Rovsing'schen Symptoms".

Von

Prof. Dr. Thorkild Rovsing in Kopenhagen.

In Nr. 8 dieses Blattes referiert Lauenstein einen Fall von Peritonitis und Cholecystitis acuta, in welchem nach seiner Behauptung das von mir im Zentralblatte 1907 Nr. 43 beschriebene Appendicitissymptom vorgefunden wäre, ihn aber irregeleitet hätte. Eine erneuerte Durchlesung meines Aufsatzes wird aber meinem geschätzten Kollegen seinen Irrtum klar machen. Ja, er braucht nur die Überschrift zu lesen: »Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerzes an McBurney's Punkt. Ein Beitrag zur Diagnostik der Appendicitis und Typhlitis«.

Es verhält sich nämlich so, daß Lauenstein's Pat. nur in der Gallenblasengegend direkt und indirekt druckempfindlich war. »Übte man nach der Rovsing'schen Anweisung einen kurzen raschen Druck[1] auf die linke Unterbauchgegend, so gab der Kranke jedesmal prompt einen Schmerz unter der Leber an.« Lauenstein dachte dann »an eine Appendicitis bei aufwärts geschlagenem Wurmfortsatz mit Perforation an der Spitze« und tadelt meine Untersuchungsmethode, weil er eine entzündete, mit dem Querkolon verklebte Gallenblase fand!

Mir scheint es, daß meine Methode hier etwas unerwartet Schönes geleistet hat: sie hat nicht nur keinen Schmerz an McBurney's Punkt ausgelöst und so gegen Appendicitis gesprochen, sondern zudem Herrn Lauenstein direkt die Gallenblasengegend als leidend angewiesen!

Möchte meine kleine Methode sich nur immer so gut bewähren!

24. Februar 1908.

---

[1] Ich drücke langsam mit der rechten Hand die Finger der flach angelegten linken Hand gegen das Colon descendens und lasse so die Hand aufwärts gegen die linke Flexur gleiten.

II.

Chemische Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Josef Lévai: „Über Sterilisation der Metallinstrumente“.

Von

Dr. phil. Leopold Spiegel,

Privatdozent und Assistent am pharmakologischen Institut der Universität Berlin.

In dem genannten, in Nr. 5 dieses Zentralblattes erschienenen Aufsatz gibt Herr Dr. Lévai zur Begründung praktischer Erfahrungen einige chemische Auseinandersetzungen. Da diese nicht ganz einwandsfrei sind, sei mir eine kurze Richtigstellung gestattet.

Durchaus nicht so zweifellos, wie es nach der apodiktischen Form scheinen könnte, ist der theoretische Satz: »Das Eisen rostet nur in Anwesenheit von Kohlensäure, Feuchtigkeit und Sauerstoff«. Vielmehr ist in den letzten Jahren von Dunstan[1] behauptet und gegenüber Zweifeln[2] durch mit aller Vorsicht angestellte Versuche zum mindesten wahrscheinlich gemacht worden, daß Kohlensäure wohl ein positiver Katalysator, aber nicht von wesentlicher Bedeutung für den Vorgang des Rostens sei. Diesen faßt D. vielmehr als eine Folge von Wasserstoffsuperoxydbildung auf und formuliert ihn demgemäß durch die Gleichungen

$$Fe + O_2 + H_2O = FeO + H_2O_2; \quad 2FeO + H_2O_2 = Fe_2O_2(OH)_2.$$

Die Zusammensetzung $Fe_2O_2(OH)_2$ hat nach seinen Analysen der gewöhnliche Rost.

Desgleichen hat Whitney[3] festgestellt, daß die Gegenwart von Kohlensäure für das Rosten nicht erforderlich ist, daß vielmehr die von ihm als primärer Vorgang angenommene Lösung von Eisen in Form von Ferroionen lediglich von der Konzentration der Wasserstoffionen abhängt und daher auch in reinem Wasser vor sich geht, während gelöste Kohlensäure wenigstens in siedendem Wasser die Konzentration der H-Ionen eher herabsetzt als vermehrt.

Schließlich haben Schleicher und Schultz[4] neuerdings die Auffassung des Rostens als elektrochemischen Vorgang begründet.

Selbstverständlich ist von Herrn Dr. Lévai nicht die Kenntnis der neuesten chemischen Literatur zu verlangen, und ich habe das Vorstehende mehr der Vollständigkeit wegen erwähnt. Auch wird ja ein fördernder Einfluß der Kohlensäure fast allseitig zugegeben. Anders steht es aber mit der Behauptung: »Na_2CO_3 verhält sich dem Rosten gegenüber ganz indifferent, bindet die Kohlensäure des Wassers nicht«. Welche Theorie des Rostens man auch annehmen will, der vorstehende Satz bleibt in seinem ersten Teile falsch, wie er es nachweislich im zweiten ist. Ist es doch bekannt, daß Na_2CO_3 in Lösung CO_2 recht energisch unter Bildung von $NaHCO_3$ bindet. Allerdings gibt Natriumbikarbonatlösung beim Erhitzen CO_2 ab, aber diese entweicht, und auch das hierbei entstehende Na_2CO_3 dissoziiert bei stärkerem Erhitzen weiter unter Bildung von NaOH, also gerade von dem Stoffe, dem auch Lévai Schutzwirkung gegen das Rosten zuschreibt.

---

[1] Dunstan, Proceedings of the chemical society of London XIX, 150; XXI, 231; XXIII, 63.

[2] Moody, ebenda XXII, 101; XXIII, 84.

[3] Whitney, Journal of the American chemical society XXV, 394.

[4] Schleicher und Schultz, Stahl und Eisen XXVIII, 50.

Diese letzte Dissoziation ist nach Küster und Grüters[5] schon bei 90° bequem meßbar. Natriumkarbonat zersetzt ferner H_2O_2 und drückt auch die Konzentration der H-Ionen herab. Es muß also, wenn irgendeine der vorher erwähnten Theorien des Rostprozesses zu Recht besteht, eine Schutzwirkung ausüben. Dies ist in der Tat, entgegen der Angabe von Lévai, der Fall, und gerade diese Wirkung des Natriumkarbonats und verwandter Stoffe bildet eine Grundlage aller dieser Theorien. Dunstan führt ausdrücklich Na_2CO_3 unter den Verbindungen an, welche auch bei mehrjähriger Einwirkung das Rosten verhindern; nach seiner Angabe wirkt selbst $NaHCO_3$ noch hindernd, wenn mehr als 1% in der Lösung vorhanden ist. Richtig ist natürlich, daß NaOH mehr CO_2 bindet als Na_2CO_3 (etwa 2½mal soviel), daher noch wirken kann, wenn bei gleicher Konzentration Na_2CO_3 (etwa durch mit den Instrumenten eingeführte Säuren) bereits infolge völligen Überganges in $NaHCO_3$ unwirksam wird.

Nebenbei sei noch bemerkt, daß das feste NaOH nicht Natronlauge, sondern Natriumhydroxyd oder Natriumhydrat, vulgär Ätznatron, heißt, als Lauge aber erst die Lösung dieses festen Körpers bezeichnet wird.

---

24) Transactions of the American Surgical Association. Vol. XXV. Herausgegeben von Richard H. Harte.

Philadelphia, **W. J. Dornan,** 1907.

Aus den Abhandlungen heben wir folgende hervor:

J. M. T. Finney (Baltimore) wandte in zwei Fällen von kongenitaler Lues, bei denen das Knochengerüst der Nase nebst Septum zugrunde gegangen war, um äußere Narbenbildung zu vermeiden, mit gutem Erfolge die Rhinoplastik mit dem linken Ringfinger an.

Die Methode ist in Kürze folgende: Der linke Ringfinger wird gründlich des Nagels samt Matrix beraubt, die Haut der Kuppe wird im Umkreise von ca. 1 cm entfernt, ebenso die des Fingerrückens bis zum distalen Ende der Grundphalanx, dann wird die Nasenhaut gelöst und gedehnt, die Innenseite in der Mitte rund gemacht. Der Finger wird eingepflanzt, so daß die Kuppe auf dem Stirnbeine ruht; einige Nähte fixieren die Nasenspitze an die Haut der Grundphalanx. Nach 2wöchiger Fixierung wird der Finger im Metacarpophalangealgelenke exartikuliert; nach 3 Wochen wird das freie Ende der Grundphalanx auf die getrennten Weichteile über der Spina nasalis des Oberkiefers festgenäht.

Die fehlende knöcherne Verheilung hält F. wegen der daraus resultierenden Beweglichkeit der Nase für vorteilhaft.

C. H. Mayo (Rochester) empfiehlt auf Grund von 375 Kropfoperationen ein besonderes Verfahren zur Erhaltung der hinteren Kropfkapsel bei der Thyreoidektomie. Die Kapsel soll, nachdem ein Lappen vor die Wunde gebracht ist, auf der Seitenfläche der Drüse gespalten und mit Gaze zurückgestreift werden, während die Drüse allmählich nach der Mitte zu gewälzt wird. Längsverlaufende Stränge sowie drüsenartige Körper sind sorgfältig zu schonen. Drainage wird nur bei sehr großen Wundhöhlen und Hyperthyreoidismus angewandt. M. sah nur einmal sehr leichte Tetanie in seinen Fällen.

W. S. Halsted (Baltimore) bemerkt in der Diskussion, daß auch bei Mayo's Verfahren die Gefäßversorgung der Parathyreoideae gefährdet sei. Er will eine Scheibe Schilddrüsensubstanz über der letzten Verästelung der Arteria thyreoidea inferior zurücklassen und meidet die Ligatur des Stammes der Thyreoidea superior.

Besonderes Interesse verdient W. S. Halsted's (Baltimore) Vortrag über die Resultate seiner Methode der Operation des Brustkrebses:

---

[5] Küster und Grüters, Ber. d. D. chem. Gesellschaft XXXVI, 748; vgl. auch Brand, Zeitschr. f. d. ges. Brauwesen XXVII, 456.



		Geheilt	3 Jahre geheilt
Achsel und Hals negativ	60 Fälle	45 = 75%	51 = 85%
Achsel positiv, Hals negativ	110 »	27 = 24,5%	34 = 31%
Achsel und Hals positiv	40 »	3 = 7,5%	4 = 10%
Summa	210 Fälle		

H. macht neuerdings die Halsoperation in den meisten Fällen. Er rät sie an bei palpablem Befunde am Halse, wenn die Kuppe oder die mittlere Region der chirurgischen Achsel erkrankt ist. Die Halsoperation erhöht die Mortalität p. op. nicht wesentlich.

Die Kenntnis der Krebsverbreitung entlang den Fascien ist noch lückenhaft, fast alle Metastasen kommen auf diesem Wege zustande.

Krebscysten sind auf dem Operationstische besonders schwer zu erkennen, eine Nachoperation kommt stets zu spät.

Diagnostisch ist die Verkürzung der Bindegewebszüge von Tumor zu Haut wichtig, ebenso die Erkennung der Elastizität kleiner Cysten in fibrösen Mammae.

Bei der Operation soll reichlich Haut, subkutanes Fett und Fascie, sowie die Fascien vom oberen Teile des Rectus, Serratus anticus, Subcapsularis, bisweilen vom Latissimus dorsi und Teres major entfernt werden. H. warnt, unvollkommene Operationen mit dem Messer zu machen.

Weitere Vorträge über das Brustdrüsenkarzinom, z. T. in diesem Blatte referiert, wurden von Greenought, Simmons, Barney, A. T. Cabot (Boston), J. C. Munro (Boston), F. S. Dennis (Neuyork), W. Meyer (Neuyork), L. S. Pilcher (Neuyork), A. van der Veer (Neuyork), A. J. Ochsner (Chicago), N. Jacobson (Syracuse), J. C. Oliver (Cincinnati), A. F. Johas (Omaha), J. Ransohoff (Cincinnati) gehalten. Die Vorträge enthalten z. T. sehr interessante Kasuistik.

An sie schließt sich eine ausgiebige Diskussion.

A. Maclaren: Über Prostatektomie. Die gelegentlich nach suprapubischer Prostatektomie sowie nach hohem Blasenschnitt auftretenden Eiterungen im prävesikalen Raume lassen M. perineales Vorgehen im allgemeinen vorziehen. Durch perineale mediane Inzision wird die Urethra prostatica geöffnet, Untersuchung der Blase mit dem Finger; unter Führung des Fingers wird ein ca. zollanger Schnitt in die Seitenwand der Harnröhre gemacht, so daß die Prostatakapsel ergiebig gespalten ist. Der vergrößerte Lappen wird stumpf mit dem Finger ausgeschält.

W. J. Mayo: Über erworbene Divertikulitis am Dickdarme, gruppiert seine Fälle:

1) solche mit Bildung eines intraperitonealen Abszesses, der spontan in ein benachbartes Eingeweide durchbricht oder operativ nach außen entleert wird;

2) Fälle, die zu akuter oder chronischer Verstopfung führen;

3) solche mit spontaner Heilung.

Die Therapie ist vom Befund abhängig: freie Drainage, Anlegung einer Kotfistel, sekundäre Resektion. Bei beträchtlicher Geschwulst und länger dauernden Symptomen primäre Resektion. Die Geschwülste werden oft mit Karzinom verwechselt. Als Divertikulitis sind die Fälle mit akuter Entzündung der Schleimhaut im Divertikel, als Peridivertikulitis die chronischen Entzündungen der Subserosa um die Divertikel zu bezeichnen. Die Fälle sind vom pathologisch-anatomischen (L. B. Wilson) und vom klinischen Standpunkte betrachtet (H. Z. Giffin). Treffliche Abbildungen sind beigefügt.

G. E. Brewer berichtet über mehrere Fälle linksseitiger Baucheiterungen, die durch Divertikulitis veranlaßt waren.

F. H. Gerrish schildert einen Darmverschluß durch ein Meckel'sches Divertikel, bei dem das Divertikel vom freien Rande des Ileum kam, sich von rechts nach links durch eine bogenförmige Lücke im Mesenterium zwängte, sich dann aufwärts bog und durch einen dünnen Strang an die Bauchwand befestigt war.

H. Cushing: 1) Wegen Tic convulsif war bei einer Pat. der N. facialis am For. stylomastoideum durchtrennt worden. 1 Jahr später Anlegung einer Anastomose zwischen Accessorius und peripherem Facialisstumpf. Pat. hatte einen beträchtlichen Grad psychischer Kontrolle der mimischen Muskulatur wiedergewonnen. Die Krämpfe kehrten nicht wieder.

2) Wegen genuiner Trigeminusneuralgie mit Anfang im ersten Ast, Erkrankung des zweiten Astes und beginnende Schmerzen im dritten nahm C. die Ganglionoperation vor. Neuerdings entfernt er nicht mehr das Ganglion, sondern trennt die sensorische Wurzel von der Brücke. Die Operation wird am hinteren Ende des Ganglion ausgeführt, zwischen dem Mandibularast und der A. meningea. Hier wird das Ganglion freigelegt, dann wird ein besonders gebogenes stumpfes Instrument unter und um die sensorische Wurzel geschoben (öfters kann die Wurzel nicht klar zu Gesicht gebracht werden), und dann die Wurzel nach vorn gezogen und vom Pons abgerissen. Das Ganglion bleibt in seinem Bett, der Ram. ophthalmicus und maxillaris wird nicht freigelegt.

L. Freeman macht einen neuen bedeutungsvollen Vorschlag zur Behandlung von ischämischer Paralyse. Die Rolle, welche die Nerven bei dieser Paralyse spielen, ist noch wenig bekannt. Primäre Neuritis durch Druck im Verein mit ungenügender Blutzufuhr ist nicht selten. Eine sehr wichtige Rolle kommt der Narbenkontraktur der Muskeln zu, welche die Nerven bis zur Zerstörung der Funktion schädigen kann. Oft finden sich an der Druckstelle unregelmäßige und knotenartige Veränderungen, während die Nerven oberhalb dick und kongestioniert sind. Daraus resultieren die verschiedensten sensorischen und trophischen Störungen.

Mit Vorliebe wird der Medianus geschädigt, wo er den Pronator teres passiert; der Ulnaris zwischen den beiden Portionen des Flexor carpi ulnar., der tiefe Radialiszweig, wo er den Supinator brevis passiert. Wenn bei der bisher üblichen Behandlung der Kontraktur mit Massage usw. nicht bald die Nervenfunktion sich wieder herstellt, so sollen die Nerven freigelegt und event. aus den Narben herausgelagert werden. Drei Fälle sind der Arbeit beigefügt, die sehr für F.'s Ansicht sprechen.

J. Kammerer berichtet über ein mit vorzüglichem Erfolge nach Kocher's Vorgehen der temporären Resektion beider Alveolarfortsätze der Oberkiefer geheiltes Fibroid des Cavum nasopharyngeale. Beide äußeren Carotiden waren präliminar unterbunden.

O. H. Allis stellt eine neue Theorie über die angeborene Hüftverrenkung auf. Sie ist nach seiner Ansicht traumatisch, wird durch die Kontraktionen des Uterus während der Geburt hervorgerufen. Die gebeugte Haltung der Beine in utero ermöglicht das Zustandekommen der Verrenkung, weibliche Kinder halten wegen des intra-uterinen Druckes die Oberschenkel mehr schräg als männliche; sie haben ferner kürzere Oberschenkel und sind dadurch mehr disponiert. A. gibt eine eigene Methode der Reposition an.

Kranepuhl (Kassel).

---

25) **Bushnell.** Bone abscess due to a bacillus allied to B. paratyphosus.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 21.)

Bericht über einen Fall von akuter eitriger Periostitis der Tibia bei einem 41jährigen Manne, der 5 Wochen zuvor einen leichten »typhoiden« Anfall gehabt hatte. Der Eiter enthielt den Bac. paratyphosus, dessen bakteriologischer Nachweis sehr sorgfältig geführt wurde. Heilung.

Weber (Dresden).

26) **Fothergill.** A case of septicaemia with interesting reactions to treatment, and recovery.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 21.)

F. bringt hier seine eigene Krankengeschichte. Er infizierte sich, während der Operation einer septisch-tuberkulösen Hüfte am Fingernagel. Trotz sofort unter-

nommener Maßnahmen wie freier Blutung, Betupfen mit reiner Karbolsäure, Umschlägen usw. bekam er am 4. Tage Schüttelfröste unter Entwicklung schwerer Allgemeinerscheinungen. Am 9. Tage wurden bei einer Inzision Streptokokken in Reinkultur nachgewiesen. Während der drei nächsten Tage Einspritzung von je 10 ccm Antistreptokokkenserum und langsamer Rückgang aller Erscheinungen. Heilung unter Verlust des Fingers. **Weber** (Dresden).

27) **White and Proescher.** Experimental lymphatic spirillosis in guinea-pigs.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 24.)

Früher bereits haben Verff. über Spirochätenbefunde bei Hodgkin'scher Krankheit berichtet, wie bei Fällen von akuter lymphatischer Leukämie und chronischer gutartiger Lymphomatosis in dem durch Aspiration aus den Lymphdrüsen gewonnenen Saft.

Die Verff. hatten von diesen Lymphdrüsen auch Material entnommen, und Meerschweinchen damit infiziert zur Untersuchung auf Tuberkulose. Indessen fanden die Untersucher aber, daß sich statt dessen ein Geschwür an der Infektionsstelle und Drüsenschwellungen der betreffenden Körperregion entsprechend entwickelt hatten, ebenfalls mit Spirochäten in großer Menge. Weitere Übertragung auf gesunde Meerschweinchen gelang ebenfalls. Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

28) **J. C. Ohlmacher.** Some cases of acute and chronic infection treated by Wright's »vaccine« method.

(Amer. journ. of surgery 1907. Dezember.)

Mitteilung verschiedener, sehr bemerkenswerter Fälle von Opsoninbehandlung: Drei lokale Staphylokokkeninfektionen, und zwar Akne durch Staphyl. albus und Furunkulose durch Staphyl. aureus bedingt und Karbunkel; schwere allgemeine Streptokokkeninfektion mit Streptokokkenpneumonie, Streptokokkenphlegmonen des Fußes und Erysipel, Nierenabszeß, durch Bac. coli bedingt, endlich Mittelohreiterungen durch Streptokokken, Pyocyaneus und Streptokokken mit Proteus vulgaris.

Die Anzahl der Injektionen und die Dauer der Behandlung wechselte. Akute Fälle reagierten prompt, aber auch chronische; z. B. wurde eine 25 Jahre dauernde Mittelohreiterung geheilt. Die Technik ist die Wright'sche.

Goebel (Breslau).

29) **McLennan.** The treatment of microbic invasions by Bier's hyperaemia.

(Practitioner 1907. Oktober.)

30) **Flett.** The treatment of some inflammatory conditons by Bier's method.

(Ibid.)

Beide Arbeiten beschäftigen sich in eingehender Weise mit der Behandlung akut entzündlicher Prozesse mittels Bier'scher Stauung. Beide Autoren sind begeisterte Anhänger dieser Methode und empfehlen selbige unter Erläuterung der Anwendungsweise dem praktischen Arzt aufs dringendste. Einzelne Krankengeschichten sind den Arbeiten beigefügt. **Jenckel** (Göttingen).

31) **K. K. Heinrichsen.** Über die Behandlung akuter und subakuter chirurgischer Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 48—51.)

178 Fälle aus dem Petersburger Obuchowkrankenhaus: Furunkel, Panaritien 36, Phlegmone 31, Mastitis 15, Unterkieferperiostitis 5, eitrige Lymphadenitis 16, komplizierte Frakturen 3, eitrige Tendovaginitis 17 (die Hälfte davon schwere, ver-

nachlässigte Fälle mit Streptokokken- oder gemischter Infektion; 1mal Tod an Anämie, 1mal Nekrose der Sehne, 12mal vollständige Wiederherstellung der Funktion, 3mal bewegliche Finger); akut gonorrhoische Arthritis 6, Rheumatismus 5; Karbunkel 10; eitrige Otitis media 7; Aktinomykose 2 (rasche Heilung hartnäckiger Fisteln); eitrige Schleimbeutelentzündung 3; Osteomyelitis 2 (Erfolg nach 10 Tagen resp. 4 Wochen); Angina phlegmonosa 1, Parulis 3, Bubonen 2; unreine Wunden — prophylaktisch 2; Infektion von reinen Wunden 12mal. In vielen Fällen wurden nur Dank der Hyperämie sehr gute Resultate erzielt. Ausgezeichnet wirkt die Methode bei unreinen und infizierten reinen Wunden.

Die wichtigsten Fälle werden in Form von 142 Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt, mehrere Fälle von Sehnenscheideneiterung durch Temperaturkurven illustriert. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

32) **de Ahna.** Beitrag zur Frage der prophylaktischen Serumtherapie des Tetanus.

(Medizinische Klinik 1907. p. 1426.)

In Berlin scheint Starrkrampf im Anschluß an verunreinigte Verletzungen selten zu sein. Im Krankenhause Bethanien (Martens) ist deshalb in den letzten $3^1/_2$ Jahren nur bei den (70—80) Verletzungsfällen, bei welchen nach der Entstehungsart oder dem Aussehen der Wunde mit der Möglichkeit einer Tetanusinfektion gerechnet werden mußte, eine sofortige Schutzimpfung unter die Haut (20 Antitoxineinheiten) vorgenommen worden. Niemals trat Starrkrampf auf. — Ein Kranker wurde versehentlich bei der Aufnahme nicht gespritzt; bei ihm zeigten sich bereits am 4. Tage die ersten Starrkrampferscheinungen. Durch kräftige und wiederholte Einspritzungen konnte der ungünstig aussehende Fall geheilt werden. Desgleichen bewährte sich die Serumbehandlung bei einem mehr chronisch verlaufenden Falle. Indessen ging ein dritter Kranker, an dessen offenen Unterschenkelbruch sich Starrkrampf anschloß, trotz subkutaner und endoneuraler Einbringung des Serums zugrunde.

Das Tetanusserum ist sowohl zur Verhütung des Starrkrampfes — in der Form einer einmaligen sofortigen Einspritzung von 20 Antitoxineinheiten unter die Haut in der Nähe der zweckmäßig zu behandelnden Wunde — als auch zur Behandlung des ausgebrochenen Leidens zu empfehlen.

Georg Schmidt (Berlin).

33) **A. Hirsch** (Magdeburg). Die Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 51 u. 52.)

Bei seinen Studien über die Skopolamin-Morphiumnarkose ist Verf. zu der Anschauung gelangt, daß diese Injektionen als alleinige Narkosenmethode keine Zukunft haben. Die Wirkung ist zu unsicher, und höhere Dosierung verbietet sich wegen der Vergiftungsgefahr. Von 33 Fällen konnten nur sieben als reine Skopolamin-Morphiumnarkosen durchgeführt werden, oft ist Äthernarkose zu Hilfe zu nehmen. Die Nacherscheinungen sind gering. Die lange Dauer des Schlafes nach der Operation kann unerwünschte Nebenwirkungen haben, indem bei Operationen im Munde Aspiration von Blut usw. leichter unvermerkt eintritt.

Schmieden (Berlin).

34) **L. Durand.** La scopolamine, anesthésique général, en chirurgie infantile.

Thèse de Paris, 1907.

Verf. lobt die Vorzüge der Skopolamin-Morphineinspritzungen als allgemeines Anästhetikum in der Chirurgie des Kindes. Dasselbe hat den Vorteil, die zur Narkose notwendige Chloroformmenge auf ein Minimum zu reduzieren, die Furcht und Aufregung vor der Operation zu beseitigen, folglich auch die Gefahren einer Synkope. Die kleinen Pat. sind nach der Operation ruhig, brechen nicht, haben keine oder nur wenig Mydriasis und keine Kontrakturen der Bauchmuskeln. Die

bei Kindern im Alter von 4—15 Jahren gemachten Beobachtungen haben sogar gezeigt, daß Kinder das Mittel besser vertragen als Erwachsene. Die für die subkutane Injektion empfohlene Lösung enthält 1 mg Skopolamin und 1 cg Morphin per Kubikzentimeter. Hiervon wird durchschnittlich $^1/_2$ ccm eingespritzt, doch kann man auch bis zu einem ganzen Kubikzentimeter gehen. Etwa $1^1/_2$ Stunde nach der Einspritzung wird die Chloroformnarkose eingeleitet.

E. Toff (Braila).

35) **J. Preindlsberger.** Neue Mitteilungen über Rückenmarksanästhesie.

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 46—48.)

P. ist ein Anhänger der Bier'schen Lumbalanästhesie; er hat gute Erfahrungen damit gemacht in Fällen, wo wegen mangelnder Assistenz eine Narkose gar nicht durchführbar war, und der rettende Eingriff nur durch die Rückenmarksanästhesie ermöglicht wurde. Als einen Nachteil hat er es gelegentlich empfunden, daß nach der Injektion keinerlei Änderung in der Dosierung mehr möglich ist. Häufig verlangten P.'s Pat. aus Scheu vor der Narkose ausdrücklich die Spinalanästhesie und gaben den Eingriff nur unter dieser Bedingung zu.

Alle Nacherscheinungen und Nebenwirkungen hat Verf. möglichst rigoros notiert. Aus seinen letzten 139 Fällen schließt er, daß Novokain sehr gut verwendbar ist, wesentlich besser aber noch das Tropakokain in Liquor cerebrospinalis gelöst. Die Nacherscheinungen werden bei stetig verbesserter Technik dauernd geringer, und so ist auch dem Verf. die Methode stets wertvoller geworden. (Es folgen die kurzen Krankengeschichten sämtlicher Fälle.)

Schmieden (Berlin).

36) **Kida.** Beobachtungen über die Kokainisierung des Rückenmarkes nach Bier.

(Tokio Tgakkwai-Zasshi Bd. XXI. Hft. 20.)

Verf. hat an 307 Fällen Beobachtungen angestellt und hält dies Verfahren in allen Fällen als geeignet für Operationen am Körper abwärts von der Achselhöhle. Lebensgefährliche und unangenehme Nebenerscheinungen kommen nicht vor. Bei der Injektion ist auf die streng aseptische Ausführung zu achten. Tropakokain ist als Anästhesierungsmittel wohl allen anderen vorzuziehen. Die Injektion wird am besten am sitzenden Pat. vorgenommen zwischen dem 3. und 4. oder dem 2. und 3. Lendenwirbel-Dornfortsatze. Vor dem Einspritzen wurde die betreffende Gegend 5 Minuten lang mit Mikulicz'scher Seife gerieben, dann mit einem Gemisch von Salpetersäure, Äther und Alkohol und darauf mit einer 1‰igen Sublimatlösung gewaschen.

Kommen Übelkeit, Erbrechen oder sonstige unangenehme Beschwerden während der Operation vor, so wird der Kopf hoch gelagert und ein Eisbeutel darauf gelegt, event. auch ein stimulierendes Mittel verordnet. Bei sehr nervösen Pat. wird Skopolamin-Morphium vor der Operation subkutan eingespritzt. Nach der Operation ist absolute Ruhelage nötig; das Aufstehen wird dem Pat. erst nach 3 Tagen gestattet. **Oshida** (Tokio, Berlin).

37) **A. Schlesinger.** Operative Behandlung traumatischer Meningitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Bei dem 57jährigen Pat. handelte es sich um eine geschlossene meningeale Phlegmone, die durch eine Mauersteinverletzung entstanden war. Bei der ersten Operation fand sich ein Splitterbruch; Extraktion eines Sequesters und Enfernung des eitrig infiltrierten Knochens der Umgebung. Da die Dura andauernd keine Pulsation zeigte und nach einer seröse Flüssigkeit unter starkem Druck entleerenden Lumbalpunktion Verschlechterung auftrat, sich Krämpfe einstellten, wurde wegen der Annahme Hirnabszeß oder Meningitis nochmals trapaniert. Die eitrige Osteomyelitis war fortgeschritten, der Knochen mußte in ganzem Umfange fort-

genommen werden. Durapunktion ergab klaren Liquor. Trotzdem Zunahme der Somnolenz. Deshalb dritte Operation: Freilegung des Armzentrums; es zeigte sich eine handtellergroße meningeale Phlegmone, d. h. Eiter zwischen Dura und Arachnoidea und feste eitrige Infiltration der weichen Hirnhäute. Auffallenderweise trat kein Hirnvorfall auf, vielmehr nach weiterer Fortnahme von eitrig infiltrierten Knochenpartien Heilung ein. Der ganze Defekt (17 : 14 cm) wurde durch Plastik vom Schädel bis auf ein fünfmarkstückgroßes Stück geschlossen.

Da die Lumbalpunktion eine Verschlimmerung brachte, gibt S. den Rat, bei Verdacht auf Meningitis gerade nur soviel Zerebrospinalflüssigkeit abzulassen, als zur Sicherstellung der Diagnose unbedingt notwendig ist. — Der mitgeteilte Fall ist der dritte durch Operation geheilte von fester eitriger Infiltration der weichen Häute. S. glaubt als bestes Operationsverfahren die rücksichtslose Freilegung des erkrankten Bezirkes empfehlen zu müssen. Hierdurch wird ein Hirnvorfall, der bei kleinen Öffnungen sicher auftritt, verhindert. Eine kurze Tamponade genügt bei normalen Wundverhältnissen vollkommen. Ausspülungen des Subduralraumes verwirft Verf.

Langemak (Erfurt).

38) **Boswell.** A case of cerebro-spinal meningitis with immediate recovery after trephining.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 28.)

Ein 5jähriges Kind erkrankt nach scharlachartigem Beginn an einer ausgesprochenen Zerebrospinalmeningitis. Am 41. Tage Lumbalpunktion und Züchtung von Diplokokken aus der leukocytenreichen Punktionsflüssigkeit. Zunehmende Verschlechterung. Am 58. Tage Trepanation im rechten Scheitelbein und Drainage des subarachnoidealen Raumes. Entleerung bedeutender Flüssigkeitsmengen in den nächsten Tagen und schnelle Heilung mit voller Wiederherstellung der geistigen Kräfte. B. meint die Anlegung einer Knochenlücke in solchen Fällen von starkem Druck bei der Meningitis empfehlen zu dürfen.

Weber (Dresden).

39) **H. C. Cameron.** A note on so-called »metastatic pulmonary cerebral abscess«.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Hirnabszesse treten öfter im Anschluß an Eiterungen der Brusthöhle auf, von Empyem, Lungenabszeß oder bronchiektatischen Kavernen ausgehend. Diese metastatischen Abszesse — in einem Falle wurde im Eiter Lungenpigment nachgewiesen — sind von den pyämischen zu trennen, und da sie meist solitär sind, einer Operation zugänglich. Unter 97 Sektionsfällen von Hirnabszeß ließen sich 17 auf Thoraxeiterungen zurückführen, davon hätten 5 vielleicht durch Operation gerettet werden können, da sich die Abszesse ziemlich gut lokalisieren ließen.

Deetz (Homburg v. d. H.).

40) **C. Thomson.** A clinical lecture on a case of cerebral tumour associated with subjective sensations of smell.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 21.)

Der genau beschriebene Fall hat ein doppeltes Interesse, einmal wegen der im Vordergrunde stehenden abnormen Geruchsempfindungen, die es erlaubten, den Sitz der Geschwulst in die Gegend des Gyrus uncinatus im Lobus temporo-sphenoidalis zu verlegen und zweitens wegen der sehr frühzeitig auftretenden Neuritis optica, die schließlich durch ihr Fortschreiten bei sonst gutem Befinden zur Trepanation zwang. Die Operation, die keine Geschwulst an der vermuteten Stelle, wohl aber sehr beträchtlichen Hirndruck ergab, hatte den erwünschten Erfolg, daß die Neuritis optica in einigen Wochen verschwunden war. Der Fall wird als Beweis für die Richtigkeit des Satzes angeführt, daß man in manchen Fällen von Hirngeschwulst mit Druckerscheinungen unbedingt die palliative Trepanation ausführen muß.

Weber (Dresden).

41) Oppenheim und Borchardt. Über zwei mit Erfolg operierte Fälle von Geschwulst am Kleinhirnbrückenwinkel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 28.)

Die Diagnose wurde im ersten Falle bei einem 26jährigen Manne auf Grund des eingehend geschilderten Befundes auf endokranielle Neubildung in der hinteren Schädelgrube, wahrscheinlich im rechten Kleinhirnbrückenwinkel gestellt. Im zweiten Falle wurde eine Neubildung in der linken hinteren Schädelgrube an den Wurzeln des Facialis und Acusticus angenommen. — In beiden Fällen wurde die Freilegung der betreffenden Kleinhirnhälfte vorgenommen, und zwar in 2 Sitzungen. In der ersten wurde ein viereckiger Weichteilslappen, der bis 4 cm oberhalb der Protuberantia occipit. ext. reichte, abpräpariert und der Knochen über der hinteren Schädelgrube entfernt, in der zweiten einige Tage später die Dura eröffnet und die Geschwulst ausgelöst. In beiden Fällen wurde die Geschwulst (Fibrosarkom und Fibrom) an der vermuteten Stelle gefunden; der erste Pat. wurde trotz vorhandener schwerer Symptome geheilt, der zweite am Leben erhalten und gebessert, doch blieben die Sehnervenatrophie und deshalb Blindheit, Lähmung des linken Facialis und zerebrale Herdsymptome bestehen. B. teilt noch einen dritten Fall mit, der tödlich endete. Von 6 vom Verf. operierten Pat. (Geschwülsten am Kleinhirnbrückenwinkel) sind 3 am Leben. — Es handelte sich immer um lebensgefährliche Eingriffe, deren Schwierigkeiten sich nicht vorhersehen lassen. Die Erfolge, welche schon jetzt gelegentlich recht schöne sind, werden bei weiterer Ausgestaltung der Technik noch bessere werden. Je kleiner die Geschwulst, um so eher wird eine radikale Enfernung möglich sein. Je früher die Diagnose gestellt wird, um so besser sind die Aussichten auf Erhaltung des Sehvermögens.

Langemak (Erfurt).

42) Auerbach und Grossmann. Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Kleinhirncysten.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Unter der Diagnose einer Geschwulst in der linken hinteren Schädelgrube wird die letztere osteoplastisch so freigelegt, daß auch ein Teil des rechten Kleinhirns übersehen werden kann; starke Blutung aus dem linken Sinus transversus. Nach 14 Tagen wird im Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf die Dura gespalten und eine Cyste des linken Kleinhirns von Größe eines kleinen Apfels enukleiert. Nach glatter Heilung kann Pat. seinem Berufe nachgehen; nur unbedeutende Störungen blieben zurück. Der Ursprung der Cyste ist wohl am wahrscheinlichsten auf eine kongenitale Anomalie — cystische Erweiterung einer sackförmigen Ausstülpung des vierten Ventrikels — zurückzuführen.

Haeckel (Stettin).

43) A. Buschke. Über symmetrische Schwellung der Schläfen und Wangen, hervorgerufen durch lymphocytäre Infiltrate in Muskulatur, Periost und Schleimhaut.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 153.)

Bei einem sonst gesunden, kräftigen Manne von 24 Jahren beobachtete B. eine Ulzeration an der rechten Wange, der eine lymphocytäre Infiltration zugrunde lag. Das Infiltrat breitete sich allmählich aus in die Breite und Tiefe und griff auf die Muskeln über. Zu gleicher Zeit wurde auch die Haut, Muskulatur und symmetrisch das Periost der Schläfengegend ergriffen. Auch die Wangenschleimhaut zeigte analoge Veränderungen. Von Zeit zu Zeit trat ein Ödem der kranken Partien auf, verbunden mit Rötung und Temperatursteigerung bis 40°. Nach einigen Tagen erfolgte Abklingen dieser Erscheinungen, und nach dem Anfalle war eine Involution der Geschwulstpartien zu konstatieren. Später erlag Pat. einem solchen Anfall unter Trübung des Sensoriums, Durchfällen und Blutungen unter die Haut und in die inneren Organe. Blutbefund ohne Belang. Bei der Sektion zeigte sich keine Veränderung der Organe, die das Krankheitsbild erklären könnte.

B. ist geneigt, das Krankheitsbild mit den leukämischen Affektionen in Zusammenhang zu bringen und erblickt eine Analogie desselben in der Mikulicz-schen Krankheit. **M. Winkler** (Luzern).

44) **E. Glas.** Beiträge zur Pathologie der Nasenchondrome. (Aus der Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Die Nasenchondrome sind außerordentlich selten.

Mitteilung zweier Fälle, deren Einzelheiten die Annahme gerechtfertigt erscheinen lassen, daß die Nasenchondrome auf embryonale Anlage zurückzuführen und in bezug auf Prognose den bösartigen Geschwülsten an die Seite zu stellen sind. **Renner** (Breslau).

45) **M. B. Fabrikant.** Zur Frage der operativen Heilung der Ankylosis mandibulae vera.

(Sonderabdruck a. d. Charkower med. Journal 1907. [Russisch.])

Es handelt sich um einen 18jährigen Pat., der vor 8 Jahren im Verlauf eines Scharlach Otitis media mit Mastoiditis bekam, die langsam unter Sequestrierung heilte. Im Verlaufe des Ohrleidens begann auch eine stetig zunehmende Minderung der Beweglichkeit des Unterkiefers. Als die Eiterung aufhörte, war der Kiefer fast unbeweglich, Pat. konnte die Zähne ca. $^1/_4$ cm voneinander entfernen. In diesem Zustande kam er zu F., der beträchtliche Atrophie der linken Mandibulahälfte und Ankylose links fand.

Operation: Schnitt 1 cm vor dem hinteren Rande des Astes. Die Parotis wurde nach hinten geschoben, die Mm. masseter und pterygoideus int. unterminiert. Dann wurde mit einem breiten Meißel ein gerades, 2 cm breites Stück aus dem Aste herausgeschlagen ohne die Ansatzstellen der genannten Muskeln zu verletzen. F. halbierte jetzt den Masseter derart, daß ein äußerer und ein innerer Lappen entstand. Der innere Lappen wurde unten abgeschnitten und an den M. pterygoideus internus genäht, so daß der ganze durch den Meißel gesetzte Spalt von einer Muskelschicht erfüllt war.

Pat. konnte nach dem Erwachen aus der Narkose den Mund bis $2^1/_2$ cm öffnen, nach 10 Tagen bis 3 cm. Schmerzen hatte er nur bei forcierter Öffnung, und zwar rechts: offenbar war das Gelenk durch den langen Nichtgebrauch »steif« geworden. **V. E. Mertens** (Kiel).

46) **Hirt.** Zur doppelseitigen temporären Gaumenresektion nach Partsch.

Inaug.-Diss., Rostock 1906.

Krankengeschichte eines 18jährigen Mädchens, bei dem Müller wegen eines vom Siebbein ausgehenden, die linke Nasenhälfte und den Nasenrachenraum ausfüllenden Rundzellensarkoms die von Partsch 1898 empfohlene horizontale Resektion des Oberkieferalveolarfortsatzes ausführte. Die Übersicht war nach medianer Oberlippenspaltung eine vorzügliche, die Blutung nicht unbeträchtlich, aber gut zu beherrschen. Nach 14 Tagen konnte Pat. wieder alle Speisen kauen. 1 Jahr p. oper. rezidivfrei, ohne Beschwerden. Auf Grund dieses sowie weiterer acht in der Literatur gesammelter in extenso beschriebener Fälle mit ähnlichen guten Erfolgen empfiehlt Verf. das Partsch'sche Verfahren.

Vorderbrügge (Danzig).

47) **Springer.** Der Erfolg der Uranoplastik bei der angeborenen Gaumenspalte.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

48) **Schleissner.** Die funktionelle Behandlung der angeborenen Gaumenspalte.

(Ibid. Nr. 48.)

Übersicht über das anatomische und funktionelle Resultat bei 46 nachuntersuchten Fällen. Die Besserung der Sprache hängt davon ab, wie der neugeschaffene weiche Gaumen und die Schlundmuskulatur (Passavant'scher Wulst) funktionieren.

Ein methodischer Sprachunterricht, wenn nötig mit Einlegung eines Obturators, gibt die besten Erfolge; er muß gleich nach der Operation begonnen werden, die am zweckmäßigsten im Alter von 4—6 Jahren ausgeführt wird, weil die Kinder früher dem Unterricht nicht folgen können. Wertvoll ist auch die Massage der Gaumen- und Rachenmuskulatur neben den Übungen. In mittelschweren Fällen braucht man 6—10 Wochen zu wesentlicher Besserung. Operative Eingriffe zur Besserung des sprachlichen Resultats bei sonst gut gelungener Uranoplastik verwirft S. Höchstens ist die Durchschneidung der vorderen und hinteren Gaumenbögen bei stark narbig retrahiertem Gaumen zulässig, um ihn beweglicher zu machen. Aus den durchschnittenen Arcus palatopharyngei lassen sich leicht zwei Läppchen bilden, die entweder hinter dem Zäpfchen miteinander oder mit den angefrischten Seiten der Uvula vereinigt werden (Arkusplastik). Sie verstärken das Gaumensegel und machen es geeigneter zum Anlegen an die hintere Rachenwand.

Gutzeit (Neidenburg).

49) **W. N. Heinatz.** Über die retropharyngealen Tumoren.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Bei einer kritischen Durchsicht der Literatur, die zur Ausmerzung fälschlich hierher gerechneter Fälle führte, fand H. 34 Fälle retropharyngealer Geschwülste, denen er den 35. anfügen konnte. Von den 34 Fällen gehörten der deutschen Literatur 21 an, der nordamerikanischen und der englischen je 5, der russischen 2, der französischen 1.

Das Alter der Untersuchten schwankt zwischen $3^1/_2$ und 70 Jahren, wobei zu bedenken ist, daß viele sehr lange — bis zu 20 Jahren! — mit ihrer Geschwulst herumlaufen. Auf die Geschlechter verteilen sich die Fälle ziemlich gleichmäßig. Zum Arzt getrieben wurden die Kranken durch das Erscheinen einer Geschwulst außen am Halse, durch Atmungs- oder Schluckbeschwerden, Veränderung der Stimme, Trockenheit im Halse, am seltensten durch Schmerzen in der Geschwulst. Von den bei der Untersuchung gefundenen Symptomen stand im Vordergrund die häufig anfallweise, in keinem Verhältnis zur Größe der Geschwulst stehende Atemnot. 4mal mußte tracheotomiert werden, aber nur einmal ist der Kranke dadurch gerettet worden; die 3 anderen erstickten trotzdem nach kurzer Zeit. An zweiter Stelle standen die Veränderungen der Stimme, Schritt haltend mit dem Grade der Verlegung der Choanen. Schmerzen machen, wie es scheint, nur die schnellwachsenden bösartigen Geschwülste, was wenigstens einen kleinen Anhaltspunkt für die Differentialdiagnose gibt, die große Schwierigkeiten macht. Es steht nicht einmal fest, in welchem Zahlenverhältnis die bösartigen Geschwülste in Betracht kommen, da in den bisher mitgeteilten Fällen die anatomische Diagnose z. T. ganz ungenügend ist. Für die Therapie ist es glücklicherweise gleichgültig, da die Geschwülste in jedem Falle entfernt werden müssen.

Zu ihrer Exstirpation sind drei Wege begangen worden: 1) 14mal vom Munde aus, zuerst von Busch etwa 1857, 2) 3mal durch subhyoide Pharyngotomie, zuerst von Langenbeck etwa 1870, 3) 12mal von außen am Halse, zuerst von Heine 1877. Die beiden ersten Methoden sind völlig aufgegeben. Auch H. hat in seinem Falle von außen operiert. Er hat den Eindruck gewonnen, daß die Gastrostomie (zur Sicherung der postoperativen Ernährung) überflüssig sei, wogegen die Tracheotomie sich empfehle. Auch die Carotisunterbindung hält er für unnötig.

Dem 19jährigen Pat. waren vor 4 Jahren an der linken Halsseite einige Geschwülste entfernt worden, die schon 6 Jahre bestanden hatten. Vor einem halben Jahre bemerkte Pat. eine neue Schwellung an der alten Stelle, und zugleich wurde seine Sprache näselnd und die Atmung, später auch das Schlucken schwer. Links außen am Halse war eine bohnengroße Geschwulst hinter dem Kieferwinkel zu fühlen, eine zweite, pflaumengroße hing fest mit dem Ringknorpel zusammen. Wenn man den nach vorn gedrängten Zungengrund abwärts drückte, wurde der obere Pol einer zwischen Wirbelsäule und Rachen gelegenen Geschwulst sichtbar, die den Mesopharynx nach oben nicht ausfüllte, deren unteres Ende weder dem Auge noch dem Finger erreichbar war. Sie war elastisch, aber nicht fluktuierend,

war mit der Schleimhaut fest verbunden, gegen die Wirbelsäule leicht verschieblich. Die seitliche Grenze reichte rechts bis an die Tonsille, links ca. 1 cm hinter die Tonsille.

Pat. wurde tracheotomiert und 4 Wochen danach von H. vom vorderen Rande des linken Kopfnickers aus die Geschwulst ausgelöst, ohne daß die Schleimhaut verletzt wurde. An der Vorderfläche des Wirbels war eine Delle zu fühlen. Vom 3. Tage schluckte Pat. auch feste Speisen. — Die Drüse am Kieferwinkel wurde bei der Nachuntersuchung nach 10 Monaten nicht mehr gefunden; H. betrachtet sie als Begleiterscheinung der chronischen Pharyngitis.

Die gelappte Geschwulst (8 cm lang und 7 cm breit) bestand mikroskopisch aus »welligem Bindegewebe«, dessen Fasern nicht parallel, sondern senkrecht zu den Gefäßen angeordnet waren. **V. E. Mertens** (Kiel).

50) **Forest.** The surgery of the thoracic duct.

(Annals of surgery 1907. November.)

Der Ductus thoracicus endigt zuweilen in der Vena anonyma nicht als ein Stamm, sondern er löst sich, ein Delta bildend, in viele kleine Gefäße auf. Die Verletzungen des Milchganges bei Operationen sind nicht angenehm, da der Chylus wenig Neigung zur Gerinnung hat. Die idealste Methode, einen Verschluß des Ductus herbeizuführen, ist die Naht, die sich aber in den meisten Fällen schwer ausführen läßt, dann folgt die Umstechung resp. Ligatur, und wenn auch diese versagt, so ist die Tamponade anzuwenden. In 30 aus der Literatur gesammelten Fällen von Milchgangsverletzung war 9mal die Unterbindung gebraucht, 6mal mit unmittelbarem Erfolge, 2mal die Umstechung, beidemal mit Erfolg, 13mal die Tamponade. Von den tamponierten Pat. starben zwei an Erschöpfung, bei den übrigen stand nach und nach die Chylorrhöe. **Herhold** (Brandenburg).

51) **Stuart.** Operative injuries of the thoracic duct in neck.

(Edinb. med. journal 1907. Oktober.)

Bei einer 35jährigen Frau, die wegen linksseitigen Brustkrebses und Metastasen in der linken Achselhöhle bereits früher operiert worden war, entfernte Verf. zwei Jahre später ein hinter dem linken Schlüsselbein gelegenes karzinomatöses Drüsenpaket und eröffnete hierbei den Ductus thoracicus an seiner Einmündungsstelle in die Vene. Nach ausgiebiger Tamponade trat am 32. Tage nach der Operation völlige Heilung ein. Diese Beobachtung veranlaßte den Verf., die Anatomie des Ductus thoracicus mit den Variationen im Verlauf, die in der Literatur niedergelegten Fälle von operativer Verletzung des Ductus, die Symptome der Verletzung, Therapie und Prognose eingehend zu besprechen. 42 einschlägige Publikationen werden zum Schluß kurz referiert. **Jenckel** (Göttingen).

52) **Hagenbach.** Experimentelle Studien über die Funktion der Schilddrüse und der Epithelkörperchen.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Die Untersuchungen H.'s bestätigen die von Vassale und Generati, Pineles, Erdheim u. a. aufgestellte Lehre: Ausfall der Schilddrüse macht Kachexie, Ausfall der Epithelkörperchen Tetanie. H. experimentierte an sechs Katzen. Die anatomischen Verhältnisse sind konstant: die äußeren Epithelkörperchen liegen neben der Schilddrüse und lassen sich erhalten bei Wegnahme der Schilddrüse selbst; die inneren sind in die Schilddrüse selbst eingebettet und lassen sich nicht isoliert entfernen, ebensowenig erhalten bei Wegnahme der ganzen Schilddrüse. Nahm H. nun die Schilddrüse mitsamt den inneren Epithelkörperchen unter Erhaltung der äußeren fort, so bekamen die Tiere Kachexie und gingen allmählich an derselben zugrunde, aber Tetanie entstand nicht. Wurde dabei infolge ungünstiger Gefäßverhältnisse ein Epithelkörperchen geschädigt, so trat vorübergehend Tetanie auf, wurden beide Epithelkörperchen geschädigt so erfolgte tödliche Tetanie. Wurden nach Wegnahme der Schilddrüse

und Auftreten der Kachexie die beiden äußeren Epithelkörperchen extirpiert, so erfolgt tödliche Tetanie. Besonders wurden bei der entstandenen Kachexie die Veränderungen am Knochensystem studiert, sie entsprachen durchaus denen bei Athyreosis (Thyreoaplasie, kongenitalen Myxödem) bekannten Störungen.

Es wird auch durch diese Versuche bestätigt, daß Thyreoidea und Epithelkörperchen sowohl anatomisch und entwickelungsgeschichtlich, als auch funktionell verschiedene Organe sind. Für den Chirurgen ergibt sich daraus ein wichtiger Fingerzeig, wie die Tetanie nach Kopfoperationen zu vermeiden ist.

Haeckel (Stettin).

53) **Dunhill.** Exophthalmic goitre — partial thyroidectomy under local anaesthesia.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. November 20.)

D. berichtet über sieben Fälle von Basedowkropf, bei welchen er eine teilweise Thyroidektomie, stets unter Lokalanästhesie ausführte. Nach seinen Erfahrungen ist die Allgemeinnarkose stets zu entbehren, selbst bei Operationen von 1½—2 Stunden Dauer. Über die Dauererfolge läßt sich noch nichts sagen, da alle 7 Pat. von der Operation genasen. Obwohl mehrere sehr schwere Fälle unter ihnen waren, glaubt Verf., daß manche Todesfälle nach derartigen Operationen, die als akuter Kropftod aufgefaßt werden, in Wirklichkeit auf Chloroformspätwirkung beruhen.

Mohr (Bielefeld).

54) **G. Mouriquand et Bouchut.** Rhumatisme et maladie de Basedow.

(Lyon méd. 1908. Nr. 5.)

Ein 44jähriger Mann erkrankt in der Rekonvaleszenz nach einem schweren akuten Gelenkrheumatismus an typischer Basedow'scher Krankheit und stirbt schließlich an Herzinsuffizienz. Verff. besprechen an der Hand der französischen Literatur das häufige Vorkommen von Polyarthritis in der Anamnese der Basedowkranken und schreiben dem akuten Gelenkrheumatismus eine für die Basedow'sche Krankheit prädisponierende Stelle zu.

Boerner (Rastatt).

55) **Cohn.** Beitrag zur Kasustik der spontanen Ösophagusruptur.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Den wenigen bisher bekannten Fällen von spontanem Speiseröhrenriß fügt C. einen neuen hinzu. Bei einem 46jährigen Manne, starkem Potator, wurde der Magen ausgespült. Dabei trat heftiges Erbrechen auf, wodurch die weiche Magensonde herausgeschleudert wurde; eine Welle blutiggefärbter Flüssigkeit wurde aus dem Munde entleert, Kollaps, heftige Schmerzen in der Magengrube. Nach 2½ Stunden Schwellung der rechten Halsseite, Knistern; 14 Stunden nach Auftreten der ersten Erscheinungen Tod. Die Autopsie ergab unmittelbar oberhalb der Kardia einen 4 cm langen perforierenden Längsriß der Speiseröhre, daneben einen 1½ cm langen Längsriß, der nur die Schleimhaut und oberste Muscularis der Speiseröhre durchtrennt hatte. Die Wand der Speiseröhre war völlig gesund; sehr starke Verwachsungen zwischen Magen, Leber, Zwerchfell, Pleura und Speiseröhre. C. nimmt an, daß durch die im Anschluß an die Magenausspülung erfolgte jähe, enorme explosive Brechbewegung der Innnendruck in der Speisenröhre plötzlich stark anstieg, und diese, gehemmt durch die festen pleuritischen Stränge, sich nicht in die Länge ausdehnen konnte; eine krampfartige Kontraktion des M. constrictor pharyngis muß oben die Speiseröhre verschlossen und das Auswerfen des Inhaltes unmöglich gemacht haben.

Haeckel (Stettin).

56) **L. P. Marjantschik.** Zur operativen Behandlung von Verätzungen der Speiseröhre und des Magens durch Schwefelsäure.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 47. [Russisch.])

Bei solchen Verätzungen wird oft übersehen, daß außer der Speiseröhre auch der Pylorus strikturiert ist. Hier ist die Gastroenterostomie oder die Duodeno-

oder Jejunostomie angezeigt, letztere beiden Operationen event. als Voroperationen, bis die Magenschleimhaut vernarbt ist. M. bringt einen Fall von Dr. Schalita in Kiew, wo die Sonde durch die Speiseröhre eingeführt werden konnte, doch andauernd blutiges Erbrechen und blutiger Stuhl auftraten. Nach Gastroenterostomie mit Murphyknopf hörte die Blutung auf (bei der Operation fand man Pylorusstriktur, Injektion und Hyperämie der Schleimhaut) und Pat. erholte sich. — Aus der Literatur bringt M. noch drei Fälle von Pylorusstriktur: von Wolkowitsch (Gastrostomie, Magenblutung, Tod), von Baikow (Gastrostomie, Anlegung einer Fistel am Colon transversum zur Nahrungseinführung, Tod) und von A. B. Arapow (Gastrostomie, dann Gastroenterostomie, Heilung).

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

57) H. v. Schrötter. Über eine seltene Form von Tuberkulose der Speiseröhre. (Aus der III. medizinischen Klinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

Rasch entstehende und zunehmende Schluckbeschwerden bei einem 37jährigen Pat., der früher Lues durchgemacht hatte. Bei 32 cm fand sich eine ringförmige Stenose von etwa 3 mm Durchmesser. Die Schleimhaut erschien dort zuerst gelblichweiß, stellenweise granulierend, später teilweise geschwürig und granulierend. Gegen eine Neubildung sprach das fast plötzliche Auftreten der Schluckbeschwerden und der Befund in den ersten Tagen. Für Tuberkulose ergaben sich sonst keine Anhaltspunkte. Somit erschien ein anderer geschwüriger Prozeß wahrscheinlicher. Probeexzision wurde aufgeschoben (warum?). Obwohl nach v. S das Vorkommen von luetischen Strikturen der Speiseröhre fraglich erscheint, wurde dann versuchsweise eine Schmierkur, außerdem Bougierung vorgenommen. Der Erfolg schien für Lues zu sprechen, da eine ösophagoskopisch kontrollierte Glättung und narbige Rückbildung eintrat. Zwei Tuberkulininjektionen fielen negativ aus. Später nahmen die Beschwerden wieder zu, so daß eine Gastrostomie vorgenommen wurde. Nach Kräftigung konnte Pat. wieder Flüssigkeiten schlucken. Schluß der Magenfistel, rasch wesentliche Verschlechterung und nach Bougierung Erholung. Über 6,5 mm kam man jedoch auch bei Verwendung von Laminaria nicht hinaus. Die verengte Partie mußte sehr lang und sehr resistent sein.

Etwa 2 Jahre nach Beginn der Beschwerden Fieber, Husten, Auswurf mit Tuberkelbazillen, Abmagerung, Lungenerscheinungen. Rascher Verfall und Tod. Die Sektion ergab eine gleichmäßige Verengerung von 12 cm Länge. Dieses Stück war gegen die Unterlage leicht verschieblich, insbesondere mit einer rechtsseitigen tuberkulösen Trachealymphdrüse nicht verlötet.

Es handelte sich um chronische Tuberkulose in Form disseminierter Herde in der Speiseröhrenmuskulatur, mit Schwielen und Granulationsgewebe an Stelle der Submucosa und Mucosa, letztere zerstört.

Verf. spricht sich nach den Einzelheiten des sonstigen Befundes für embolische Entstehung, wahrscheinlich lymphogen, aus. Die Besonderheit des Falles liegt in der ausgedehnten Schwielenstriktur im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Vorkommen tuberkulöser Geschwüre und Infiltrate. **Renner** (Breslau).

58) Seelig. Carcinoma of the oesophagus.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

S. weist an der Hand eines einschlägigen Falles auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Aortenaneurysma und Speiseröhrenkrebs hin. In dem betreffenden Falle waren bei einem 55jährigen Manne Heiserkeit, Schluckbeschwerden und Dyspnoe eingetreten. Die Kehlkopfuntersuchung ergab, daß das linke Stimmband in Kadaverstellung stand, eine Untersuchung der Speiseröhre mit dem Ösophagoskop konnte nicht stattfinden, weil dabei starke Dyspnoe eintrat. Über dem Brustbein war der Schall gedämpft, auch das Röntgenbild zeigte in der Gegend des Brustbeins einen vom Herzen nach oben gehenden breiten pulsierenden Schatten. Es wurde wegen der Schluckbeschwerden die Gastrostomie ge-



macht; der Pat. ging später an einer Schluckpneumonie zugrunde. Die Sektion zeigte, daß es sich um Speiseröhrenkrebs gehandelt hatte. Die Speiseröhre war in eine schwielige mit Drüsen durchsetzte Masse eingebettet. Diese hatte den Schatten im Röntgenbilde und die Dämpfung hervorgerufen; die Pulsation war von der Aorta fortgeleitet. **Herhold** (Brandenburg).

59) **W. A. Perimow.** Angeborenes Lymphangiom des Halses.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Das — jetzt 5jährige — Mädchen kam mit einer deutlichen Geschwulst am Halse rechts zur Welt, die gleichmäßig langsam bis zur Größe einer mittleren Melone wuchs. Sie bedeckte das Schulterblatt und hing über die rechte Brustwarze herab. Das Schlüsselbein war zu fühlen, das Schulterblatt nicht; der Unterkiefer war ganz frei. Die Konsistenz war prall elastisch; es waren alle Zeichen einer unilokulären Cyste vorhanden.

Die Ausschälung der Cyste machte keine Schwierigkeiten bis an die großen Gefäße des Halses. Hier mußte nach Entleerung einer »gelblich serösen« Flüssigkeit die Cyste unter Zurücklassung eines fingerbreiten Streifens abgetragen werden. Die Ränder des Streifens wurden an die Hautränder genäht. Es trat eine 4 Tage dauernde, anfangs abundante Lymphorrhöe ein.

Die Cystenwand war ungleichmäßig dick und trug niedrige Leisten. Sie war mit Endothel ausgekleidet; nirgends fand sich Epithel. Die Wand bestand aus Bindegewebe und glatten Muskelfasern. **V. E. Mertens** (Kiel).

60) **W. M. Müntz.** Kehlkopfexstirpation wegen Karzinom.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

M. (Moskau) hat in 5 Jahren 10 Kehlkopfexstirpationen ausgeführt. Seine Technik ist ziemlich dieselbe, wie die von Wolkowitsch, dessen in diesem Zentralblatt 1908 Nr. 7 referierte Arbeit in demselben Hefte des russischen Archivs steht.

Die Schlundvernähung machte M. stets in querer Richtung, wenigstens ist von Längsnaht nirgends die Rede. Erst nach Vollendung der Schlundnaht exstirpiert er die Drüsen. Den Trachealstumpf näht er ebenfalls an der Incisura sterni in die Haut und verzichtet auf künstliche Kehlköpfe, gestützt u. a. auf die Gottstein'sche Publikation von 1900. Die Ernährung erfolgt vom 1. Tage an durch Schlundsonde.

Von den Operierten war zur Berichtszeit eine nach 52 Monaten völlig gesund (nach 21 Monaten Entfernung karzinomatöser Drüsen!), einer nach 21 Monaten (Drüsen entfernt nach 4 Monaten), einer nach 7 Monaten (Drüsen nach 4 Monaten), einer nach 4 Monaten frei. Andererseits fanden sich Rezidive nach 2, 4, 20 Monaten. 3 Fälle sind nicht zu verwerten.

Erwähnt sei noch, daß die Schlundnaht in 5 Fällen per primam intentionem heilte. Die in den übrigen Fällen entstandenen Fisteln hielten sich 20—60 Tage, ohne beschwerlich zu werden. **V. E. Mertens** (Kiel).

61) **J. Fawcett.** Aspiration of a pneumothorax under the X-rays.

(Guy's hospital reports Vol. LXI.)

Ein 22jähriger Werftarbeiter, der vor 2 Jahren Lungenentzündung durchgemacht hatte, erkrankte akut mit Schmerzen in der rechten Brustseite. Bei der Aufnahme 2 Tage später hatte er Temperatur 39, Puls 128, Atmung 32. Rechtsseitiger Pneumothorax ohne Erguß. Ätiologie dunkel, nichts von Tuberkulose nachzuweisen. Röntgenaufnahme am 19. Tage ergab totale Kompression der Lunge. F. aspirierte mit einem Trokar, der mit einer luftleergepumpten Flasche verbunden war, langsam die Luft aus dem Thorax, wobei er gleichzeitig mit dem Röntgenschirm beobachtete, wie die Lunge sich langsam wieder ausdehnte und ausgedehnt blieb. Die Öffnung der Pleura mußte also wieder geschlossen sein. Dehnt sich bei der vorsichtig ausgeführten Aspiration die Lunge nicht aus, was man während des Ansaugens mit dem Röntgenschirm leicht kontrollieren kann, so besteht die Kommunikation mit einem Bronchus noch fort. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

62) **D. Mambrini** (Mantua). Pleurite purulenta appendicolare in una bambina di cinque anni.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 8.)

M. hat einen Fall von Pleuritis appendicularis (Dieulafoy) operiert. 5jähriges Mädchen bietet die typischen Erscheinungen der Appendicitis acuta. Nach der Resektion des Wurmes bessert sich das Allgemeinbefinden, und die Unterleibserscheinungen gehen prompt zurück, die Wunde heilt innerhalb 8 Tagen, die Temperatur steigt aber alle 2, 3 Tage auf 38°. Am 11. Tage nach der Operation beginnt die Kleine über Schmerzen in der rechten Brusthälfte zu klagen, die beim Inspirium sich steigern, hustet usw. Am 13. Tage deutliche Dämpfung rechts unten, eine Probepunktion zeigt streptokokken- und colihaltigen Eiter, wie er auch den Wurm erfüllt hatte. Nach der radikalen Eröffnung der Pleura und Drainage Heilung. (Von besonderem Interesse scheint das späte Auftreten der lokalen Erscheinungen neben der reaktionslosen Heilung der Wunde. Ref.)

J. Sternberg (Wien).

63) **Guibal.** Mort rapide par rupture des deux bronches primitives immédiatement au-dessous de leur origine.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Dezember.)

Ein Artillerist wurde beim Geschützexerzieren überfahren, so daß das Rad einer Protze über seinen Brustkasten ging. Es entwickelte sich in ganz kurzer Zeit ein vom Hals zum Nabel reichendes Hautemphysem, an welchem der Betreffende schnell zugrunde ging. Die Autopsie zeigte drei Rippenbrüche und große Einrisse in beiden Hauptbronchien, von denen einer sogar ganz von der Luftröhre abgerissen war. G. glaubt, daß die Luftwege durch das allgemeine Emphysem komprimiert seien, und daß eine Tracheotomie, wozu aber auf dem Exerzierplatze das Instrumentarium fehlte, den Mann hätte vielleicht retten können.

Herhold (Brandenburg).

64) **Depage.** Massage transdiaphragmatique du coeur.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. Dezember.)

Bei einer Choledochotomie wegen chronischen Steinverschlusses entstand eine Chloroformsynkope. Erfolglose Versuche zur Wiederbelebung mit den üblichen Methoden 1/4 Stunde lang. Dann ging D. mit der Hand in die Wunde, faßte das Herz und drückte es rhythmisch gegen die Brustwand; bald begann das Herz leise zu zittern, dann stellte sich normaler Herzschlag wieder ein, und nach 3 Minuten konnte D. weiter operieren. Pat. genas. **Vorderbrügge** (Danzig).

65) **M. H. Duret.** Branchiomes malins du cou et tumeurs du médiastin.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 43.)

Bei einem 15jährigen Mädchen findet sich eine Geschwulst, welche die ganze linke Halsseite einnimmt, unter dem Kopfnicker gelegen ist, Kehlkopf und Luftröhre verdrängt, ohne deren Bewegungen mitzumachen. Es besteht starke Atemnot. Bei der Operation muß die Vena jugularis interna wegen starker Verwachsungen mitgenommen werden. Unmittelbar nach dem Eingriffe Tod. Die Obduktion deckt eine sehr große Geschwulst des vorderen Mediastinum auf, die durch einen hinter dem Sternoclaviculargelenke verlaufenden Geschwulststrang mit der entfernten Halsgeschwulst in Verbindung stand.

Die Geschwulst ist histologisch ein aus der Thymus hervorgegangenes malignes Lymphom. D. glaubt auf Grund dieser Untersuchung annehmen zu können, daß die Hassal'schen Körperchen nicht epithelialen Ursprunges, sondern aus den Blutgefäßen hervorgegangene endotheliale Bildungen sind. Die vorgefaßte Meinung, daß es sich hier um eine branchiogene in das Mediastinum fortgesetzte Halsgeschwulst handeln könne, gibt D. die Veranlassung, diese Möglichkeit an der Hand der Literatur zu verwerfen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

66) **G. Schwarz.** Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Mediastinaltumor nebst Bemerkungen über den Rückbildungsmechanismus bestrahlter Geschwülste. (Aus dem Röntgenlaboratorium des Wiener allgem. Krankenhauses.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Der Kranke mit mächtiger Geschwulst am Halse und lebhaftem Stridor hatte schon am Ende der Bestrahlung von 35 Minuten Dauer (4,5 H.-Einheiten) weniger Atemnot; 48 Stunden später war die Mediastinalgeschwulst beträchtlich verkleinert, die Anschwellung am Halse und die Atemnot verschwunden.

Während man bisher annahm, daß sich die Rückbildung der Geschwülste durch die natürlichen Resorptionsvorgänge, gleichsam passiv, vollziehe, glaubt Verf. in seinem Falle an aktive Verkleinerung der Geschwulst aus sich selbst heraus. Zur Erklärung zieht er Podwisotzky's Behauptung heran, daß die jüngeren lebensfähigen Zellen einer Geschwulst ältere gleichsam fressen, wodurch die großen Zellen mit zahlreichen Zelleinschlüssen zustande kommen. Dieser Autophagismus soll durch Jodkali, Arsen, Serum (Bier), Tuberkulin, Radium befördert werden. Verf. rät daher zu einer Kombination dieser Agentien mit der Bestrahlung.

Renner (Breslau).

67) **R. P. Rowlands.** The treatment of caries of the ribs.

(Guy's hospital reports Vol. LXI.)

R. empfiehlt, bei Rippencaries die erkrankte Partie lieber zu resezieren als mit dem scharfen Löffel auszukratzen, zumal der kariöse Herd auch auf der der Pleura zugekehrten Rippenseite sitzen und die Vorderseite ganz gesund aussehen kann. Daß die Resektion auch einen diagnostischen Wert besitze, zeigt er an einem Falle von kaltem subpektoralem Abszeß, bei dem erst durch die Rippenresektion mit Wegnahme des Knorpels am Brustbein klar wurde, daß der Abszeß von einer verkästen Mediastinaldrüse ausgegangen war und nicht von einer erkrankten Rippe, wie ursprünglich vermutet.

Deetz (Homburg v. d. H.).

68) **Schindler.** Die Entfernung von Brustwandgeschwülsten mit breiter Eröffnung der Pleura.

(Verein deutscher Ärzte in Prag. 17. Sitzung vom 15. März 1907.)
(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 29.)

Neben dem Druckdifferenzverfahren und der Anheftung der Lunge nach Bayer empfiehlt S. den luftdichten Abschluß der Pleura- und Hautwunde, um die schädlichen Folgen des Pneumothorax auszuschalten. Bei der Rezidivoperation einer Schlüsselbeingeschwulst mußte die Pleura in Handtellergröße eröffnet werden. Das Loch wurde zunächst ausgestopft, dann fest vernäht. Die Lunge atmete bald in ihrer ganzen Ausdehnung, ein Brustfellerguß trat nicht auf.

Gutzeit (Neidenburg).

69) **McLellan.** The surgical treatment of mastitis, with special reference to Bier's method.

(Glasgow med. journ. 1907. Dezember.)

Nach einer Besprechung der Maßnahmen, die geeignet sind, die Entstehung der Mastitis zu verhindern, berichtet Verf. ausführlich über seine ungemein erfreulichen Erfolge mit dem Bier'schen Verfahren, das er in seinen Einzelheiten ausführlich schildert.

W. v. Brunn (Rostock).

70) **F. Lichtenhahn.** Über Mastitis chronica cystica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 507.)

Die Arbeit dreht sich um die zuerst von Reclus unter dem Namen »Maladie cystique des mammelles« beschriebene Brustdrüsenerkrankung, und nimmt Verf. auf Grund eigener histologischer Untersuchungen von fünf Fällen zu der bekannten Kontroverse, ob hier eine echte Geschwulstbildung, Cystadenom, oder ein chron-

scher Entzündungsprozeß (König, Schimmelbusch u. a.) als vorliegend anzunehmen ist, selbst Stellung. Er entscheidet sich dabei für die Theorie der chronischen Entzündung, was dem von ihm der Affektion beigelegten lateinischen Krankheitsnamen entspricht. Er weist daher auf die multilokuläre, manchmal den ganzen Drüsenkörper befallende Erkrankungsausdehnung hin, worin er ein Argument gegen wahre Geschwulstbildung sieht, die stets an einem Erkrankungsherde beginne. Epithelwucherung und auch Papillenbildung in den Cysten spricht nicht gegen die entzündliche Natur der Krankheit, wie es das Verhalten z. B. der spitzen Kondylome zeige. Ebensowenig tut das das erfahrungsgemäß häufig vorkommende Übergehen der Erkrankung in Karzinom — chronisch entzündliche Reizung führt überall oft zum Krebs. Allerdings handele es sich bei der Erkrankung nicht ausschließlich um die gewöhnliche rein interstitielle Entzündung. Der Prozeß ist eher als eine »parenchymatös interstitielle Mastitis« zu chakterisieren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

IV. Kongreß der Deutschen Röntgen-Gesellschaft 1908.

Der Kongreß findet am

Sonntag, den 26. April 1908, morgens 9 Uhr

in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Eröffnungs- und Geschäftssitzung beginnt am Sonntag, den 26. April, 9 Uhr morgens präzise.

Zur Diskussion steht das Thema:

»Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose«.

Das Referat haben die Herren Rieder-München und Krause-Jena gütigst übernommen.

Vorträge und Demonstrationen werden möglichst frühzeitig (spätestens bis zum 10. März 1908) an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Berlin W. 35, Lützowstr. 72 erbeten.

Mit dem Kongreß wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein, worüber demnächst ein Sonderrundschreiben nähere Auskunft gibt.

Sonstige Anfragen sind an den Unterzeichneten zu richten.

Halle a. S., Februar 1908.

H. Gocht,
Vorsitzender für das Jahr 1908.

Der zweite Kongreß der internationalen Gesellschaft für Chirurgie

wird vom 21.—26. September d. J. in Brüssel stattfinden.

Die dort zur Behandlung kommenden Themata, für welche Berichterstatter ernannt sind, lauten: Krebs, Chirurgie der Leber, Anästhesie, Chirurgie der Wirbelsäule, Hernien.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 13. Sonnabend, den 28. März 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Stralsund.

Radikaloperation von Schenkel- und Leistenbruch derselben Seite in einem Akt.

Von

Dr. Fritz Berndt.

Das gleichzeitige Vorkommen von Schenkel- und Leistenbruch auf derselben Seite ist nichts Seltenes. Namentlich von fr... Seite ist darauf hingewiesen worden (**Berger**). Dagege...

in der mir zugänglichen Literatur, abgesehen von einer kurzen Bemerkung in der Arbeit von Lotheissen (Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 21), nichts darüber gefunden, daß man beide Brüche durch eine Operation beseitigen kann. Lotheissen sagt bei Beschreibung seiner Methode der Schenkelbruchoperation: »Hat man gleichzeitig eine Inguinalhernie derselben Seite, so isoliert man den Bruchsack und trägt ihn ab wie beim Bassini'schen Verfahren«. Aus der Mitteilung geht nicht hervor, ob L. selbst eine derartige Operation ausgeführt hat.

In Nr. 8 der Münchener med. Wochenschrift von 1906 habe ich eine Vereinfachung des Lotheissen'schen Verfahrens bei der Schenkelbruchoperation mitgeteilt. In ähnlicher, nur noch einfacherer Weise habe ich vor kurzem bei einem Manne, der gleichzeitig einen linksseitigen Leisten- und Schenkelbruch hatte, die Operation ausgeführt.

Schnitt parallel dem Poupart'schen Bande und unmittelbar über demselben. Spaltung der Fascie des Obliquus externus vom äußeren Leistenring nach lateralwärts. Isolieren und Abbinden des Leistenbruchsackes, darauf Isolieren und Abbinden des Schenkelbruchsackes. Nunmehr wird der Samenstrang aufgehoben und der Obliquus internus nebst Transversus nach innen und unten geschoben, bis der untere Rand des Poupart'schen Bandes und unter ihm der Rand des horizontalen Schambeinastes sichtbar wird. Es folgt die Anlegung der Nähte von innen (medial) nach außen (lateral). Eine mit Silkfaden armierte krumme Nadel wird durch den Rand des Internus und Transversus, dann durch das Periost des Schambeins (Lig. Cooperi) nach außen durchgestochen, so daß die Nadel außerhalb der Schenkelbruchpforte erscheint. Dann wird das andere (aus dem Internus herausragende) Fadenende mit einer Nadel versehen und diese durch den unteren Rand des Poupart'schen Bandes nach außen geführt. Beide Fadenenden liegen also vor, d. h. außerhalb der Schenkelbruchpforte und werden vorläufig in eine Klemme gefaßt. In derselben Weise werden noch 2 oder 3 Nähte angelegt. Diese dienen also dem Verschluß der Schenkelbruchpforte. Ihnen schließen sich lateralwärts noch etwa drei Nähte nach Bassini an (Obliquus int. und Transversus einerseits, Lig. Pouparti andererseits). Diese Nähte werden nun geknüpft, wobei es gleichgültig ist, ob man mit der medialsten oder der lateralsten anfängt, sodann wird der Samenstrang losgelassen und über ihm die Fascie des Externus mit einigen Nähten geschlossen. Darüber Hautnaht. Komprimierender Verband.

Die die Schenkelbruchpforte verschließenden Nähte fassen also Internus nebst Transversus, Schambeinperiost und Lig. Pouparti in eine Narbe zusammen, wodurch ein absolut fester Verschluß erzielt wird. Außerdem aber wird durch das Mitfassen des Poupart'schen Bandes im Bereich der Schenkelbruchpforte die ganze laterale Partie des Bandes stark gespannt, was mir für die Sicherung der Leistenbruchpforte nicht unwesentlich zu sein scheint.

---

1) **E. Franck.** Kriegschirurgie vor 100 Jahren.

(Med. Klinik 1907. p. 1431, 1461 u. 1495.)

In der Hauptsache auf Grund der chirurgischen und kriegschirurgischen Tagebücher usw. Percy's und Larrey's schildert F. die äußeren Bedingungen, unter denen sich in den Jahren zwischen 1806—1815 die wundärztliche Tätigkeit im Felde abspielte, die Grundsätze der damaligen allgemeinen und speziellen Chirurgie, soweit sie im Kriege durchführbar waren. Die französischen Berichterstatter erkennen die Güte und Zweckmäßigkeit der zu jener Zeit anläßlich des Krieges in Preußen getroffenen Sanitätseinrichtungen, insbesondere im Lazarettwesen, an. Der Selbstlosigkeit und Berufsfreudigkeit der damaligen Kriegschirurgen ist große Anerkennnung zu zollen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

2) **P. Ziegler.** Karzinom und Polarisation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 20.)

Z., der früher bereits Untersuchungen über Polarisation des Knochens veröffentlichte, berichtet hier kurz über Befunde an Karzinommaterial unter Anwendung des Polarisationsmikroskops. Während normale Epithelzellen zwar schwache, aber deutliche Polarisation besitzen, verlieren die Krebszellen jede deutliche doppellichtbrechende Eigenschaft. Weiteres s. Original, zu dessen Verständnis übrigens unter unseren Fachgenossen nicht durchweg vorauszusetzende optische Vorkenntnisse nötig scheinen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **M. Paus.** En biokemisk reaktion i diagnostisk øiemed.

(Norsk. Mag. for Laegevid. 1908. Nr. 2.)

P. hat die von Kelling angegebene Methode der Frühdiagnose bösartiger Geschwülste aus der hämolytischen Wirkung des Serums auf die Blutkörperchen bestimmter Tiere (Schwein, Schaf, Huhn) in 60 Fällen von Karzinom nachgeprüft und in 65% der Fälle ein positives Resultat erhalten. Ein positives Ergebnis spricht für, ein negatives nicht gegen das Vorhandensein einer versteckten Krebsgeschwulst.

Revenstorf (Hamburg).

---

4) **Doberauer.** Zur Chirurgie inoperabler Geschwülste.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 33.)

D. hat in zwei Fällen sehr großer bösartiger Geschwülste der Leistengegend zunächst die Iliaca externa bzw. communis freigelegt und durch einen Gummischlauch im Verlauf einiger Tage immer stärker zugeschnürt, bis peripher vom Schlauch kein Puls mehr zu fühlen war. Nach 2 bzw. 4 Tagen wurde die Neubildung samt den großen Gefäßstämmen und ihren Seitenästen exstirpiert. Beidemal überlebte die Extremität den Eingriff; die Intima blieb an der Stelle der Abschnürung zart, so daß die Gefäße, wenn die sonstigen Umstände nur die Resektion einer kurzen Strecke erfordern, durch Naht vereinigt werden könnten.

Das Verfahren gleicht im Prinzip der Methode der orientierenden temporären Unterbindung der Carotis communis, welche Jordan auf dem Chirurgenkongreß 1907 mitteilte. D. beabsichtigt die systematische Ausbildung des Kollateralkreislaufes und hofft damit manchen Kranken erfolgreich operieren zu können, den man bislang seinem Schicksal überlassen mußte. **Gutzeit** (Neidenburg).

5) **Halkin.** Contribution à l'étude des sarcoïdes de la peau.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 227.)

Die Frage, ob die Sarkoide eine Manifestation der Tuberkulose darstellen, ist noch immer umstritten. H. verneint die Frage für die gutartigen Hautsarkoide nach dem Typus von Boeck, gestützt auf eine eigene Beobachtung, die in der Arbeit kurz referiert ist. Auch die tuberkulöse Natur der subkutanen Sarkoide nach Darier hält er noch nicht für absolut bewiesen. **M. Winkler** (Luzern).

6) **F. v. Krzysztalowicz.** Die Botryomykose. Zusammenfassendes Referat.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. LXIV. Hft. 12.)

In diesem eingehenden Referat über die in neuerer Zeit viel besprochene Krankheit kommt Verf. zu dem Resultate, daß sowohl die tierische als auch die menschliche Botryomykose wahrscheinlich durch den Staphylokokkus pyogenes aureus hervorgerufen wird. Von anderer Seite wird dieser Standpunkt bekanntlich vielfach bestritten. **Jadassohn** (Bern).

7) **C. Herrmann** (Neuyork). Pigmentmäler in der Sakralregion der weißen und farbigen Kinder.

(Journ. of cutan. diseases 1907. Mai.)

Verf. bespricht das Vorkommen der von verschiedenen Autoren beschriebenen blauen Mäler in der Kreuzbeingend von Kindern der weißen und farbigen Rasse, die zum Unterschiede von den Naevi nicht erhaben sind und keine Gefäßbildung zeigen. Sie sind nach seiner Ansicht weder ein Charakteristikum irgendeiner Rasse noch ein Zeichen einer Degeneration. Für ihre Entstehung gebe es noch keine genügende Erklärung. Da sie mit zunehmendem Alter von selbst verschwinden, sei Therapie unnötig. **Grosser** (Breslau).

8) **J. E. V. Boas.** »Larva migrans«, eine Gastrophiluslarve in der Haut eines Menschen in Dänemark.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 10.)

Die eigentümliche, durch die Wanderung einer Larve in der Haut des Menschen bedingte Erkrankung ist nunmehr schon in einer ganzen Anzahl von Fällen beschrieben worden. Die Diagnose ist sehr einfach.

Dagegen ist die Natur des »Hautmaulwurfs« vielfach diskutiert worden. B. findet, daß es sich wirklich um eine Gastrophiluslarve handelt. Der speziellere Inhalt der Arbeit wird nur Dermato- und Zoologen interessieren. **Jadassohn** (Bern).

9) **V. Klingmüller.** Über Lupus pernio.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 323.)

Der Ansicht, der Lupus pernio sei eine echte Hauttuberkulose, kann sich K. nicht anschließen, da von den drei Forderungen zur Diagnose Tuberkulose nur eine: die örtliche Reaktion auf Alttuberkulin, und auch diese nur unzureichend erfüllt sei, während Bazillennachweis und positives Tierexperiment fehlen. Verf. will den Lupus pernio als typisches Krankheitsbild den übrigen bewiesenen oder vermuteten Hauttuberkulosen nur anreihen.

Der Arbeit sind die Krankengeschichten von 3 Fällen dieser Affektion beigegeben **M. Winkler** (Luzern).

10) **E. Jakobi.** Eine besondere Form der Trichophytie als Folgeerscheinung des permanenten Bades.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXIV. p. 289.)

J. berichtet über eine besondere Form von Trichophytie, die anscheinend nur da vorkommt, wo permanente Wasserbäder häufig in Gebrauch sind, also in psychiatrischen Kliniken. Die Krankheit befällt hauptsächlich Paralytiker und Kachektische. Sie beginnt in der Genital- oder Axillargegend mit braunroten Papeln, die sich rasch peripherisch ausbreiten, sich in Plaques umwandeln und allmählich den größten Teil des Körpers bedecken. Die Krankheit ist nicht kontagiös und macht subjektiv keine Beschwerden.

J. glaubt, daß der betreffende Trichophytonpilz, über dessen Stellung zu den bekannten Arten des Trichophyton Verf. sich noch nicht bestimmt auszusprechen vermag, im reinen Badewasser vorkommt und sich nur auf der durch das lange Bad mazerierten Epidermis Kachektischer ansiedeln könne. Mit der Trockenhaltung erlischt die Krankheit, prophylaktische Maßnahmen waren ohne Erfolg.

M. Winkler (Luzern).

11) **C. Haeberlin** (Nauheim.) Zur Behandlung granulierender Wunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

H. bestätigt den günstigen Einfluß des Luftzutrittes sowie des Sonnenlichtes zu granulierenden Wunden in bezug auf rasch eintretende Epithelisierung, Verminderung der Sekretion und das Glattwerden der Wundflächen; alle normalen Wundheilungsvorgänge werden wesentlich beschleunigt, wenn die Wunden 2—3 Stunden dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt und dann nur mit Krüllgaze locker bedeckt werden. **Kramer** (Glogau).

12) **J. Jadassohn.** Syphilidologische Beiträge.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXVI. p. 45.)

Anschließend an die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der experimentellen Syphilis und gestützt auf seine Erfahrungen unterwirft J. eine Anzahl aktueller Fragen der Syphilidologie einer kritischen Beleuchtung. So präzisiert er, um nur wenige Punkte herauszugreifen, seinen Standpunkt betreffs Exzision des Primäraffektes. Bei den verschiedenen Formen der Sekundärperiode werden die Begriffe Metastase, lokale und allgemeine »Umstimmung«, Terrainverhältnisse als maßgebende Faktoren besprochen. Die Virulenzgrade der Spirochäten gegenüber dem eigenen und dem fremden Organismus in der Spätperiode, die Re- und Superinfektion und die Analogien der Lues besonders mit der Tuberkulose und Lepra sind eingehend erörtert.

M. Winkler (Luzern).

13) **Hoffa.** Technik der Massage. 5. Aufl. 90 S. 45 Abbild.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1907.

Die neue Auflage des bekannten Buches, das gelegentlich der früheren Auflagen hier wiederholt schon besprochen ist, weist wiederum eine Reihe von Zusätzen und Verbesserungen auf, die davon Zeugnis ablegen, mit welchem Interesse der leider so früh dahingeschiedene Verf. an der Verbreitung dieses für die Gelenkchirurgie so wichtigen Zweiges der Therapie gearbeitet hat. Alles, was sich als neu und zweckmäßig in der Massagetechnik erwiesen hat, ist sorgfältig in der 5. Auflage berücksichtigt worden, ohne daß dabei die schätzenswerte Knappheit der Darstellung gelitten und der Umfang des Buches sich wesentlich vermehrt hat. **Deutschländer** (Hamburg).

14) **K. Vogel.** Über Frakturheilung mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung des Blutergusses für die Callusbildung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 143.)

Verf., dem als dirigierendem Arzt im Krankenhause der Barmherzigen Brüder in Dortmund die Behandlung sehr zahlreicher Knochenbrüche obliegt, liefert in dieser Arbeit erstlich eigene Räsonnements zur Theorie der Knochenbruchheilung, anknüpfend an Ideen von Bier und Ribbert, und zweitens Berichte über einige erfolgreiche Versuche, schlecht heilende Knochenbrüche mit Bluteinspritzungen nach Bier zu behandeln. Von V.'s Allgemeinerörterungen sei hier erwähnt, daß er die schlechte Heilung von Knochenbrüchen, die Neigung zu Pseudarthrosenbildung auf eine abnorm mangelhafte Fähigkeit des Individuums zur callusbildenden Gewebsproduktion zurückzuführen geneigt ist. Diese ungenügende Produktionsfähigkeit kann Folge eines allgemeinen Schwächezustandes sein, sie kann aber speziell ein dem Knochensystem anhaftender Fehler sein; und da das Knochengewebe zu den Bindegeweben des Körpers gehört, taucht die Frage

auf, ob in gewissen Fällen schlechter Callusproduktion nicht an eine allgemeine Schwäche des Gesamtbindegewebes des Körpers zu denken ist. Eine derartige biologische Minderwertigkeit des Bindegewebes zeigt sich V. geneigt, der Entstehung der statischen Belastungsdeformitäten (Pes planus, Genu valgum usw.) zugrunde zu legen, ferner den venektatischen Bildungen (Varicen, Varicokelen), sowie den Enteroptosen, Vorfällen und Hernien. Im ganzen sind schlecht heilende Frakturen selten, aber unter zwölf Fällen der Art, die V. selbst beobachtete, finden sich mehrere, die gleichzeitig solche vom Verf. auf Bindegewebeschwäche bezogene Krankheitszustände zeigten. Was ferner den Anlaß, den »Reiz« zur Callusproduktion betrifft, so sieht V. denselben mit Ribbert wesentlich in einer Anregung der Gewebselemente zur Gewebsneubildung. Im normalen Organismus wird die allen Zellen innewohnende Wachstumskraft durch die überall vorhandene innere Gewebsspannung behindert in Funktion zu treten; hört diese Spannung auf, tritt »Entspannung« der Gewebe ein, so betätigt sich auch sofort die Proliferationskraft der Zelle. Diese Lehre auf die Frakturheilung übertragend, deduziert V., daß es bei letzterer, wo vor allem die ossifizierende Produktionskraft des Periosts, namentlich von dessen innerster »Cambium«-Schicht sich zu betätigen hat, besonders aber auf eine »Entspannung« des Periosts ankommt. In der Regel wird diese Periostentspannung bei Brüchen der Röhrenknochen schon durch die Ablösung des Periosts von der Kortikalsubstanz und den Bluterguß zwischen beiden ausreichend herbeigeführt; erweist sie sich im Einzelfall als relativ zu gering, so sucht man sie künstlich zu verstärken durch Maßnahmen, in deren Reihe sich zu den älteren Mitteln (Entzündungsreize, Stauung usw.) neuerdings die Bier'sche Bluteinspritzung gesellt hat. Auch diese Behandlung wirkt nach V.'s Theorie wesentlich dadurch Callusbildung fördernd, daß sie das Periost »entspannt«, und wird deshalb um so nützlicher werden, je mehr es bei ihr gelingt, das Blut subperiostal zu deponieren. In eigener Berufstätigkeit hat V. sieben Fälle schlecht konsolidierender Frakturen mit Bluteinspritzungen behandelt und dabei, wie die zum Teil mit Röntgenbildern versehenen Berichte ergeben, stets auf die subperiostale Einbringung des Blutes genau Acht gegeben, einige Male auch zu diesem Zwecke durch blutigen Eingriff das Periost vom Knochen bzw. von Callusmassen abgehebelt, um dann das Blut unter dasselbe zu spritzen. Die Erfolge befriedigten. Auch für die Heilung orthopädischer lineärer Osteotomien beleuchtet V. die Bedeutung der Periostentspannung durch Blutung. Letztere kann bei Osteotomien, wenn man ohne Esmarch'sche Blutleere operiert, so gering werden, daß die osteoplastische Reaktion des Periosts unzulänglich bleibt. Um eine solche zu sichern, empfiehlt V. die Operation unter Blutleere, nach deren Abnahme man auf etwas lebhaftere Nachblutung rechnen kann; auch soll man den durchgemeißelten Knochen stets ganz durchbrechen und durch einiges Auf- und Abschieben der Fragmente aneinander für Abhebungen des Periosts Sorge tragen. Die Heilung der

Schenkelhalsbrüche beleuchtet V. gemäß seiner Theorie in dem Sinne, daß bei eingekeilten Frakturen der gesetzte Bluterguß interstitiell und subperiostal liegen bleibt, und damit heilungsbefördernd wirkt; dagegen ergießt sich bei losen Brüchen das Blut in die Gelenkkapsel, womit die Möglichkeit seiner Wirksamkeit zur Heilung wegfällt.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 17 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **Bülow-Hansen.** Om behandling, specielt efterbehandling af fracturer i led.

(Norsk. Mag. for Laegevid. 1908. Nr. 2.)

Verf. empfiehlt, die Nachbehandlung von Knochenbrüchen auf Massieren, aktive und Widerstandsbewegungen zu beschränken. Er verwirft die schmerzhaften passiven Bewegungsübungen als schädlich, da sie Distorsionssynovitis hervorrufen, die wegen des schlechten funktionellen Behandlungsresultates mehr zu fürchten sei, als schlechte Knochenstellung.

Revenstorf (Hamburg).

---

17) **E. Streissler.** Das v. Hacker'sche Triangel zur ambulanten Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 749.)

Verf. beschreibt ein von v. Hacker schon lange angewandtes Triangel, das aus starker Pappe geschnitten wird. Es hat etwa die Form eines rechtwinkligen Dreiecks, dessen eine Seite dem Brustkorb anliegt, auf dessen Hypothenuse der Oberarm ruht, auf dessen dritter, etwa um 30° gedrehter Seite der supinierte Vorderarm und die Hand liegt. Die nähere Technik der Herstellung ist aus dem Original (mit Zeichnungen) zu entnehmen.

Das Triangel hat den Vorzug, daß es durch die Einspannung zwischen Axilla und den gebeugten Ellbogen den Oberarm extendiert, dem Vorderarm eine bequeme Lage gestattet und imstande ist, den Oberarm in einer beliebigen Abduktionsstellung zu fixieren. Seine Verwendung ist indiziert zur ambulanten Behandlung der Fraktur des anatomischen Humerushalses mit Dislokation des Kopfes nach außen, bei pertuberkulären und subtuberkulären sowie bei Schaftbrüchen ohne zu große Dislokation. Im übrigen gestattet das Triangel auch die Anbringung einer Gewichtsextension.

Reich (Tübingen).

---

18) **B. Rossi** (Mailand). Il mio metodo di cura nelle fratture del femore.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 8.)

R. hat in einem Vortrag in Mailand über die Resultate der Behandlung von mehr als 300 Oberschenkelbrüchen nach seiner Methode berichtet. — Nach vorläufiger Gewichtsextension im Bett und Röntgenuntersuchung kommt der Verletzte womöglich noch am selben Tag

auf den Extensionstisch. Dieser (schon 1902 im Arch. d'ortopedia beschrieben) basiert auf dem Schede'schen Tisch, ist aber einfacher gebaut.

Zwei Heftpflasterstreifen werden oder sind schon zur Vorextension angelegt. Nun wird mit Filzkissen mäßig gepolstert, am Sitzknorren und oberhalb der Knöchel. Darüber kommt eine durch drei Holzspäne, außen, hinten und quer über Hüfte und Becken, verstärkte Gipsschicht über das ganze Bein samt Becken (ohne Füße). Das Knie kann zur späteren Mobilisierung frei gelassen werden. Dann wird der stählerne Extensionsgehbügel (zwei lange Stahlschienen, mit Knieartikulation, nur unten durch den Steigbügel verbunden, aber mit fixen Messingspangen, die Ober- und Unterschenkel mehrfach fast ganz umgreifen) eingegipst. Dieser reicht vom Sitzknorren bis mehrere Querfinger unter die Fußsohle. Die Pflasterstreifen sind an einem stellbaren Querstab oberhalb des Steigbügels befestigt. — Die Extension wird während der Anlegung des Apparates allmählich gesteigert, event. durch Morphin erleichtert. — Eine eventuelle fehlerhafte Stellung kann später auch noch korrigiert werden durch Verwendung eines Ringreifens nach Durchtrennung des Verbandes. — In den ersten Tagen geht der Kranke auf einer Gehschule, später auf Krücken. 15—25 Tage nach der Reposition wird das Fußgelenk freigemacht, die Extension bleibt; um diese Zeit oder später beginnt die Bewegung im Kniescharnier. Der Apparat bleibt 25—60 Tage liegen, je nach dem Alter, der Frakturstelle, dem Grade der Callusbildung. Wenn nötig, ist eine neuerliche Immobilisierung angezeigt. Bei alten Leuten wird weniger die exakte Reposition als die Besserung des Allgemeinzustandes zu berücksichtigen sein. Ihnen ist der Gipsverband sobald als möglich anzulegen, der ihnen die Bewegung im Bett erleichtert, sie beginnen am folgenden Tage die Gehversuche. R. hat mehrere über 80 Jahr alte Pat. so geheilt. Die Resultate bei den jüngeren Kranken sind glänzende. Die allermeisten gehen gern schon in den ersten Tagen, viele benutzen vom 15.—20. Tage ab keinerlei Stütze mehr. Die feste knöcherne Vereinigung war stets, und zwar längstens am 60. Tage, nachweisbar, die funktionelle Heilung nach 2—4 Monaten. **J. Sternberg** (Wien).

---

18) **A. Hoffmann.** Zur Technik der Patellarnaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 623.)

H. beschreibt eine Kniescheibennahtmethode von Payr. Mit einem Bohrer werden in der Längsrichtung des Beines von den Bruchflächen aus, beim oberen Fragment nach oben, beim unteren nach unten, je zwei annähernd parallel verlaufende Bohrlöcher angelegt, die oben jederseits der Quadricepssehne, unten jederseits des Lig. patell. propr. die Kniescheibe durchbohren. Eingeführt wird ein sich zum Kreise bzw. Viereck schließender Draht, der direkt oberhalb und unterhalb der Kniescheibe die Quadricepssehne bzw. das Lig. patellae

durchbohrt. Nachbehandlung in leichter Flexionsstellung (ca. 140°). Eine erläuternde Zeichnung ist beigegeben.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **v. Heuss.** Versuche zur ambulanten Behandlung der Fußgeschwulst.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1908. Hft. 1.)

v. H. versucht die mit »Fußgeschwulst« behafteten Leute, die bisher anfangs meistens mit Bettruhe behandelt wurden, ambulant durch Umlegen einer Klebebinde um den Mittelfuß wieder dienstfähig zu machen. Der Unterlegestoff der Binde besteht aus dehnbarem Krepp, dessen eine Seite mit einer Heftpflastermasse bestrichen ist und welcher bei L. Frohnhäuser, München, Sonnenstraße, bezogen werden kann. Der Daumen der linken Hand drückt auf das distale Ende des fünften, der Mittelfinger auf das distale Ende des dritten Mittelfußknochens, um eine Annäherung des äußeren und inneren Fußrandes zu bewirken, mit der rechten Hand wird die Binde angelegt, und zwar rund um den Mittelfuß, beginnend dicht oberhalb der Zehen und fortfahrend bis an den vorderen Rand der Knöchel. Die Leute vermögen in einem Schnürstiefel sofort nach Anlegen der Binde umherzugehen. Die Binde bleibt möglichst 3 Wochen liegen. Von 41 so behandelten Pat., unter welchen allerdings nur 11 röntgenologisch nachweisbare Mittelfußknochenbrüche hatten, wurden 19 sofort dienstfähig, die übrigen taten 1—9 Tage nur inneren Dienst; sämtliche Leute wurden soweit wieder hergestellt, daß sie das Mannöver mitmachen konnten. Die Zahl der namentlich als Knochenbruch nachgewiesenen Fälle ist noch etwas klein, um bestätigen zu können, daß das Verfahren für alle Fälle von Mittelfußknochenbruch erfolgreich anwendbar ist (Ref.).

Herhold (Brandenburg).

---

20) **J. Hennequin** et **R. Loewy.** Les luxation des grandes articulations, leur traitment practique. 400 S. 125 Abbild.

Paris, **Felix Alcan,** 1908.

H. und L. geben uns in dem oben genannten Buche eine äußerst übersichtliche Darstellung des Wesens, der Symptome und der Behandlung der Verrenkungen der großen Gelenke. Sie behandeln darin nur die Verrenkungen auf traumatischer Basis, diese aber mit einer Gründlichkeit und Klarheit der Sprache, daß sie in dem Werke uns nicht nur ein Lehrbuch, sondern auch ein Nachschlagewerk an die Hand geben.

Nach einer Einleitung über die Generalsymptome der Verrenkungen im allgemeinen und einer sehr klaren Darstellung der Röntgenographie mit ihren Fehlerquellen und deren Vermeidung behandeln sie die Verrenkungen der Schulter, des Ellbogens, des Handgelenkes, des Schlüsselbeins, der Hüfte, des Knies und des Fußes. Einteilung der verschiedenen Verrenkungen, Symptome, mit besonderer Sorgfalt diffe-

rentialdiagnostisch wichtige Symptome, Einrichtung und Nachbehandlung werden ausführlich besprochen.

Neben den einfacheren Methoden der Einrichtung der Schulterverrenkung wird besonders eingehend die Kocher'sche Methode beschrieben und durch sehr gute Bilder erläutert, wobei die Vorteile dieser Methode vor der ihr ähnlichen von Lacour vollständig anerkannt werden. Unter den gewaltsamen Repositionsmethoden finden wir besonders die Anwendung eines von H. angegebenen Apparates hervorgehoben, der im wesentlichen aus einem Extensionsapparat mit Kurbelantrieb und zwischengeschaltetem Dynamometer und einer Schlinge zur Kontraextension besteht. Die verschiedenen Anwendungsmethoden dieses Apparates sind durch sehr gute instruktive Bilder erläutert. Sehr ausführlich sind auch die Verrenkungen der Hüfte behandelt; in diesem Kapitel haben mir vor allem die Illustrationen gefallen, die nebeneinander die veränderte Stellung der Knochen im anatomischen Präparat und den äußeren Anblick der Verrenkung vor Augen führen.

Neben den unblutigen Verfahren werden auch die verschiedenen chirurgischen Eingriffe mit ihrer nötigen Nachbehandlung besprochen, die nötig werden können, um funktionell gute Endresultate zu erzielen. In einem besonderen Kapitel werden dann noch die Verrenkungen der Neugeborenen erwähnt, die im Verlaufe der Geburt eintreten können. Ferner finden wir die Behandlung komplizierter, infizierter Verrenkungen mit Bier'scher Stauung, mit Saugapparaten, sowie die Behandlung versteifter Gelenke mit Heißluftapparaten empfohlen.

Das Buch, das für den Praktiker von großem Wert ist, ist mit sehr zahlreichen, zum Teil meisterhaften, instruktiven Illustrationen versehen, wobei durch Bilder von Repositionsmethoden und Apparaten des Mittelalters auch der historischen Entwicklung der Behandlungsmethoden Rechnung getragen ist. **L. Simon** (Mannheim).

---

21) **Estor.** De la subluxation congénitale du poignet.
(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 8 u. 9.)

An der Hand genauer Literaturstudien und eines eigenen Falles hat E. die Geschichte, pathologische Anatomie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik und Behandlung der Madelung'schen Krankheit eingehend bearbeitet. Wenn auch Malgaigne schon 1855 über eine einschlägige Beobachtung berichtet und Jean 1875 zuerst eine solche genauer beschrieben hat, so erkennt Verf. Madelung doch das unbestreitbare Verdienst zu, durch seine 1878 erschienene Arbeit Wesen und Bedeutung des Leidens, das seinen Namen trägt, klargestellt zu haben.

Besondere Beachtung verdienen die Abschnitte über Entstehung und Behandlung der Krankheit. Unter den mancherlei Theorien über die Pathogenese hält E. die Auffassung von der Entwicklung des Leidens aus einer angeborenen Anlage für die gesichertste und stützt seine Ansicht mit sehr stichhaltigen Gründen. Eine Andeutung der

Deformität ist fast bei allen Menschen zu finden: das Köpfchen der Ulna überragt an der Streckseite stets mehr oder weniger die Handwurzel. Den meisten Menschen fällt das indes nicht auf, weil der Ulnarrand der eigenen Hand der Betrachtung nicht so zugänglich ist; man kann sich davon aber leicht durch das Spiegelbild und die Betastung der Hand überzeugen. Da der Radialrand der Hand wenigstens im Beginn der Krankheit wenig bemerkenswerte Veränderungen zeigt, so übersehen auch die Kranken selbst oft ihre Deformität. Die Biegung des unteren Radiusdrittels oder -viertels mit vorderer Konkavität läßt sich in geringerem Grade an jedem normalen Speichenknochen darstellen, wenn man ihn längs von vorn nach hinten durchsägt. Besonders beweisend für die Erblichkeit ist das so häufige familiäre Auftreten des Leidens, das nach E.'s Zusammenstellung unter 85 Fällen 36mal beobachtet wurde. Die Doppelseitigkeit, die bei 70 von den 85 Fällen gesehen ward, überwiegt auch bei vielen anderen angeborenen Mißbildungen. Die wesentliche Ursache für das Zustandekommen der Deformität erblickt E. mit Guépin in einer angeborenen schlaffen Gelenkverbindung zwischen den unteren Enden der Unterarmknochen. Sie kann indes bis zum späteren Wachstumsalter latent bleiben und sich erst unter dem Einfluß eines Traumas oder der beruflichen Überanstrengung der Hand, besonders in der Lehrzeit, weiter ausbilden und Störungen verursachen. Gegen eine rachitische Grundlage (Duplay, Delbet) sprechen die im zartesten Kindesalter ohne eine Spur englischer Krankheit beobachteten Madelung'schen Subluxationen; wären sie rachitischen Ursprunges, so würde man ihnen sicherlich viel öfter begegnen. Ihr Zusammentreffen mit den Erscheinungen der sogenannten Spätrachitis hat nach E. keine Beweiskraft. Der Ansicht von Madelung und Redard, welche die Deformität auf unregelmäßiges Längenwachstum infolge traumatischer Beeinflussung der Epiphysenknorpel zurückführen, kann sich E. auch nicht anschließen, da derartige Traumen bei Kindern immer und im späteren Wachstumsalter häufig fehlten oder so gering waren, daß sie auf das Knochenwachstum unmöglich einwirken konnten. Die nervöse Theorie (Tripier, Félix), welche wegen der — erst im späteren Verlauf — eintretenden Kontrakturen und der Doppelseitigkeit eine Rückenmarkerkrankung als Ursache des Leidens annimmt, ist, wie E. sicher mit Recht bemerkt, so weit hergeholt, daß alle anderen Erklärungen einfacher und glaubwürdiger klingen.

Die konservative Behandlung mit Schienen-, Hülsen- und Zugvorrichtungen wirkt nur palliativ und erleichternd durch die Ruhigstellung, besonders wenn ein Trauma vorherging. Die naheliegende Arthrodese im unteren Radioulnargelenk ist ausgeschlossen, da sie die Supination und Pronation unmöglich machen würde. E. macht den neuen Vorschlag, in allen Fällen, wo die Deformität besonders die Ulna betrifft, ihre Osteotomie vier Fingerbreiten oberhalb des Griffelfortsatzes auszuführen und die von Duplay angegebene lineare Osteotomie des Radius nur bei erheblicher Verkrümmung desselben hinzu-

zufügen. Selbstverständlich darf nur bei Bewegungsstörungen im Handgelenk blutig eingegriffen werden. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

22) **H. Siegrist.** Über Manus valga oder sogenannte Madelung'sche Deformität des Handgelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 524.)

Die fleißige, aus dem Röntgenlaboratorium von de Quervain hervorgegangene Arbeit ist als monographische, zurzeit erschöpfende Abhandlung zur Sache anzusehen. Sie beginnt mit Beschreibung und genauester Befundaufnahme dreier selbst beobachteter typischer Fälle, liefert sodann eine tabellarische Zusammenstellung der bisher gesammelten Fälle, um mit einer epikritisch-klinischen Allgemeinbesprechung zu schließen. 22 teils photographische, teils röntgenologische Abbildungen illustrieren die Beschreibungen in hinlänglicher Weise; zum Schluß der Arbeit steht ein 36 Nummern zählendes Literaturverzeichnis.

Von den gewonnenen Ergebnissen sei folgendes angeführt. Ätiologisch ist für die Erkrankung ein deformierendes Knochenwachstum anzunehmen, das als Rachitis oder Spätrachitis zu deuten ist, wofür spricht, daß andere rachitische Deformitäten als Skoliose, Pes valgus nicht ungewöhnliche Begleiterkrankungen sind. Doch sind auch individuelle Prädisposition, Erblichkeit und in weiterer Linie Schädlichkeiten durch mit dem Beruf (Wäscherinnen! usw.) zusammenhängende Strapazierungen der Hände von Bedeutung. Das weibliche Geschlecht ist ungleich häufiger als das männliche betroffen. Die Krankheit entwickelt sich im späteren Wachstumsalter vom 12. Jahre an, erstreckt sich über mehrere Jahre und verläuft unter Schmerzen. Eigentlicher Krankheitssitz ist die untere Radiusepiphyse, deren Gelenkfläche den rechten Winkel zur Ebene des Vorderarmes verläßt und sich um eine quere Achse volarwärts neigt. Der Umstand, daß die meisten Hantierungen durch die antebrachialen Hand- und Fingerbeugemuskeln, welche an Kraft den Streckern überlegen sind, verrichtet werden, läßt das, eine abnorme Knochenweichheit vorausgesetzt, begreiflich erscheinen. Derselbe Muskelzug vermittelt weiter eine stärkere lateral-konvexe Krümmung des Radiusdiaphysenschaftes und eine abnorme Ulnarneigung der Gelenkfläche des Radius. Das Verhalten der Ulna ist nur passiv. Gegenüber der Volarverkrümmung des unteren Radiusteiles bleibt sie dorsal zurück, wird aus dem Gelenkverband ausgeschaltet, funktionslos und wächst dahin, wo sie den geringsten Widerstand findet, also dorsalwärts. Hieraus resultiert die regelmäßig vorhandene Krümmung des unteren Ulnaendes nach dem Dorsum hin, sowie die in vielen Fällen vorhandene Hypertrophie des Proc. styloideus. Schließlich ist eine Verlagerung der Handwurzel volar- und proximalwärts zu registrieren, durch Muskelkräfte — wiederum der Beuger — erklärbar, der entsprechend der ganze Carpus etwas volarwärts gezogen wird. Funktionell ist die Volarflexion am

wenigsten, die Dorsalflexion am meisten behindert. Therapeutisch ist von Operationen nicht viel zu halten, auch mit orthopädischen Bandagen bislang nichts Reelles erreicht. Möglich, daß deren Frühanwendung, schon zur Zeit der Entwicklungsstadien der Erkrankung, nützen könnte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

23) **V. Schoch.** Beitrag zur Kenntnis der typischen Luxationsfraktur des Interkarpalgelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 53.)

Mit dem Namen einer interkarpalen Luxationsfraktur belegt S. die Kombination eines Bruches des Kahnbeines mit Verrenkung des Mondbeines volarwärts, wobei letzteres das proximale Fragment des Kahnbeines mit in die Verrenkungsstellung nimmt. Diese kombinierte Handverletzung wurde zuerst von de Quervain beschrieben und ist von diesem neuerdings in drei weiteren Fällen exakt nachgewiesen, die in S.'s Arbeit genau unter Beigabe mehrfacher Röntgenogramme berichtet werden. Ihnen schließen sich, ebenfalls genau beschrieben, zwei Fälle aus dem Krankenasyl Neumünster, Zürich (Chefarzt F. Brunner) an und weiterhin eine Reihe aus der Literatur von S. zusammengestellter Beobachtungen, was ein Gesamtmaterial von 30 einschlägigen Fällen gibt. Da in diesem durchweg der wesentliche Verletzungsbefund derselbe ist, sieht S. in der fraglichen Luxationsfraktur eine typische Verletzung, deren klinische Verhältnisse er erschöpfend erörtert.

Verursacht wird die Verletzung stets durch sehr große Gewalteinwirkung, meist durch Stürze aus beträchtlicher Höhe, womit zusammenhängt, daß die Verletzten meist Männer sind und in den Jahren der besten Arbeitskraft stehen. Für den Mechanismus der Verletzung ist von Bedeutung, daß an der Articulatio radio-carpalis im wesentlichen nur das Mondbein mit dem proximalen (ulnaren) Teile des Kahnbeines beteiligt ist, während das Triquetrum mit dem Erbsenbein und der distale (radiale) Teil des Kahnbeines mehr in enger Beziehung zum distalen Carpusteile stehen. Die Verletzung kann durch Fall auf die Hand bei verschiedener Stellung der letzteren zustande kommen, und wechselt mit der Handstellung auch die Art der Verletzungsmechanik. a. Bei einem Fall auf den ausgestreckten Arm bei mäßiger Dorsalhandflexion treibt der Stoß, besonders durch den Metacarpus III und das Kopfbein, das Mondbein und das proximale Bruchstück des dabei brechenden Kahnbeines aus seiner normalen Stellung volarwärts hinaus (de Quervain). b. Schlägt der Pat. voll mit dem Handballen gegen den Boden, so wird das Kahnbein zwischen dem Handballen und dem Radius gebrochen und dann durch die nachfolgende Hyperextension sein proximales Fragment mit dem Mondbeine zusammen nach Einreißen der Kapsel zwischen letzterem und dem Kopfbeine volarwärts hinausgehebelt. (Mehrere von S. angestellte Leichenexperimente stützen diese Theorien.) c. Auch bei volarflektierter Hand kann

die Verletzung zustande kommen, doch bleibt hier ihre Mechanik noch nicht genügend aufgeklärt. Die Hauptsymptome der Verletzung bestehen in Schwellung der Handgelenkgegend mit Unmöglichkeit aktiver Handbewegungen und großer Schmerzhaftigkeit passiver Versuche dazu, ferner Verdickung, Verbreiterung und Verkürzung des Carpus, dann in einer vor dem volaren Radiusrande meist durchtastbaren knöchernen Resistenz und den durch sie bedingten Bewegungsstörungen der Finger, und endlich in Erscheinungen von Druck auf den N. medianus. Dazu kommt die Würdigung der Röntgenogramme, zur Deutung von deren ziemlich komplizierten Figuren die Bilder der Arbeit nebst ihrem Erläuterungstexte gute Anleitung gewähren. Differentialdiagnostisch kommt wesentlich einerseits die isolierte Mondbeinverrenkung in Frage, von der Luxationsfraktur unterschieden durch Fehlen der Druckempfindlichkeit am Kahnbein und der häufigen radialen Verschiebung der ganzen Hand, andererseits der isolierte Kahnbeinbruch, wobei die volarwärts verrenkten Knochenteile nicht tastbar sind. Die Prognose ist stets als ernst zu betrachten. Nur wo die Reposition gelingt, ist annähernd völlige Herstellung der Funktion zu hoffen. Sonst bleibt auch bei operativer Behandlung Beschränkung der Beweglichkeit vom Handgelenke zurück, während allerdings die Fingerbewegungen und die Kraft wieder fast normal werden, so daß wenigstens für gröbere Arbeit die Hand nach 1—3 Jahren wieder ihre alte Gebrauchsfähigkeit erlangt. Ohne Operation sind die Aussichten noch viel schlechter, und kann selbst völlige Handgelenkankylose eintreten. Die völlige Erwerbsunfähigkeit dauert bei sofortiger richtiger Behandlung durchschnittlich mindestens 2—3 Monate, die bleibende Invalidität ist erst nach 2—3 Jahren abschätzbar und beträgt durchschnittlich ca. 10%. Therapie: in erster Linie Reposition, sei es blutig, sei es unblutig. Sonst event. Exstirpation des verrenkten irreponiblen Mondbeines nebst dem mit ihm zusammenhängenden ulnaren Kahnbeinfragment (in etlichen Fällen von S.'s eigenem Berichtsmateriale mit recht guten Erfolgen vorgenommen). Zur Nachbehandlung ist die mediko-mechanische Gymnastik von der größten Wichtigkeit.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 125 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

24) **E. Hagenbach.** Meniscusverletzungen.

(Med. Klinik 1907. p. 1499.)

Aus einer Zusammenstellung neuerer Arbeiten über Meniscusverletzungen zieht H. folgende Schlüsse: Ist die Reposition der verletzten Bandscheibe möglich, so ist ein Versuch mit nicht operativer Behandlung am Platze. Ist die Reposition nicht ausführbar, oder liegt ein Rückfall vor, so muß chirurgisch eingegriffen werden. Dabei kann in frischen Fällen und bei geringer Verletzung des halbmondförmigen Knorpels (Lockerung oder Abriß vom Schienbein) die Naht versucht werden. Sonst ist stets der Meniscus zu entfernen. Durch Verlegen-

heitskuren (Massage, Wasser, Licht, Elektrizität) wird namentlich das Halbinvalidentum des rückfälligen Kranken nur hingezogen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

25) **O. Rumpel.** Über Geschwülste und entzündliche Erkrankungen der Knochen im Röntgenbilde.

(Fortschritte der Röntgenstrahlen. Ergänzungsband XVI. 140 Bilder.)

Hamburg, **Gräfe & Sillem.**

Eines der wichtigsten Kapitel des »Archivs und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern« ist hier durch zahlreiche, wie immer vorzüglich wiedergegebene Bilder und ihnen vorangeschickten erläuternden Text so behandelt, daß es selbst den Erfahrenen in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen eine gute Hilfe sein wird. Gerade die immer wiederholte Gegeneinanderstellung von Geschwülsten und verschiedensten entzündlichen Erkrankungen ist von hohem Werte. Den zuerst behandelten Chondromen läßt R. eine Besprechung der Knochencysten folgen. Letztere können das Endresultat verschiedener Erkrankungen sein; speziell hat man zwischen den Solitärcysten — ätiologisch wahrscheinlich den Geschwülsten zuzurechnen und am meisten den Enchondromen ähnelnd — und den meist mehrfachen Cysten der Ostitis fibrosa zu unterscheiden. Bei den Exostosen erwähnt Verf. einen Fall späterer bösartiger Umwandlung. Den breitesten Raum nimmt, wie natürlich, die Schilderung der Sarkome ein. Die vielfach vorgenommene Röntgenographie von Querschnitten exstirpierter Geschwülste ergab eine viel bessere Erkennung ihres Ausgangspunktes. Danach wird man zweckmäßig, Ribbert folgend, nicht von vornherein zwischen periostalen und myelogenen Sarkomen unterscheiden, sondern nach der Ausbreitung zwischen zentralen und peripheren. Die meisten entstehen aus der Spongiosa der Diaphyse. Als seltene Lokalisationen gibt R. Bilder von Sarkomen des Talus und Metatarsus.

Auch den Karzinomen sind einige Bilder gewidmet. Bei der Besprechung der entzündlichen Erkrankungen, Osteomyelitis, Tuberkulose, Syphilis wird durch Gegenüberstellung immer wieder gezeigt, wie sich ihre Bilder voneinander und von denen der Geschwülste unterscheiden. Freilich wird auch bei sorgfältigstem Studium derselben noch mancher Fall übrig bleiben, der eine sichere Differentialdiagnose nicht stellen läßt.

Eine Wiedergabe der feineren Unterscheidungsmerkmale im Referate verbietet sich durch ihre Fülle. Ein Studium des Buches, welches wohl zum ersten Male dieses Gebiet so umfassend behandelt, erscheint demnach als angenehme Pflicht jedes Chirurgen.

Renner (Breslau).

---

26) **M. B. Ware.** Radiograms of syphilis of the long bones.
(Journ. of cutan. diseas. 1907. November.)

Auf dem sechsten dermatologischen internationalen Kongreß im September 1907 in Neuyork hat W. eine große Anzahl von Röntgenogrammen demonstriert, die er von Syphilitikern bei spezifischen Erkrankungen der langen Röhrenknochen entnommen hat. Er faßt seine Auffassung in einem Autoreferat in folgender Weise zusammen:

Ein typischer Befund in den Röntgenbildern ist eine kreisförmige Verdickung des Periosts und hier eine Vermehrung des Schattens, der durch proliferative Veränderungen in den Knochen hervorgerufen wird. Sie ist scharf lokalisiert und setzt sich genau gegen das gesunde Gewebe der Umgebung ab. Die Stärke des Schattens führt dazu, einen Herd von Kalksalzen im Periost anzunehmen. Daneben finden sich durchsichtige Flächen, in denen der Schatten in der Corticalis vermindert ist und in denen die Wahrscheinlichkeit eines Gummas vorliegt, also wohl eine Absorption der Knochensubstanz stattgefunden hat. Ist die Corticalis entzündlich mit ergriffen, so ist der Schatten diffuser und seine Umrisse sind in größerer Ausdehnung unregelmäßig; er kann so weit in das Knochenmark hineinreichen, daß dieses zu verschwinden scheint. Der Schatten der gesunden, nicht beteiligten Teile des Knochens ist bei Syphilis im klaren Bilde erhalten, was bei anderen Erkrankungen nicht der Fall zu sein pflegt. So markieren sich im Bilde deutlich die verschiedenen Vorgänge, welche die Syphilis im Knochen erzeugt, einmal nach der hyperplastischen Richtung hin, in einer Wucherung der Knochensubstanz und einer Vermehrung des Schattens, und ein anderes Mal nach der rarifizierenden Richtung hin in einem Verschwinden des Schattens und in einer größeren Transparenz. Wenn auch die einzelnen Bilder sehr klar erscheinen können, so kommen doch Zwischenstufen vor, bei denen Unterscheidung zwischen tuberkulösen und syphilitischen Affektionen nicht leicht und einfach ist. Das muß Verf. dann doch schließlich selbst in seiner Endbemerkung zugeben. **Harttung** (Breslau).

---

27) **Ménard.** Étude sur la coxalgie. 438 S. Mit 208 Textabbildungen und 26 Röntgentafeln.
Paris, **Masson & Co.,** 1907.

Das vorliegende Werk bringt auf 438 Seiten eine umfassende monographische Darstellung der Hüftgelenkstuberkulose. Es zerfällt in einen anatomischen, klinischen und therapeutischen Teil, deren jeder zahlreiche instruktive Abbildungen aufweist. Den Abschluß des Werkes bilden 26 ausgezeichnete und vorzüglich wiedergegebene Röntgenbilder von gut ausgeheilten Tuberkulosen, die den Grundgedanken des Verf.s illustrieren, der dahin geht, daß »eine beträchtliche Anzahl tuberkulöser Hüftgelenksentzündungen ohne Störung der Funktion und mit vollkommener Erhaltung des Gelenkes ausheilen kann, wofern man nur die Behandlung mit der Länge der Dauer und dem Verlaufe der

Krankheit in Einklang zu bringen versteht.« M. gibt zwar selbst zu, daß zurzeit diese günstigen fehlerlosen Heilungen noch sehr vereinzelt sind, aber er führt das darauf zurück, daß »die medizinische Welt die langwierige Dauer des Leidens und die Notwendigkeit einer langen Behandlungsdauer nicht zugeben will«. Ob und wie weit dieser Satz für die französischen Verhältnisse zutreffend ist, entzieht sich hier der Beurteilung.

Das Werk M.'s verdient zweifellos weit über den Kreis seiner Landsleute hinaus Beachtung. Angenehm berührt die ruhige und sachliche Darstellungsweise, die sich vorteilhaft von jener apodiktischen Schreibweise abhebt, der man nicht so selten in der neueren französischen Literatur begegnet. Bringt es im wesentlichen für uns auch nichts, was nicht schon längst in unseren klassischen Tuberkulosewerken niedergelegt ist, so macht es allein schon der Umstand bemerkenswert, daß hier ein Chirurg seine Erfahrungen und Anschauungen mitgeteilt hat, der als langjähriger Leiter des bekannten Seehospitals in Berc-sur-mer unter außerordentlich günstigen Verhältnissen den Kampf gegen die Hüftgelenkstuberkulose aufzunehmen in der Lage ist. Aus diesem Grunde dürfte es besonders interessieren, daß M. trotz aller Betonung seines konservativen Standpunktes gezwungen war, bei einer Gesamtzahl von 1361 Fällen, die in einem Zeitraume von 10 Jahren zur Behandlung kamen, 268mal operativ vorzugehen; und zwar wurde in 24 Fällen die Resektion ausgeführt; bei letzteren mußte sekundär noch 16mal exartikuliert werden. Diese Zahlen sprechen namentlich unter Berücksichtigung der Verhältnisse und des Standpunktes des Verf.s doch eine sehr deutliche Sprache. Bezüglich weiterer Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden.

Deutschländer (Hamburg).

---

28) **Mauclaire** et **Olivier.** La coxa valga et ses variétés.

(Arch. génér. de chir. Bd. II. Hft. 1.)

Verff. bringen eine ausführliche Zusammenstellung der bisher über die Coxa valga berichteten Tatsachen und bereichern gleichzeitig die Kasuistik des Krankheitsbildes durch 16 neue Fälle. Die Bezeichnung Coxa valga wird einzig und allein für jene Schenkelhalsdeviationen gewählt, bei denen neben der abnormen Stellung des Schenkelhalses eine Abduktion und Außenrotation der ganzen unteren Extremität vorhanden ist.

Die abnorme Stellung des Schenkelhalses kann anatomisch in der verschiedensten Weise bedingt sein. Hypoflexion, Hypoflexion und Ante- oder Retroversion, Hyperflexion und Hyperflexion mit Ante- oder Retroversion kommen in Frage.

Für die Pathogenese sind angeborene Entwicklungsfehler, Knochenerkrankungen (Osteomyelitis, Achondroplasie, Rachitis, Exostosen, Tuberkulose), ferner Traumen und statische Mißverhältnisse als wesentlich zu betrachten. Besonders betont wird der Einfluß der angeborenen Hüftverrenkung, der zuerst von deutschen Autoren (Dreh-

mann) hervorgehoben wurde. Bei den statischen Mißverhältnissen wird die Häufigkeit des Vorkommens der Coxa valga bei Hydrocephalus erwähnt. Zur Therapie wird in erster Linie die Immobilisation durch redressierende Gipsverbände empfohlen, sofern es sich um primäre Veränderungen handelt.

Einige schematische Figuren und eine erschöpfende Literaturangabe vervollständigen die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

---

29) **R. Wilmanns.** Ist bei spontaner Gangrän der Extremitäten prinzipiell hoch zu amputieren?

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 556.)

Zu dieser Frage ergiebt zunächst eine Statistik über 174 operierte Fälle von präseniler, seniler und diabetischer Gangrän:

Primär, oberhalb des Kniegelenks amputiert: 64; † 27; geheilt 37 Fälle.

Unterhalb des Kniegelenks amputiert: 110; † 24; nachamputiert 21; geheilt 86 Fälle.

Diese Zahlen zeigen, daß bei tiefer Amputation die Gefahr der Nachgangrän zwar groß ist, aber auch konservative Eingriffe zu Heilung führen.

Den Entscheid darüber, ob im konkreten Falle hoch oder niedrig zu amputieren ist, kann nicht der Nachweis von der Durchgängigkeit oder vom Verschluß der A. poplitea erbringen; denn es können einerseits bei völligem Verschluß der Poplitea Kollateralen genug bestehen, die zur Aufrechterhaltung der Zirkulation ausreichen, wie insbesondere die Fälle demonstrieren, in denen der Verschluß der Arterie nachweisbar viel älter ist als der Beginn der Gangrän; andererseits kann die Gangrän nach der Amputation trotz der Durchgängigkeit der Poplitea fortschreiten, wie in einem Falle Goldmann's wegen Venenthrombose.

Die spontane Gangrän beruht auf einer Zirkulationsinsuffizienz, deren Folgen sowohl von dem Verhalten der Herzkraft als auch von den lokalen Veränderungen der Gefäße, und zwar nicht ausschließlich der Arterien, sondern auch der Venen, abhängen. In jedem Falle erstreckt sich die Zirkulationsstörung weit über die Grenze der Demarkation. Es ist daher konsequent, prinzipiell hoch zu amputieren, aber inkonsequent, sich dabei nach dem Verhalten der Art. poplitea zu richten.

Verf. hält aber auch ein konservatives Verfahren für gerechtfertigt, weil er glaubt, daß man aus der Bestimmung der Herzkraft einerseits und der Art der Demarkation andererseits den Gesamtzustand der Zirkulation beurteilen und daraus die erlaubt tiefste Amputationsstelle bestimmen könne. Erfolgt die Demarkation rasch und bestimmt, so ist jenseits eine genügende Kompensation der Zirkulationsstörung vorhanden, erfolgt sie langsam, unbestimmt oder gar nicht, so liegt eine schwere Zirkulationsschädigung vor, die zu hoher

Amputation zwingt. Eine Besserung der Herzkraft vor der Operation ist in jedem Falle für den Erfolg von großem Belang.

In einem nach diesen Prinzien behandelten Falle von doppelseitiger Spontangangrän führte die Unterschenkelamputation zur Heilung. **Reich** (Tübingen).

---

30) **B. P. Jenochin.** Zur Kasuistik der Hüftexartikulationen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

In der vorantiseptischen Zeit betrug die Mortalität 70%; sie ist bis auf 22% gesunken. W. J. Rasumowski (Kasan) operiert in der Weise, daß er zunächst die Art. und V. iliaca externa unterbindet, wobei zugleich suprapoupartische Drüsen entfernt werden. Es folgt von einem neuen Schnitt Ligatur der Art. und V. cruralis. Dieser letzte Schnitt wird nach innen und außen verlängert. Die Weichteile werden Schnitt für Schnitt, unter sorgfältiger Ligatur sämtlicher Gefäße, durchtrennt. Der Blutverlust ist so minimal. Die Auslösung des Femurkopfes ist der letzte Akt.

R. hat nach diesem Plane zwei junge Männer (23 und 28 Jahre alt) mit ungeheuren (Photographien!) Oberschenkelsarkomen operiert. Beide haben die Operation gut überstanden.

V. E. Mertens (Breslau).

---

31) **Ferguson.** Excision of the knee-joint.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. schildert sein Verfahren der Kniegelenksresektion, die er vor allem bei der tuberkulösen Entzündung der Erwachsenen für indiziert erachtet. Der Hautschnitt verläuft bogenförmig an der Außenseite des Gelenkes. Die Kniescheibe und Quadricepssehne wird geschont und zur Seite gezogen. Bei der Exzision der Kapsel ist methodisches Vorgehen von oben nach unten nötig, die Gelenkausstülpungen am hinteren Umfang von Tibia und Fibula müssen besonders berücksichtigt werden. Die Knochen werden bogenförmig angefrischt, einzelne Knochenherde ausgekratzt. Alles tuberkulös erkrankte Gewebe wird nach seiner Freilegung mit Karbolsäure verätzt, Messer und Schere häufig gewechselt, um Infektion zu vermeiden. Nach der Resektion werden die frischen Wundflächen mit Jodoformemulsion abgerieben, einige Silkwormfäden dienen zur Drainage. Die Knochen werden nicht durch Naht vereinigt, ein gut angelegter Schienenverband (Macewen) hält das Bein in guter Stellung.

Für die Nachbehandlung muß betont werden, daß Pat. mindestens 6 Monate lang unter ärztlicher Aufsicht sein muß; so lange soll eine Knieschiene getragen werden. **Strauss** (Nürnberg).

---

32) **A. le Dentu** et **P. Delbet.** Nouveau traité de chirurgie. IX. Muscles, Aponévroses, Tendons, Tissus péritendineux, Bourses séreuses par L. Ombrédanne. 198 S.

Paris, **J. B. Baillière et fils,** 1907.

Die vorliegende Monographie erscheint als der 9. Band des von le D. und D. herausgebenen Handbuches der Chirurgie (s. d. Zentralblatt 1907 Nr. 31) und soll, wie einleitend bemerkt wird, besonders die neu gewonnenen Tatsachen sowie die persönlichen Anschauungen des Verf. zum Ausdruck bringen.

Die klare und fesselnde Darstellungsweise O.'s macht die Lektüre des Buches zu einem Genuß, und die Abhandlungen über Muskelrupturen, Muskelhernien und Muskelosteome müssen als klassisch bezeichnet werden.

Bezüglich der Entstehung der Muskelosteome ist O. der Ansicht, daß die Mehrzahl derselben aus dem Muskelbindegewebe, vielleicht aus der zertrümmerten Muskelfaser selbst entsteht und nur eine Minderheit periostalen Ursprungs ist. Aus dem Kapitel über die Erkrankungen des peritendinösen Bindegewebes und der Sehnenscheiden wäre zu erwähnen, daß O. der Bier'schen Stauung bei der Behandlung der Sehnenscheidenphlegmonen keinen Vorzug vor den älteren Methoden zugestehen will. Besonders klar und prägnant ist wieder der Abschnitt über die Sehnenscheidentuberkulose geschrieben; die Reiskörperchen entstehen nach O. durch Coagulationsnekrose aus der innersten Schicht der Sehnenscheide; der primäre Fungus der Sehnenscheiden ist selten; denn sehr oft handelt es sich um einen primären tuberkulösen Knochenherd, der in das peritendinöse Gewebe durchgebrochen ist; die empfohlene Behandlung entspricht den in Deutschland üblichen Grundsätzen. Bei den Erkrankungen der Schleimbeutel sind die neueren Arbeiten in Deutschland, besonders auch die von unseren bisherigen Anschauungen abweichende Erklärung Langemak's bezüglich der Entstehung der Hygrome, eingehend berücksichtigt.

Auf alle Einzelheiten einzugehen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten; es muß auf das Buch selbst verwiesen werden, welches eine wertvolle Bereicherung der chirurgischen Literatur darstellt.

Boerner (Rastatt).

Kleinere Mitteilungen.

Eine neue Schere.

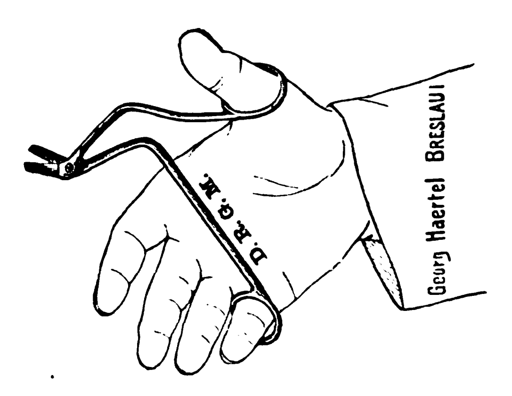
Von

Dr. Victor E. Mertens,
Chirurg in Kiel.

Nicht umsonst wird an der Ausbildung unseres instrumentellen Rüstzeuges immerfort gearbeitet. Zielbewußte Sicherheit bei der Arbeit darf der Kranke stets von uns verlangen. Oft hängt der Erfolg aber auch von der Schnelligkeit unserer Arbeit ab in dem Sinne, daß die Dauer des Eingriffes eine möglichst kurze ist.

Zu dem Ende werden besonders die, denen es nicht gegeben ist, das Tempo ihrer Arbeit zu beschleunigen, danach trachten müssen, die Zahl ihrer Handgriffe nach Möglichkeit herabzusetzen, was zum Teil durch geeignete Instrumente erreicht werden kann.

Es gibt Operationen, bei denen der Operateur alle Augenblicke die Schere braucht. Addiert man die Zeit, die das Weglegen und Wiedernehmen erfordert, so ergibt sich eine merkbare Verzögerung. Daraus dürfte das Bedürfnis nach einer Schere entsprungen sein, die man in der Hand behalten kann, auch wenn man sie momentan nicht braucht. Eine solche Schere ist die Kocher'sche Ligaturschere, an die z. B. Ehrhardt vor einiger Zeit in diesen Blättern erinnert hat, und die auch das Urmodell der zu beschreibenden Schere ist. Mir ist nicht bekannt, in welcher Weise Kocher selbst seine Schere handhabt. Ich habe sie derart anwenden sehen und auch selbst angewandt, daß der Arbeitende den kleinen Finger in den Ring des langen Schenkels steckt und die Schere quer in der Hand ruhen läßt. Zum Schneiden wird der Daumen durch den Ring des kurzen Schenkels gesteckt. Nach erfolgtem Schnitte gleitet der Ring vom Daumen, und die Schere fällt in die Hand zurück.



Dem gegenüber ist meine Schere so gebaut, daß sie in jedem Moment ohne vorbereitende Hilfsbewegung schnittbereit ist. Wie aus der leider nicht sehr plastischen Zeichnung hervorgeht, liegt der Ring des langen Schenkels auf der Grundphalanx des fünften Fingers, der Ring des anderen am Metacarpophalangealgelenk des Daumens. Der kleinere Schenkel ist am Knick derart gebogen, daß der Ring und das anliegende Schenkelstück aus der Hauptebene des Instrumentes heraustreten. Dadurch wird erreicht, daß die Schere mehr in der Hohlhand liegt und die Bewegungen der Finger nicht beeinträchtigt. Wenn die Schere geschlossen ist, kann der Daumen mit den Spitzen der übrigen Finger in Berührung gebracht werden, mit anderen Worten: man kann zugleich mit anderen Instrumenten arbeiten, als hätte man die Schere gar nicht in der Hand. Will man aber schneiden, so genügt eine kleine Bewegung mit dem Daumen, um die schneidenden Blätter zu öffnen und zu schließen.

Einige Vorzüge der Schere seien kurz zusammengefaßt: 1) der Operateur braucht nicht nach der Schere zu greifen oder sie sich reichen zu lassen, er hat sie ein- für allemal schnittfertig an der Hand. 2) Das schneidende Ende der Schere kommt mit nichts anderem in Berührung als mit zu durchtrennenden Fäden resp. mit dem Operationsfelde. 3) Sie schneidet nicht nur Fäden, sondern auch Gewebe, falls es nicht zu dick ist. Sie ist bequem zum Schlitzen der Fascien und zum stumpfen Trennen (Hernien!). 4) Sie erweist sich als sehr nützlich in der kleinen Chirurgie und bei beschränkter Assistenz.

Ich arbeite mit der Schere, die in mehreren Exemplaren verbreitet ist, seit $1^1/_2$ Jahren. Selbstverständlich ist sie wie jedes andere Instrument nicht überall verwendbar, aber bei vielen Gelegenheiten würde ich sie jetzt ungern missen. Ich denke, die Bekanntschaft dieser Schere wird manchem Operateur nicht unwillkommen sein.

Hergestellt wird das Instrument von Georg Haertel in Breslau-Berlin. Das Muster ist geschützt.

---

33) v. Réczey. Arbeiten aus der II. chirurgischen Universitätsklinik in Budapest (1907).

Selbstverlag.

In dem 446 Seiten umfassenden Bericht über die Jahre 1906—1907 finden sich mehrere wertvolle Originalarbeiten und statistische Zusammenstellungen, welche interessante Daten bieten. Nebst kasuistischen Beiträgen sind experimentelle Aufsätze in das Werk aufgenommen, die, anderwärts bereits erschienen, im Zentralblatt eingehende Besprechung fanden. Auf die verschiedenen Details des Jahresberichtes kann hier nicht eingegangen, doch hervorgehoben werden, daß die Bearbeitung des klinischen Materials als gelungen bezeichnet werden kann.

P. Steiner (Klausenburg).

34) E. Gergö. Über den wissenschaftlichen und praktischen Wert der Alexander'schen Röntgenbilder mit plastischer Wirkung. (Aus der Budapester I. chirurgischen Klinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Verf. hat das Alexander'sche Verfahren einer Nachprüfung unterzogen, deren Resultate im »Orvosi Hetilap 1907« veröffentlicht sind; hier unterzieht er nur drei Behauptungen Alexander's einer kritischen Würdigung und kommt zu dem Schluß, daß

1) schon die erste Röntgenplatte eine gewisse Plastik birgt;

2) daß die — übrigens nicht unbedingt erforderliche — Benutzung zweier Röhren keine Verzerrung veranlaßt;

3) daß in den endgültigen Bildern wirkliche Verhältnisse gezeichnet sind.

Somit sind die Alexander'schen Bilder in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung den gewöhnlichen weit überlegen. **Renner** (Breslau).

35) Porter and White. Multiple carcinomata following chronic X-ray dermatitis.

(Annals of surgery 1907.)

P. hat aus der Literatur zehn Fälle sammeln können, in welchen sich auf dem Boden eines durch Röntgenstrahlen hervorgerufenen Geschwüres ein Karzinom entwickelte. Er fügt einen elften, selbst beobachteten Fall hinzu. Es handelte sich um einen jungen Mann, bei dem sich nach Einwirkung einer weichen Röhre und naher Distanz derselben auf beiden Handrücken eine Hautentzündung zeigte. Nach und nach traten auf der Rückenfläche der Finger vereinzelte Geschwüre auf, die teilweise erfolgreich mit Exzision und Thiersch'scher Hautüberpflanzung behandelt wurden. Nur an beiden Ringfingern war diese Behandlung erfolglos; die Geschwüre hatten sich, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, in Karzinome verwandelt. Beide Finger wurden amputiert. Die Behandlung hatte bis zur Heilung, in diesem Falle 10 Jahre, gedauert, 25 kleinere Operationen waren notwendig.

In einem zweiten Falle, der ebenfalls näher beschrieben wird, entwickelte sich aus einem am rechten Ringfinger bestehenden Röntgengeschwür ein Sarkom; auch hier wurde der Ringfinger amputiert.

P. glaubt, daß die beste Behandlung der nach Röntgenstrahlen entstandenen und nicht heilenden Fissuren und Geschwüre in baldiger Exzision und Überpflanzung Thiersch'scher Lappen bestehe. Die Lappen müssen genau passen, P. bedeckt sie 24 Stunden mit Protektiv-Silk und bestreicht ihre Ränder mit Borsalbe.

Auf diese klinischen Teile folgen Beschreibungen und Zeichnungen mikroskopischer Schnitte, die aus 30 Fällen von Röntgendermatitis von White zusammengestellt sind. **Herhold** (Brandenburg).

36) G. Bolognino. Maligne Geschwülste und erysipelatöse Infektion.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 261.)

Ein nach Kastration rezidiviertes, ein jauchiges Geschwür der Leistengegend darstellendes Adenokarzinom des Hodens heilte vollkommen aus, nachdem sich an die

teilweise Exstirpation und Ausschabung ein schweres Erysipel angeschlossen hatte; ebenso ein rezidiviertes Rundzellensarkom der Achselhöhle. Es stießen sich während des Erysipels nekrotische Geschwulstteile ab, und tiefe Narben blieben zurück (Beobachtungszeit 20, resp. 13 Monate). B. glaubt die (nach Ausschabung) geringe Größe der Geschwulst und die Heftigkeit des Erysipels als wesentliche Momente bei der Heilung ansprechen zu können. **Goebel** (Breslau).

37) **Martini.** Sopra due casi di paraplegia consecutiva a trattamento coi raggi Roentgen de tumori maligni.

(Policlinico 1907. Sez. chir. Nr. 11 u. 12.)

M. sah 2mal nach Röntgenbestrahlung von großen Geschwülsten eine rasch zum Tode führende komplette Paraplegie auftreten. Im ersten Falle war ein großes Sarkom der Brustwand, im zweiten ein Lymphosarkom des Halses beobachtet worden. Beide Geschwülste hatten sich rapid verkleinert, und nach 15 resp. 30 Bestrahlungen begann die Lähmung. Die Sektion zeigte, daß die wahre Geschwulst äußerlich verschwunden war, nach innen aber noch auf die Lunge übergriff. Das maligne Lymphom war vollkommen geschwunden und hatte nur Narbengewebe hinterlassen. Im Mark fand sich frische, weiche Erweichung; M. bezieht dieselbe auf toxische Einwirkung von Produkten des Zerfalles aus den rapid eingeschmolzenen Geschwulstzellen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

38) **Herxheimer und Hübner.** Zehn Fälle von Mycosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie dieser Krankheit.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 241.)

Über zehn Fälle von Mycosis fungoides berichten Verff. Sie benutzten die Fälle, um neue histologische und therapeutische Erfahrungen zu sammeln. Sie halten das Zellinfiltrat bei Mykosis für spezifischer Natur; die kleinen runden Zellen unterscheiden sich von Lymphocyten durch den größeren Protoplasmaleib mit deutlicher Netzzeichnung und die Vielgestaltigkeit und z. T. schwächere Tingierbarkeit der Kerne. Die Röntgenstrahlen sollen direkt auf diese spezifischen Elemente wirken und sie zu zerstören imstande sein. Im übrigen empfehlen Verff. energisch die kombinierte Behandlung mit Arsen und Röntgenstrahlen, wollen damit, wenn rechtzeitig angewandt, teils Heilung, teils bedeutende Besserung der Krankheit erzielt haben. **M. Winkler** (Luzern).

39) **Radaeli** (Firenze). Emoangioendotelioma multiplo della cute con alterazioni multiple dello scheletro.

(Archivio di biologia normale e patologica Bd. V. 1907.)

Der Fall betrifft ein 10jähriges Mädchen, dessen Leiden seit 4 Jahren besteht. Die linke Hand zeigte verschiedene erbsengroße subkutane, teils warzenartig hervortretende Geschwülste an den Fingern und an der ulnaren Seite der Hohlhand, die mikroskopisch den Bau des Hämangioendothelioms aufwiesen. Die Haut der ganzen Hand war weiß, wachsartig glänzend und etwas verdickt, etwa an eine myxödematöse Beschaffenheit erinnernd; ihre Temperatur und Schweißsekretion etwas erhöht. Die einzelnen Finger waren wurstförmig verdickt. Das Röntgenbild zeigte eine konzentrische Verdickung der Grundphalangen besonders an deren Köpfchen. Nach Exstirpation rezidivierten die Hautgeschwülste, und während der Beobachtungszeit bildete sich sogar eine neue Geschwulst am Ellbogen. Die Röntgenbehandlung führte zu keiner nennenswerten Besserung.

R. nimmt an, daß die Bildung der Geschwulst und die Knochenaffektion zwei parallel laufende Prozesse auf gemeinsamer Basis seien. Eine nähere Erklärung vermag er nicht zu geben, auch die Literatur weist wenig ähnliche, keinen analogen Fall auf. — Drei schöne Tafeln illustrieren die interessante Beobachtung des Verf. **A. Most** (Breslau).

40) **Delherm.** La fulguration dans un épithélioma cutané. Résultats deux ans après.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 4.)

Im Jahre 1902 bemerkte der damals 59jährige Pat. 1 cm unterhalb des unteren Lides eine schwärzliche Erhebung, die sich von Zeit zu Zeit mit einer Kruste bedeckte. Allmählich wurde die Ulzeration größer und erreichte den Lidwinkel. Verschiedene Ärzte hatten ihn indifferent behandelt. Schließlich, als die Geschwulst den Lidrand zu zerstören drohte, entschloß man sich zur Operation. Vorher wurde noch ein Versuch mit Röntgenbestrahluug gemacht, nach dessen Fehlschlagen D. mit hochfrequenten und hochgespannten Strömen vorging (»faire de la haute frequence«). Schon nach der ersten Sitzung verkleinerte sich die Geschwulst, nach fünf Sitzungen — im ganzen — war jede Spur des »Switheliome« am 25. August 1905 verschwunden.

Am 15. Januar 1908 hat D. den Mann nachuntersucht und die Haut absolut normal gefunden bis auf eine ganz geringe Rötung. **V. E. Mertens** (Kiel).

41) **A. Ravogli.** Elephantiasis infolge von Syphilis.

(Journ. of cutan. diseas. 1907. Februar.)

Verf. konstatiert zunächst, daß die in Amerika beobachteten Fälle von Elephantiasis keine Beziehung hätten zur Filariasis, doch sehr oft zu Syphilis. Bei dem von ihm beschriebenen Falle handelte es sich um einen Neger, bei dem nach fast erfolgloser Behandlung mit Hg und JK die elephantiastischen Veränderungen operativ beseitigt werden mußten. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kommt R. zu dem Schluß, daß es sich bei Elephantiasis um einen chronisch entzündlichen Prozeß handele, wie dies besonders aus dem Nachweis von Mast- und Plasmazellen hervorgehe. Stase bedingt durch Narben, Entfernung von Lymphdrüsen gäbe nur den Nährboden ab für das entzündungserregende Agens, ob es nun die Spirochäte sei, oder Staphylokokken, Streptokokken usw. Bei der Syphilis sei die kleinzellige Infiltration auch eine Ursache für die Blutstauung in den Gefäßen. Ein Pendant zur Elephantiasis sei das Oedema induratum.

Engmann (Diskussion) führt die Elephantiasis aber auf sekundäre Infektion durch Strepto- und Staphylokokken zurück. **Grosser** (Breslau).

42) **A. Schucht.** Zur Kenntnis der diphtheritischen Hautentzündungen, besonders der durch alte Diphtheriebazillen hervorgerufenen.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXV. p. 105.)

In 3 Fällen von Ulzerationen in der Genito-Analgegend konnte S. echte Diphtheriebazillen als Erreger konstatieren. In einem Falle von Ekthyma infantile und in einem syphilitischen Geschwür konnten ebenfalls Diphtheriebazillen festgestellt werden, deren Bedeutung für die betreffenden Fälle aber nicht entschieden werden konnte.

S. glaubt, daß es möglich sei, klinisch die Diagnose Hautdiphtherie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu stellen; er legt dabei besonderen Wert auf die unregelmäßige Form der Geschwüre, den diphtherischen Belag, die leicht infiltrierten steil abfallenden Ränder und die Lokalisation (Genitalien, untere Bauchgegend, Leistenbeuge, Innenseite der Oberschenkel, große Labien usw.).

M. Winkler (Luzern).

43) **A. B. Slater.** A case of »diphtheria of the skin« of three years duration, treatet by antitoxin.

(Lancet 1908. Januar 4.)

Verf. beeinflußte mit bestem Erfolg einen Fall von Hautinfektion des Klebs-Löffler'schen Bazillus mit Diphtherieserum (B., W. & Cie.). Die Lokalisation des Leidens war der Reihe nach: Augen, Vulva und nach dem die ganze Haut. Es bildete sich an den erwähnten Stellen ein herpesartiger Ausschlag, den Verf.

als Resultat einer peripheren, durch die Bazillentoxine bewirkten Neuritis ausspricht. Das 13jährige Mädchen, das bereits 3 Jahre an der Erkrankung gelitten hatte, ist zweimal abgebildet: einmal vor der Behandlung, einmal, nachdem 7000 Immunisationseinheiten eingespritzt waren. Der Unterschied in dem Äußeren des Kindes ist ein erheblicher. Die Behandlung dauerte 20 Tage.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

44) **Axhausen.** Histologische Untersuchungen über Knochentransplantationen am Menschen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 388.)

A.'s aus der Helferich'schen Klinik in Kiel hervorgegangene Arbeit beansprucht besonderes Interesse, da sie Untersuchungen beschreibt, die eine gelungene Einpflanzung frisch entnommenen und von Periost gedeckten Knochengewebes am Menschen nach 51tägigem Bestehen zum Gegenstand haben. Bei einem 19jährigen kräftigen Manne war wegen Tuberkulose das distale Ende des ersten Mittelfußknochens nebst dem proximalen Gelenkende der Großzehengrundphalanx reseziert und in die Lücke ein der vorderen Tibiakante des Pat. im Zusammenhange mit Periost entnommenes Knochenstück mittels Einschiebung in die Markhöhle der beiden Knochenresektionsstümpfe eingepflanzt. Der Knochen heilte schön ein, doch mußte wegen Auftretens der Tuberkulose in anderen Metatarsalknochen der Fuß amputiert werden, womit das Präparat zur Untersuchung gewonnen ist. Die zahlreichen angefertigten Präparate bestätigten zwar Barth's Angaben, wonach transplantierter Knochen abstirbt und der tote Knochen durch neuen lebenden Knochen ersetzt wird, sie bewiesen aber auch, daß das mitüberpflanzte Periost lebend und produktionsfähig bleibt, und daß wahrscheinlich auch nicht das ganze Knochenmark abstirbt, ein Ergebnis, das mit Angaben von Radzimowsky und Sultan übereinstimmt. Richtig ist, daß das eingepflanzte abgestorbene Knochenstück allmählich durch neugebildetes Knochengewebe ersetzt wird, aber als Quelle dieses Ersatzes kommt in erster Linie das mitüberpflanzte Periost in Betracht, in zweiter Linie erhaltene Teile des mitüberpflanzten Knochenmarkes und erst in dritter (aber auch nur bei Transplantation in ein ossifikationsfähiges Lager) die knochenbildenden Gewebe dieses Lagers (Periost und parostales Gewebe). Aus diesen Ergebnissen folgt klinisch-praktisch, daß die Einpflanzung lebender Periost-Knochenstücke derjenigem von mazeriertem Knochen unbedingt überlegen und vorzuziehen ist.

Bezüglich der Details der histologischen Beschreibung wird auf das Original verwiesen; rühmend hervorzuheben sind fünf kolorierte Abbildungen, die, besonders charakteristische und beweiskräftige Präparate wiedergebend, ganz vorzüglich ausgeführt sind und den Beschauer ausreichend orientieren. Die einschlägige Literatur ist im Texte der Abhandlung besprochen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **Meurer.** Erfahrungen über die Jodoformknochenplombe nach Mosetig-Moorhof.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 215.)

Auf der Marwedel'schen Abteilung wurden genau nach Mosetig's Vorschriften Versuche mit der Jodoformknochenplombe mit befriedigendem Resultat angestellt. Es wurden ausgeführt: 9 Plombierungen bei Osteomyelitis chronica mit 3 Mißerfolgen und 6 Heilungen (davon 3 per prim. int. geheilt, 3 mit geringer Plombenabbröckelung); 14 Plombierungen bei Knochentuberkulose mit 1 Mißerfolg und 12 Heilungen (8 per prim. int., 4 mit leichter Abbröckelung); 21 Plombierungen bei Gelenk- und Knochentuberkulose mit 5 Mißerfolgen, 15 Heilungen (13 per prim. int. und 2 mit leichter Plombenabbröckelung); 1 Plombierung bei Knochenlues, geheilt.

Es sind also im ganzen 45 Plombierungen mit 34 Heilungen. Der Erfolg der Plombierung hängt wesentlich davon ab, ob man die Knochenplombe in eine

geschlossene Höhle legen kann. Aber selbst bei Fisteln kam es zur Einheilung, wobei außerdem die nur seröse Sekretion auffiel. Bei 2 Fällen allerdings beobachtete man eine vorübergehende Jodoformintoxikation.

Verf. sieht in der Methode ein sehr wertvolles Mittel, um Defekte im Knochen rasch zur Heilung zu bringen. Die Plombierung eignet sich in erster Linie zur Ausfüllung tuberkulöser Knochenherde bei ostitischen Prozessen mit und ohne Gelenkerkrankung.

Die Anwendung der Plombe ermöglicht bei Gelenkresektionen ein sehr schonendes Vorgehen, da es in der Regel genügt, die dünne Knorpellamelle abzutragen, die tiefer reichenden Herde in den Gelenkstümpfen auszubohren und zu plombieren. Ein Ausgießen des Gelenkspaltes selbst mit Plombenmasse ist bei Knie- und Ellbogenresektionen zu widerraten. Bei osteomyelitischen Knochenhöhlen empfiehlt es sich, die Plombierung erst im chronischen Stadium vorzunehmen, und zwar bei noch stark eiternden Fällen erst nach mehrtägiger offener Tamponade der freigelegten und gesäuberten Höhlen. **Reich** (Tübingen).

46) **Palagi.** Sulla sinostosi radio-ulnare superiore.

(Arch. di orthopedia 1907. Nr. 4.)

Angeborene Synostose zwischen den oberen Enden der Vorderarmknochen bei einem jetzt 15jährigen Mädchen. Die linke Hand steht in Pronation. Supination unmöglich, Ellbogenbewegungen frei. Das Radiusköpfchen ist unvollkommen entwickelt; die Synostose betrifft eine 6 cm lange Strecke. Die Ulnardiaphyse ist im ganzen schmaler als auf der gesunden Seite.

P. legte unterhalb der Verwachsung eine künstliche Pseudarthrose an und verpflanzte den Supinator brevis zwischen den äußeren Rand des Radius und die Sehnen der beiden Radialis externi auf die Sehne des Supinator longus.

Nach $^1/_2$ Jahr war passiv bei rechtwinklig gebeugtem Ellbogen eine gute Supination, aktiv nur teilweise zu erzeugen. Der Arm war vollkommen gebrauchsfähig.

P. stellte 33 Beobachtungen zusammen. In manchen bestand Verrenkung des Capitulum. 3 Fälle sind operiert, man suchte die Ankylose zu trennen und durch Resektion oder Interposition von Metall oder Muskelsubstanz eine Wiederverwachsung zu verhüten. Die Resultate waren nicht zufriedenstellend.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

47) **M. Haedke.** Volare Luxation der Ulna im distalen Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 429.)

Ganz kurze kasuistische Mitteilung. Die 63jährige Pat. hatte die Verletzung, gelegentlich Hausfriedensbruches herausgeworfen, der Art erlitten, daß ihre linke Hand, an deren Handgelenk sie gepackt war, dauernd proniert wurde, während sie durch heftige Gegenbewegung reagierte. Die Art der Verletzung war leicht diagnostizierbar, die Verrenkung auch unschwer reponibel, doch kehrte die Ulna stets in die Verrenkungsstellung zurück. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

48) **C. Schlatter.** Subkutane Sehnenzerreißungen an den Fingern.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 317.)

S. veröffentlicht eine ganze Reihe im Laufe eines einzigen Jahres gemachter Beobachtungen subkutaner Sehnenzerreißungen an den Fingern, die schon durch ihre verhältnismäßig große Zahl interessieren, indem sie die im allgemeinen unterschätzte Häufigkeit dieser Verletzungen beweisen, dann aber auch wegen wiederholter erfolgreicher operativer Behandlung, und weil teilweise seltener von der Verletzung betroffene Sehnen in Frage kommen, von Bedeutung sind. Am häufigsten (in S.'s Fällen 9mal vertreten) ist die Abreißung der Streckaponeurose am Nagelgliede. Sie kann durch auffallend geringfügige Traumen (leichtes Anstoßen gegen die Fingerspitze) zustande kommen, kommt, was leicht verständlich, häufiger rechts und mit Vorliebe am dritten, als dem längsten Finger vor. Die Verletzung tritt verschieden schwer auf; bisweilen ist ein Stückchen Knochen herausgerissen,

bald ist nur der mittlere Teil der Aponeurose durchtrennt, bald auch die seitlichen Faserungen, Verhältnisse, welche ähnlich wie beim Kniescheibenbruch für die Möglichkeit der spontanen Heilung von Bedeutung sind. Daß letztere möglich ist, ist genugsam bewiesen, doch schreibt S. dem operativen Behandlungsverfahren die Überlegenheit zu. Die Operation geschieht unter Lokalanästhesie, am besten mittels Ablösung eines Hautlappens vom distalen Interphalangealgelenk, das meist eröffnet sein wird, Catgutnaht der Sehne usw. Es folgt ein Fall von der selten vorkommenden Abreißung der Sehne von der Mittelphalanx, erfolgreich operiert, und eine subkutane Abreißung des Extensor pollicis longus in der Gegend der Tabatière. Der Fall war etwas veraltet, und konnte der stark retrahierte zentrale Sehnenstumpf nicht mit dem peripheren zusammengebracht werden. S. half sich damit, daß er die Sehne des Extensor carpi radialis longus von ihrer Insertion am II. Mittelhandknochen ablöste und mit dem peripheren Stumpf der Daumensehne vernähte — mit bestem Erfolge. Der letzte Fall betrifft einen Riß der Sehne des Flexor digitorum profundus am Kleinfinger, entstanden beim Reiten eines unruhigen Pferdes, wobei Pat., sich mit der linken Hand am Sattel haltend, durch einen Stoß des Pferdes einen plötzlichen Schmerz verspürte. Die Nagelphalanx konnte nicht flektiert werden, in der Hohlhandfläche war eine empfindliche Stelle vorhanden. Hier wurde eingegangen, die Sehnenscheide geöffnet, aber leer gefunden. Doch erschien bei kräftigem Ausstreichen die abgerissene Sehne, und zwar interessanter Weise als Schlinge mit zentralwärts umgeschlagenem Stumpf (cf. Abbildung). Entwicklung des Sehnenstumpfes, der mit der ihm angeschmiegten Sehne bereits leicht fibrinös verklebt war. Inzision an der Nagelphalanx, Durchschiebung einer Sonde von hier aus durch den Sehnenscheidenkanal nach der Handtellerwunde, in der der zentrale Sehnenstumpf an die Sonde befestigt und durch den Sehnenscheidenkanal zur Mittelphalanx geführt wird, um hier an der richtigen Ansatzstelle befestigt zu werden. Glatte Heilung, zunächst noch geringe Beweglichkeit, die aber in 2 Monaten recht gut wurde. Die eigentümliche Lagerung der abgerissenen Sehne mit schlingenförmiger Zurückschlagung (ähnlich bereits 1mal von Sick beobachtet), erklärt sich dadurch, daß der Sehnenriß bei stärkster Fingerbeugung, also weitester Zurückziehung der Sehne erfolgte, worauf die nachfolgende Muskelentspannung zur Schlingenbildung führte. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 17 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

49) **A. Chalier** et **V. Cordier.** Tuberculose inflammatoire. Rétraction des aponévroses plantaires et palmaires d'origine tuberculeuse.

(Lyon méd. 1908. Nr. 4.)

Der Fall bietet Interesse durch die bisher noch selten beschriebene Retraktion der Plantarfascie, welche der bekannten Dupuytren'schen Kontraktur an der Hand analog ist, und die Verff. vorschlagen, nach Ledderhose zu nennen, der sie zuerst zusammenhängend beschrieben habe. Es handelte sich um einen 55jährigen tuberkulösen Mann, bei dem sich eine derbe Verdickung der Plantarfascie beider Füße, und zwar in typischer Weise nur auf der medialen Hälfte der Fußsohle, entwickelt hatte, die aber die Streckung der Zehen noch nicht vollkommen verhinderte. Ätiologisch soll häufig Tuberkulose in Frage kommen.

Boerner (Rastatt).

50) **Wörner.** Zur Frage der Luxatio centralis femoris.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 185.)

Verf. beobachtete vier Fälle von zentraler Hüftverrenkung. Alle waren durch Fall auf die Hüfte, meist aus beträchtlicher Höhe, entstanden bei Individuen von 36, 54, 56 und 71 Jahren. In allen Fällen wurde die Diagnose durch mehrfache, z. T. reproduzierte Röntgenbilder erhärtet. Ein an einer akuten Intoxikation gleich nach der Entlassung verstorbener Pat. lieferte ein sehr seltenes (im Text abgebildetes) Präparat, an dem der Pfannenboden geborsten und der unversehrte Kopf in das Becken hineingetreten ist; es hatte sich eine neue Pfanne aus den Bruchstücken der alten gebildet.



Obgleich in allen Fällen des Verf.s, event. auch der besonders von Simon und Arreger zusammengestellten Literatur, die Bruchlinien der Pfanne sich mehr oder weniger auf die Nachbarschaft fortsetzen, ist an dem klinisch wohl charakterisierten Bilde des isolierten Bruches des Bodens der Hüftgelenkspfanne mit Durchtritt des Femurkopfes in das Becken festzuhalten. W. hält sogar eine Luxatio femoris centralis ohne diese Ausstrahlung der Bruchlinien vorerst für unmöglich. Durchtritt des Oberschenkelkopfes durch die gesprengte Pfanne kann durch eine einmalige stetige Gewalteinwirkung erzeugt werden, wie in drei Fällen des Verf.s; in dem vierten Falle kam es zunächst zu einem Bruche der Pfanne und erst durch das Gehen zum Eintritt des Kopfes in das Becken. Stückbrüche des Beckens mit Dislokation der Beckenfragmente mitsamt dem Femur gehören nicht zum vorliegenden Krankheitsbilde.

Die Reposition der Fragmente durch forcierten Zug und nachfolgende Extensionsbehandlung, wie es Rehn mit vorzüglichem funktionellem Resultate gelang, ist zwar die theoretisch ideale Behandlungsmethode, bringt aber die große Gefahr, daß durch die Bewegung der Fragmente Beckenorgane, speziell die Iliacalgefäße verletzt werden können.

Zum Schluß bringt die Arbeit eine gut orientierende, nach Entstehung, Merkmalen, Behandlung und funktionellen Resultaten geordnete tabellarische Übersicht aller bisher bekannten Fälle, von denen nur 16 der von W. aufgestellten strengeren Definition der Luxatio centralis femoris genügen, während andere 25 teils zweifelhafte, teils nicht reine Fälle künftighin ausscheiden sollen.

Reich (Tübingen).

51) P. Esau. Akute Osteomyelitis des rechten Schambeines und zentrale pathologische Luxation des Oberschenkels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 611.)

Mitteilung aus der Greifswalder Klinik (Payr), einen Fall bösartigster Osteomyelitis betreffend, dessen Eigentümlichkeit im Arbeitstitel hinreichend angedeutet ist. Die anatomischen Verhältnisse sind durch ein Röntgenogramm und die Abbildung des durch Sektion gewonnenen Beckens verdeutlicht. In letzterer sieht man die Epiphysenlösung der die Hüftpfanne zusammensetzenden Knochen, sowie die beckenwärts gerichtete Dislokation des Schenkelkopfes.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

52) Kindl. Fünf Fälle angeborener Defektbildungen an den Extremitäten.

(Zeitschrift für Heilkunde 1907. Hft. 6.)

Bei den hier beschriebenen Fällen, die im Lauf eines Jahres in der Schloffer-schen Klinik in Innsbruck zur Beobachtung kamen, handelt es sich um seltene, zum Teil bisher überhaupt noch nicht beschriebene Befunde und zum Teil um solche, die wegen ihrer entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung, bzw. wegen einzelner Abweichungen von den bisher veröffentlichten ähnlichen Fällen Interesse beanspruchen. Zu besonderen therapeutischen Eingriffen boten sie keinen Anlaß; nur in dem ersten, einem linksseitigen totalen Femurdefekt, verbunden mit partiellem Fibuladefekt und symmetrischer Verwachsung des 4. und 5. Metakarpalknochens, wurde eine Prothese angefertigt. Im zweiten Falle handelte es sich um einen doppelseitigen partiellen Defekt der Vorderarmknochen und der ulnaren Finger und im dritten um eine Phokomelie beider oberer Extremitäten. Der vierte Fall betraf einen partiellen Defekt der Ulna mit Verrenkung des Radius und der fünfte einen rechtsseitigen Radiusdefekt mit Polydaktylie. Zwölf Abbildungen und zwei Röntgentafeln illustrieren die fleißige und namentlich in bezug auf die Erörterung der pathogenetischen Theorien sehr lesenswerte Arbeit.

Deutschländer (Hamburg).

53) **L. Merk.** Klinisches und Kasuistisches von den syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXIV. p. 435.)

Bei einem 47jährigen Manne, der mit 39 Jahren eine Lues erworben hatte, beobachtete M. folgendes Krankheitsbild: Die Finger der linken Hand wurden asphyktisch und anästhetisch. An der linken Hand und der Streckseite des linken Vorderarmes zeigten sich Zeichen einer Phlegmone. Der linke Arm war pulslos bis zur Subclavia. Ein Teil der Finger wurde gangränös, und unter Jodkalium intern und Hg-Injektion kam der Prozeß zum Stillstand. Die gangränösen Finger demarkierten sich und wurden abgestoßen. Der Arm blieb pulslos. Im Anschluß an diesen Fall und an Hand der Literatur bespricht M. kurz die verschiedenen Formen der Endarteritis syphilitica. **M. Winkler** (Luzern).

54) **Beatson.** An unusual motor-car accident.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 7.)

Interessante Pfählungsverletzung, entstanden durch Zusammenstoß eines Autos mit einem großen Planwagen. Der 36jährige Mann war durch einen Holzschaft, der die Weichteile seines linken Oberschenkels und Gesäßes und außerdem den dahinter befindlichen Sitz durchbohrt hatte, an diesen Sitz unbeweglich festgenagelt worden. Kein wesentlicher Chok, ganz geringe Blutung. Der Glutaeus maximus war oberflächlich stark zerrissen, die ganze Wunde arg verschmutzt. Trotzdem Heilung mit gebrauchsfähigem Bein nach geringer Eiterung und Hautüberpflanzung. Der ursprüngliche Zustand der Wunde ließ vermuten, daß die Geschwindigkeit des Zusammenpralls sehr groß gewesen sein mußte: denn das Holzstück hatte die Weichteile fast wie ein Geschoß durchsetzt. **Weber** (Dresden).

55) **Nast-Kolb.** Kavernöses Muskelangiom des Unterschenkels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 542.)

Bei einem 12jährigen Mädchen hatte sich seit dem 4. Jahr eine zunehmende Schwellung des linken Unterschenkels entwickelt, die seit 3 Jahren das Gehen unmöglich machte und heftigste Schmerzen verursachte, durch welche das Kind in seinem Ernährungszustande hochgradig zurückkam. Das sonst normale Kniegelenk war rechtwinklig gebeugt, und das Fußgelenk stand in Spitzfußstellung. Der ganze Unterschenkel und Fuß bis zum Ansatz der Zehen war bei gesunder Haut eingenommen von einer diffusen, pralIderben, nicht kompressiblen spontan und auf Druck enorm schmerzhaften Schwellung. Mit Rücksicht auf den schlechten Allgemeinzustand und die Ausdehnung der Geschwulst wurde unter der Diagnose einer kavernösen Geschwulst der Unterschenkel dicht unterhalb des Kniegelenkes abgesetzt.

Nach der Untersuchung des Präparates war die Haut und das Unterhautzellgewebe, abgesehen von einigen winzigen, umschriebenen Angiomen, sowie die Fascie vollkommen gesund. Die Muskulatur des Unterschenkels mit Ausnahme der Peronei und des äußeren Gastrocnemiuskopfes, war vollständig ersetzt durch ein kavernöses Angiomgewebe von dem gewöhnlichen histologischen Aufbau. Die erhaltenen Muskelsepten gestatteten die Unterscheidung der einzelnen Muskeln; die großen Arterien waren nicht verändert, während der N. tibialis ganz umwuchert und durchwachsen war von der angiomatösen Neubildung. Die erhaltenen Muskelgruppen zeigten fettige Entartung. Die Knochen wiesen Inaktivitätsatrophie, im übrigen aber normale Struktur auf. Die Wundheilung erfolgte reaktionslos, und Pat. stellte sich nach 3 Monaten mit tragfähigem Stumpf in blühendem Ernährungszustande rezidivfrei wieder vor.

Die Geschwulst war zweifellos auf eine angeborene Anlage zurückzuführen. Verf. macht u. a. auf die diagnostische Bedeutung der spontanen Schmerzhaftigkeit aufmerksam, die auch noch bei kleinen Muskelangiomen vorhanden ist und hauptsächlich die deformen Gelenkstellungen und die Reduktion des Kräftezustandes verschuldet. **Reich** (Tübingen).

56) **S. E. Biron.** Zur Frage von der Komplikation des Abdominaltyphus durch Extremitätengangrän.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 33.)

In der russischen Literatur fand B. elf Fälle beschrieben; er selbst bringt einen zwölften aus dem Petersburger Obuchowspital: Mädchen, 21 Jahre alt, leichter Typhus; im Anfange der 3. Woche, als die Temperatur schon anfing zu fallen, trat Gangrän des rechten Fußes und Unterschenkels auf. Die Amputation wurde nicht zugelassen und Pat. aus dem Spitale nach Hause genommen.

(Einen weiteren Fall sah Ref.: Mann, 58 Jahre alt, Gangrän der ganzen linken unteren Extremität bis beinahe zur Leistenbeuge; Tod 7 Wochen nach Beginn des Typhus.) **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

57) **A. Wertheim.** Ein Fall von traumatischer Verrenkung des Fußes nach hinten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 186.)

Der durch Photo- und Röntgenogramm illustrierte Fall betrifft einen 38jährigen Mann, der beim Überschreiten eines Bahnsteiges derart nach hinten überfiel, daß sein Fuß zwischen einer Schiene und dem Bahnsteig eingehakt blieb, der Unterschenkel aber gegen die Perronkante gedrängt wurde und so einen zweiarmigen Hebel bildete. Dabei rückte das untere Schienbeinende über die Talusrolle nach vorn. Das Lig. deltoides riß ein, am Malleolus ext. kam es zu einem Schrägbruch ohne Dislokation. Die Reposition in Narkose gelang durch starke Plantarflexion, gefolgt von Dorsalflexion und Extension. Guter Verlauf; nach 2 Monaten Gehfähigkeit ohne Stock bei noch vorhandener geringer Fußgelenksteifigkeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

58) **Reismann.** Noch einmal zur Lehre von der Luxatio pedis sub talo mit kritischen Bemerkungen über die Arbeit des Dr. Schlagintweit in dieser Zeitschrift Bd. LXXXVIII[1].

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 601.)

Verf., der selbst zur Luxatio pedis sub talo früher das Wort genommen hat (cf. unser Blatt 1907 p. 708), nimmt hier vier von Schlagintweit als Talusverrenkung beschriebene Fälle kritisch unter die Lupe, wobei er zu dem Resultate kommt, daß die Diagnose des Autors falsch war, daß es sich vielmehr um Luxationes sub talo handelte. R.'s Ausführungen sind interessant, können aber hier nicht näher wiedergegeben werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

59) **F. Dieffenbach.** Behandlung des Pes equino-varus mit keilförmiger Exzision aus dem Tarsus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 759.)

Nach einem Überblick über die Geschichte, die Erfolge und die Indikationen der blutigen Klumpfußbehandlung teilt Verf. zwei mit Tarsektomie behandelte Fälle von hochgradigem veraltetem Klumpfuß mit, von denen der eine doppelseitig, der andere einseitig operiert wurde. Das Resultat war bei den Pat. ein in bezug auf die Gestalt des Fußes vollkommen befriedigendes, funktionell ein vorzügliches.

v. Hacker hält sich bei der Tarsektomie nicht an die Entfernung bestimmter Knochen, sondern beabsichtigt lediglich einen zur vollen Korrektur genau ausreichenden Keil auszuschneiden. Die Größe desselben wird zweckmäßigerweise schon vor der Operation an einem Gelatineabguß des Fußes bestimmt. Die Pat. tragen nach der Operation 2—4 Monate lang einen Gipsverband und später einen gewöhnlichen Schnürschuh mit erhöhter Sohle am Außenrande. Als durchschnittliche Heilungsdauer ergab sich ein Zeitraum von 3—4 Monaten.

---

[1] S. Zentralblatt 1907. p. 1159.

In einem weiteren Falle genügte die blutige Eröffnung des Talonavicular gelenkes mit nachfolgendem Redressement zur Gewinnung eines kosmetisch und funktionell guten Resultates. **Reich** (Tübingen).

60) **M. Köhler.** Vorrichtung zum Strecken des menschlichen Körpers mit Hilfe des eigenen Körpergewichts.

(Ärztliche Polytechnik 1907. November.)

Obige Vorrichtung, ein Bett, konstruiert nach dem Prinzip des freien Falles auf schiefer Ebene, besteht aus einem Eisengestell mit vier paarigen, seitwärts angebrachten Hebeln, die miteinander verkuppelt und in beliebigem Neigungswinkel stellbar sind. Auf ihnen ist das Lager hergerichtet, welches auf einem mit Kugellagern versehenen Wagen ruht. Die Art der Anwendung für Extension am Kopfe, den Beinen, dem Rumpf usw. ist durch drei Abbildungen im Original deutlich gemacht. Die Handhabung, besonders auch für beiderseitige Oberschenkelbrüche, ist eine sehr einfache. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

61) **A. Hofmann.** Eine zweite Art der Umsetzung von Längsextension in queren Zug. (Aus der chir. Abteilung des städt. Krankenhauses in Karlsruhe.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 9.)

Im weiteren Ausbau des von ihm empfohlenen Extensionsverfahrens (s. d. Zentralbl. 1906) hat Verf. eine Modifikation gefunden, bei welcher der Zug nur nach einer Seite ausgeübt zu werden braucht. Die Beschreibung derselben wird von H. durch Abbildungen ergänzt, die im Original angesehen werden müssen. **Kramer** (Glogau).

52) **Ritter.** Eine einfache Vorrichtung zur Erleichterung der Anlegung des redressierenden Gipsverbandes bei Kindern.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. V. Hft. 4.)

Um bei kleinen Kindern bei der Anlegung eines Gipsverbandes den kleinen Fuß besser redressieren zu können, wird eine mit Watte unterpolsterte Platte, die den Verhältnissen angepaßt ist, eingegipst. Diese Platte ist an zwei Seiten (an der Hacke und Wadenbeinseite) mit einer festen Schraube versehen, in die Eisenhülsen von abnehmbaren Griffen hineinpassen. An diesen Griffen soll man einen ausgezeichneten Halt haben, um den Fuß in jede gewünschte Lage zu bringen. Nach dem Hartwerden des Verbandes werden die Griffe abgeschroben. **Hartmann** (Kassel).

63) **Emge.** Zur Behandlung von Beinbrüchen in einer neuen Beinschiene.

(Ärztliche Polytechnik 1907. Nr. 10.)

Obige Schiene ist besonders für den Arzt auf dem Lande berechnet. Sie besteht aus Eisendraht, hat herabklappbare Seitenwände, ist mit Schnüren und Gurten versehen; sie ist ferner artikuliert, so daß z. B. für Ober- und Unterschenkel gebeugte Kniegelenkhaltung gewählt werden kann. Züge, Gegenzüge sind leicht anzubringen. Gipsverband wird überflüssig. Die Schiene scheint nur für die unteren Gliedmaßen bestimmt zu sein. 4 Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 14. **Sonnabend, den 4. April** **1908.**

Inhalt.

XXXVII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

Aus der chirurgischen Hospitalklinik in Moskau.
Prof. P. J. Djakonow.

Über die Entstehung der seitlichen Halsfisteln (sog. Kiemenfisteln[1]).

Von
Privatdozent Dr. Romuald Weglowski.

Nach ihrem mikroskopischen Bau sind die seitlichen Halsfisteln den mittleren Halsfisteln nicht nur sehr ähnlich, sondern stimmen sogar mit denselben fast völlig überein: sowohl diese wie jene besitzen ein Lumen von unregelmäßiger Form; wir finden doppelte, dreifache, ja vielfache Lumina; beide Arten von Fisteln sind ferner mit zylindrischem Flimmerepithel ausgekleidet, wenngleich man für gewöhnlich daneben auch mehrschichtiges Epithel finden kann. Innerhalb der Wand erwähnter Fisteln stößt man auf lymphoide Follikel, Schleimdrüsen u. a. m. Nichtsdestoweniger wird die Frage von der Entstehung der seitlichen und mittleren Halsfisteln ganz verschieden beantwortet — es besteht hier zwischen diesen und jenen ein wesentlicher Unterschied: während wir die mittleren Fisteln mit der Bildung des Ductus thyreoglossus (s. d. Bl. Nr. 10) in Verbindung bringen, denkt man sich nach wie vor die Entstehung der seitlichen Fisteln (für gewöhnlich als Kiemengangfisteln bezeichnet) als aus den Kiemenspalten entstanden. Hierbei nimmt man keine Rücksicht darauf, daß das sich mehrende und einer genauen Durchforschung unterworfene klinische Material diese Theorie nur mit Hilfe einer ganzen Reihe gewagter, ja sogar den Tatsachen nicht entsprechender Voraussetzungen zu stützen vermag; zu derartigen durch nichts gehörig motivierten Thesen gehört die Voraussetzung wiederholter Durchbrüche, wiederholter Verklebungen und Verwachsungen epithelialer nach Kiemenspalten hinterbliebener Röhren.

Und doch bleibt bei dieser Theorie unaufgeklärt, warum z. B. die seitlichen Fisteln nur längs dem medialen Rande des M. sternocleido-mastoideus nach außen durchbrechen, warum sie ferner bisweilen am Unterkieferwinkel, bisweilen am Sternum durchbrechen. Weiter bleibt völlig die Entstehung derjenigen Fisteln unaufgeklärt, deren Mündung sich z. B. in der Mitte des Halses öffnet, deren Gang aber seine Richtung nicht nach oben, sondern vielmehr nach unten zum Brustbein führt.

Alle diese Unklarheiten und Widersprüche einerseits, die Ähnlichkeit im Bau der mittleren und seitlichen Halsfisteln andererseits veranlaßten mich zur Annahme, ob nicht vielleicht im embryonalen

[1] Mitgeteilt auf dem VII. Kongreß russischer Chirurgen in St. Petersburg 1907.

Leben dieselben Bedingungen für die Bildung der seitlichen Fisteln existieren, wie dieselben für die Entstehung der mittleren Fisteln gefunden wurden.

Ich machte sowohl an Embryonen, als auch an Leichen eine Reihe von Untersuchungen[2] und fand richtig eine völlige Analogie in der Bildung der einen wie der anderen Fisteln.

Die Resultate meiner Untersuchungen sind folgende:

Die Kiemenbögen zeigen sich beim Embryo am Ende der zweiten Woche in Form zweier kleiner Erhebungen (Wälle) auf beiden Seiten des Kopfes; hierauf schließen sich ihnen noch zwei kleine walzenförmige Erhebungen an, d. h. je vier auf jeder Seite. Die beiden ersten Bogen stoßen in der Mittellinie mit den gegenüberliegenden zusammen, dagegen ist der dritte und vierte Bogen weit von den ihnen entsprechenden gegenüberliegenden Bögen getrennt. Zwischen den Bögen liegen die Kiemenspalten. Der zweite Bogen bedeckt den dritten und vierten und bildet eine besondere Vertiefung (Sinus cervicalis). Die Kiemenspalten und -bögen sind mit mehrschichtigem embryonalen Epithel sowohl außen wie innen ausgekleidet.

Im zweiten Monat erfolgt die Rückentwicklung des Kiemenapparates, wobei die Spalten sich schließen und verschwinden. Aus dem ersten Bogen bildet sich der Unterkiefer, aus den übrigen dreien der Körper, die Hörner des Zungenbeines, Mm. styloidei u. dgl. m. — Den Kiemenapparat muß man eigentlich zum Gebiet des Gesichts, nicht aber des Halses rechnen. Das Zungenbein stellt die untere Grenze des Kiemenapparates dar. Weder die Bogen, noch die zwischen ihnen eingeschlossenen Spalten vermögen sich nach unten zu verschieben, und demgemäß kann am Halse von Resten der Kiemenspalten keine Rede sein. — Eben dasselbe bezieht sich auf den Sinus cervicalis, welcher den dritten und vierten Bogen umfaßt. — Im embryonalen Leben sind bisher noch nicht die Durchbrüche, Verklebungen, die anormale Lagerung der äußeren Spalten im Verhältnis zu den inneren beobachtet worden, die man gewöhnlich zur Erklärung der Ätiologie der Fisteln anzuführen pflegt.

In der 3. Woche des embryonalen Lebens zeigen sich zu beiden Seiten des Schlundes zwei Vertiefungen — zuerst in der vierten Schlundspalte, dann in der dritten; — diese Vertiefungen, welche in Kanäle übergehen, sind mit zylindrischem Flimmerepithel ausgekleidet. Es ist das der Keim zum Seitenlappen der Schilddrüse und der Thymusdrüse.

Der von der vierten Spalte entspringende Schilddrüsenkanal ist kurz, sein unteres Ende verwandelt sich sehr rasch in typisches Schilddrüsengewebe. Der Thymusdrüsenkanal (aus der dritten Spalte)

[2] Ich untersuchte 42 Embryonen von 2,6 mm bis, 50 cm. Von ihnen wurden alle Embryonen, welche eine Länge aufwiesen von 2,6 mm bis 4 cm rekonstruiert. Außerdem wurden 75 Leichen aus verschiedenen Lebensaltern auf beiden Seiten am Halse untersucht. Die entsprechenden Halsteile sind sämtlich mikroskopisch durchforscht worden (Serienschnitte).

pflegt dagegen sehr lang zu sein. Er nimmt seinen Anfang am Pharynx, geht schräg über den ganzen Hals und endigt erst am Brustbein; hier beginnt er sich augenfällig zu verdicken und verwandelt sich in drüsiges, lymphoides für Thymus charakteristisches Gewebe.

Am Ende des 1. und im Anfange des 2. Monates setzt die Rückentwicklung ein, und es verschwinden die Kanäle; dieser Prozeß der Rückentwicklung vollzieht sich in der Richtung von oben nach unten.

Die erwähnten Kanäle verschwinden längst nicht in allen Fällen: nicht selten können einzelne Teile derselben zurückbleiben, in Ausnahmefälle vermag sogar der ganze Kanal erhalten zu bleiben. Meine Untersuchungen an Leichen haben gezeigt, daß man imstande ist, in jedem 7.—8. Falle, d. h. in 14% der Fälle im Verlaufe vom Schlunde bis zum Brustbein diese oder jene Reste des Thymusdrüsenkanals zu finden. Am häufigsten begegnen wir den unteren Abschnitten der Kanäle, seltener den oberen. Die Überreste des Schilddrüsenkanals kommen äußerst selten vor; ich fand dieselben unter 150 Präparaten nur zweimal.

Ihrer Struktur nach stellen sich die Reste der Thymus- und Schilddrüsenkanäle in Form geschlossener Kanäle dar, welche mit Flimmerepithel ausgekleidet sind. Neben Gebieten, die mit Flimmerepithel bedeckt sind, vermag man auch solche zu konstatieren, in welchen mehrschichtiges Epithel vorherrschend ist; innerhalb der Wände dieser Kanäle befinden sich Schleimdrüsen, lymphoide Gebilde u. dgl. m.; alles dieses ist aus den benachbarten Schlundteilen auf ganz dieselbe Weise, wie wir es beim Ductus thyreoglossus gesehen, hierher gebracht worden (s. d. Bl. Nr. 10).

Indem wir uns jetzt zur Ätiologie der seitlichen Fisteln wenden, müssen wir bemerken, daß ihre Entstehung ihren Grund nicht in den Kiemenspalten, sondern auf den oben beschriebenen Resten von Kanälen (Thymus- und Schilddrüsen) hat; d. h. hier muß derselbe pathologische Prozeß vor sich gehen, wie bei den mittleren Fisteln; der Unterschied besteht bloß darin, daß die seitlichen Fisteln hauptsächlich aus den Überresten des langen, massiven Thymusdrüsenganges, und bloß in Ausnahmefällen aus dem kurzen seitlichen Schilddrüsengang entstehen.

Anatomisch betrachtet, wiederholt die seitliche Fistel den Verlauf des Thymusganges, d. h. beginnt auf der Seitenwand des Pharynx, zwischen seinen Bögen, unterhalb der Tonsillenvertiefung, geht hierauf, sich oberhalb des N. hypoglossus lagernd, seitwärts und nach unten, verläuft zwischen den Carotiden und zieht sich längs dem Innenrande des M. sterno-cleido-mastoideus hin bis zum Brustbein. Am häufigsten begegnet man den unteren, unvollständigen Fisteln, weil für gewöhnlich dieser Teil des Ganges restiert.

Die Fisteln vom seitlichen Gange der Schilddrüse sind kurz und öffnen sich seitlich vom Kehlkopfeingang (Fall von König) im Schlunde tiefer, wie die vorher erwähnten Fisteln.

Die Art und Weise, wie die Fisteln sich bilden, ist sowohl für

die mittleren als auch für die seitlichen die gleiche, d. h. unter günstigen Umständen erweitert sich der übriggebliebene Teil des Kanals zur Cyste, hierauf bricht dieser erweiterte Teil, falls sich Entzündungserscheinungen hinzugesellen, nach außen durch und wandelt sich in eine Fistel um. Eine solche Fistel wird dann entweder nach oben oder auch nach unten verlaufen, je nachdem in welchem Teile des Kanals der Durchbruch nach außen stattfand.

Auf Grund meiner Untersuchungen würde ich vorschlagen, die Benennung »Kiemenfisteln« in die bereits bekannte Bezeichnung »seitliche Fisteln« umzuwandeln.

---

1) **F. Sauerbruch** und **M. Heyde.** Über Parabiose künstlich vereinigter Warmblüter. (Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Marburg. Prof. Friedrich.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 4.)

Die Verff. haben in einer größeren Zahl von Experimenten Kaninchen durch Zusammennähung der Rumpfmuskelplatten oder durch Vereinigung der den Bauch eröffnenden Schnittwunden, oder durch Enteroanastomose zwischen dem Darm des einen und dem Darm des anderen Tieres organisch miteinander zu verbinden gesucht. Die dauernde Vereinigung gelang nur an jungen gleichgeschlechtlichen Tieren desselben Wurfes; in den anderen Fällen begann nach 3 bis 4 Tagen die demarkierende Eiterung, die bald die Trennung mit sich brachte. Nach erfolgter Zusammenheilung ist infolge direkter Gefäßkommunikation aus den Tieren ein Organismus geworden, so daß im Blut lösliche Stoffe von einem Tiere zum anderen übergehen, auch korpuskuläre Elemente, z. B. Bakterien, von einem Organismus in den anderen gelangen. Von chirurgischem Interesse ist besonders ein Präparat von Inkarzeration einer 20 cm langen Dünndarmschlinge, die durch den Anastomosenring in die benachbarte Peritonealhöhle durchgetreten und abgeklemmt worden war. **Kramer** (Glogau).

---

2) **Tuffier.** L'hyperémie veineuse dans les infections aiguës des membres (méthode de Bier).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 169.)

T. erörtert an der Hand vorgestellter Fälle die Technik. Er hält sie für so schwierig, daß er ambulante Behandlung im Gegensatz zu Klapp und Schmieden für nicht angängig hält. Er hält die Methode aber für eine wertvolle Bereicherung der chirurgischen Therapie neben »permanenten heißen Bädern und feuchten Verbänden«. An der Diskussion beteiligten sich Kirmisson, Mauclaire, Chaput, die hauptsächlich bei chronischen Gelenkerkrankungen mit der Stauung gearbeitet haben. — Vortrag und Diskussion geben ein überzeugendes Beispiel davon, daß man zu einem abschließenden Urteil

über die Methode unmöglich kommen kann, wenn man sich nicht einigt über das, was man mit ihr erreichen will und die neuerdings »alten« genannten Methoden nebenher anwendet.

Kaehler (Duisburg-M.).

---

3) **Terrier** et **Lecène.** La ligne semi-lunaire de Spiegel.

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. 9.)

Spiegel verstand unter der nach ihm benannten Linie die Gegend der vorderen Bauchwand, in der die breiten Bauchmuskeln (Obliquus ext. und int. und Transversus) sehnig werden und hat an keiner Stelle seines 1627 erschienenen Werkes nur die Grenze von Sehne und Fleisch des M. transversus allein so bezeichnet, wie neuere Anatomen es tun. Augenscheinlich glaubte Spiegel, daß die Grenzlinien zwischen Sehne und Muskel der Obliqui und des Transversus sich ungefähr deckten, was aber ein anatomischer Irrtum ist. Unrichtig ist es daher auch, von Brüchen der Spiegel'schen Linie zu sprechen. Die in dieser Gegend beobachteten seitlichen Bauchbrüche benutzen vielmehr die Durchtrittsstellen der Gefäße und Nerven am äußeren Rande der Rectusscheide als Bruchpforte. T. und L. empfehlen deshalb, die Bezeichnung »Linea Spiegelii« ganz aufzugeben, weil sie im Sinne des Namengebers anatomisch und im Sinne der neueren Anatomen historisch inkorrekt ist.

Gutzeit (Neidenburg).

---

4) **F. Selberg.** Über Todesursachen nach Laparotomien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 238.)

An der Hand von 17 Obduktionsprotokollen von Laparotomierten, die im Anschluß an die Operation starben, ohne daß eine Peritonitis oder eine sonstige eklatante Todesursache (Verblutung, schwere chronische Erkrankungen usw.) vorgelegen hätten, bespricht Verf. den pathologischen Befund bei primärem Herz- und Lungentod.

Beiden Todesarten gemeinsam ist die Füllung in Diastole des rechten Ventrikels; charakteristisch für den Lungentod ist Leerheit und Systole des linken Ventrikels, für den Herztod seine Füllung und Diastole. Durch die Totenstarre gehen allerdings bei der Sektion diese Merkmale zum Teil verloren, insofern selbst bei Entartung der Herzmuskulatur der Ventrikel sich kontrahiert und blutleer werden kann. Das Lungenödem beruht im wesentlichen auf einem Versagen des linken Ventrikels.

Die Mehrzahl der Protokolle stammt von Karzinomkranken, bei welchen schon ein kleiner Anstoß genügt, um das Herz zum Versagen zu bringen. Bei primärer Herzlähmung trat der Tod regelmäßig innerhalb 24 Stunden, bei primärem Lungentod zwischen dem 6. bis 11. Tage, bei Emboliefällen zwischen dem 5.—6. Tage ein.

Reich (Tübingen).

---

5) **E. Hertzler.** Hyperemia in the treatment of tuberculosis of the peritoneum.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Die intraabdominalen Organe und Gefäße stehen im gesunden Körper unter einem positiven Druck, der bei ruhiger Atmung ungefähr ebenso hoch ist, als der negative Druck in der Brusthöhle. Die Eröffnung der Bauchhöhle läßt diesen Überdruck verschwinden, und es kommt zu einer Gefäßdilatation mit Hyperämie im Bereiche der Bauchhöhle. Auf Grund zahlreicher Experimente glaubt sich Verf. zu dem Schluß berechtigt, daß diese Hyperämie das heilende Agens bei der Laparotomie wegen Bauchfelltuberkulose ist. Um diese Hyperämie wiederholt eintreten zu lassen, ohne den Pat. den Gefahren und Unannehmlichkeiten der wiederholten Laparotomien auszusetzen, empfiehlt der Autor, bei der ersten Laparotomie eine silberne Röhre mit überhängendem Rande in die Bauchwunde einzunähen. Das Röhrenende soll frei in der Bauchhöhle endigen, so daß die Möglichkeit besteht, jederzeit Luft in den Bauchraum zu pressen und durch Auspressen der Luft Hyperämie zu erzeugen, die die tuberkulöse Entzündung zur Heilung bringen soll. **Strauss** (Nürnberg).

---

6) **H. Thaler.** Zur Asepsis bei Laparotomien. (Aus der Klinik Schauta.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Verf. prüfte methodisch die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Desinfektionsarten nach dem Verfahren, wie es in der Mikulicz'schen Klinik schon jahrelang systematisch durchgeführt wurde: Abimpfung während der verschiedenen Operationsphasen von Händen, Bauchhaut, oberflächlicher und tiefer Wunde auf Agarplatten. Zunächst konnte er bei dem bis dahin in der Klinik üblichen Verfahren zahlreiche Keime an den Zwirnhandschuhen — obwohl oft gewechselt — und in den Wunden nachweisen. Die Desinfektion bestand in Seife-Alkohol-Sublimatwaschung, Anziehen von Zwirnhandschuhen, Kopfkappe, Gesichtsmaske, Seife-Alkohol-Äther-Sublimatwaschung des Operationsgebietes, Bedecken mit Alkoholumschlag über Nacht und neuerliche Desinfektion mit Alkohol, Äther, Sublimat. Nach den deprimierenden bakteriologischen Befunden wurden zunächst Gummi- und darüber Zwirnhandschuhe angezogen. Danach fanden sich an der Handschuhoberfläche und im Bereiche der Wunde nur wenige Keime. Diese konnten von der umgebenden, bisher nur durch angeklemmte Kompressen abgeschlossenen Haut stammen, welche daher in einer weiteren Versuchsreihe mit Jodbenzin desinfiziert und mit Gaudanin überzogen wurde. Nun gelang es, auch länger dauernde Operationen unter fast völliger Asepsis (Luftkeime) auszuführen. Da die Gaudanierung manchmal trotz sorgfältigster Technik doch nicht hielt, auch etwas kompliziert ist, wurde nun nach Desinfektion mit

Jodbenzin die schon von Mikulicz geübte einfache Jodierung versucht. Sie ergab, wie die Mikulicz'sche Schule mit Genugtuung vernehmen wird, die völlige Gleichwertigkeit mit der Gaudanierung. Auch als man noch einen Schritt weiter zurückging und statt der manchmal doch reizenden Jodbenzindesinfektion wieder die frühere Seife-Alkohol-Äther-Sublimatwaschung einführte, blieben die Impfresultate gleich gut.

Daß in der Schauta'schen Klinik die zur sichereren Dampfdurchströmung der Gummihandschuhe in diese gesteckten Zwirnhandschuhe erst über ein Holzmodell gezogen werden, erscheint umständlich. In der Mikulicz'schen Klinik war es schon vor Jahren üblich, daß die Operationsschwester sich erst Zwirnhandschuhe anzog, darüber nach Einstäuben mit Talcum die Gummihandschuhe; beide lassen sich dann mit Leichtigkeit zusammen abziehen.

Löcher der Gummihandschuhe wurden im Verlaufe der Operation bei darüber getragenen Zwirnhandschuhen sehr selten beobachtet. Aus kleinen Nadelstichen fließt nach des Verf.s Meinung Epidermisschmutz nur in minimalen Mengen aus, besonders da er sich mit Talcum mengt.

Kurze Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

---

7) **K. G. Lennander.** Über Drainage und über Bauchschnitt, besonders in Fällen von Peritonitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 1.)

Im ersten Teil der Arbeit handelt L. über Tamponade und Drainage der Bauchhöhle. Als Zweck der Tamponade sieht er die Abscheidung eines Teiles der Bauchhöhle von deren übrigem freien Teil an, wobei einige Catgutnähte nahe liegende Serosaflächen um die Tamponade herum zusammenführen sollen. Er benutzt zur Tamponade statt Gaze grobes, dreifach gedrehtes Baumwollengarn (Dochte für Spirituslampen) und, falls größere Mengen davon eingelegt werden, dazwischen noch Gummidrains. Auch wird die ganze Garndrainage überall mit glattem Kautschukstoff umgeben, außer da, wo sie an einer blutenden, Eiter absondernden oder nekrotisierenden Stelle liegt. Der Kautschukstoff hindert das Festwachsen des Tamponmaterials, von dem man schubweise die Fäden einzeln fast schmerzlos ausziehen kann. In die nach Extraktion von Tamponmaterial bleibenden Höhlen schiebt L. einen Nélatonkatheter, der mit 3%igem Wasserstoffsuperoxydglyzerin gefüllt wird und liegen bleibt, bis die Höhle genügend schrumpft. Damit wird die Extraktion der verbliebenen Tamponfäden noch leichter. Für einfache Drainagen, ohne daß Absperrungen gegen die freie Bauchhöhle nötig sind, kann man sich des Kautschukstoffes ohne Gaze oder Docht, am besten des von Zahnärzten gebrauchten »Rubberdam« oder »Kofferdam« bedienen, der sich genügend in kochendem Wasser sterilisieren läßt; große Stücke desselben werden an die zu drainierende Stelle gebracht und mit feinem Catgut an die benachbarten Därme usw. befestigt. Der Stoff klebt nicht an Fibrin an. Er kann 6—8 Tage liegen gelassen und leicht, am besten schub-

weise, entfernt werden. Zur Verhütung von Bakterieneinwanderung längs der Kautschukstücke wird ein Gemisch von $^3/_4$ Naphthalin und $^1/_4$ Borsäure, auf Gaze gestreut, um deren freie Enden gelegt oder auch Umschläge mit 2%iger Lapislösung appliziert. Übrigens empfiehlt L. auch glatten Kautschukstoff, mit Salzwasser benetzt, zur Einhüllung von Därmen während der Operation. Werden bei Operationen mehrere Gummistoffstücke der Art benutzt, so sind sie ähnlich wie Mullkompressen genau zu zählen und zu hüten.

Der zweite Arbeitsabschnitt handelt »über Bauchschnitt, besonders in Fällen, wo man drainiert, sowie über die Lage des Pat. im Bette nach Laparotomien«. Für mediane Laparotomien hat L. seinen bekannten medialen und lateralen Rectusscheidenschnitt angegeben, bezüglich dessen auf seine Originalmitteilung in unserem Blatte, Jahrgang 1898 p. 90, verwiesen wird. Für Fälle, wo größere Einblicke in die Bauchhöhle nötig sind, also namentlich bei Operationen wegen Wurmfortsatzperitonitis, hat L. seinen lateralen Rectusscheiden-Bauchschnitt mit mehr oder weniger ausgedehnter seitlicher Bauchhöhleneröffnung kombiniert und beschreibt jetzt diese Schnittführungen als seinen Appendicitisbauchschnitt I, II und III. Dabei wird durchgängig der Grundsatz befolgt, Aponeurosen und Muskeln in ihrer Faserrichtung zu teilen und die Nerven zu schonen. Zum Schluß werden die Rectusscheiden stets etagenweise ganz wieder zugenäht, die Drainöffnungen in Lücken der breiten Bauchmuskeln gelegt, diese übrigens sonst ebenfalls exakt genäht. Schnitt II geht lateralwärts bis an die Spina bzw. Crista ilei, Schnitt III noch weiter lendenwärts. L.'s Erfolge mit diesen Schnittführungen sind hinsichts Vermeidung von Narbenbrüchen ausgezeichnet; denn von 460 Pat., die in seiner Klinik wegen chronischer oder akuter Appendicitis ohne eitrige Peritonitis operiert sind, wurden 389 nachuntersucht, und fanden sich hierbei nur zwei kleine Brüche. Zu versenkten Nähten diente ausschließlich Catgut, trocken sterilisiertes und Chromcatgut.

L. läßt seine Laparotomierten im Bette die aufrecht sitzende Stellung einnehmen, während zur Förderung des venösen Blutabflusses in den Beinen das Bettfußende um 15—35 cm erhöht wird. Rücken und Kreuz des Pat. müssen gut gestützt werden. Um das Hinabgleiten nach dem Fußende zu hindern, erhält Pat. eine »Beckenstütze« unter die Beine, d. h. ein Kissen (sog. »Kniekissen«), das bis an die Sitzknorren reicht. In dieser Lage wird das Becken nach vorn und oben rotiert, die Bauchmuskulatur entspannt. Pat. muß fleißig tief Luft holen, seine Lage öfter gewechselt, die Beine bewegt werden usw.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **Krüger.** Die Diagnose der Lage des Wurmfortsatzes im akuten Anfall und ihre Bedeutung für die Schnittführung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 24.)

Um bei Operation der akuten Appendicitis, wie es zu wünschen ist, mit einem möglichst kleinen Schnitte auszukommen, ist es nötig,

schon im voraus die Lage des Wurmfortsatzes möglichst genau zu bestimmen. Nach den Erfahrungen der Riedel'schen Klinik, aus der K.'s Arbeit hervorgegangen ist, ist dies in der Mehrzahl der Fälle möglich, wenn in erster Linie die Anamnese und in zweiter der objektive Untersuchungsbefund von Fall zu Fall individualistisch gewürdigt werden, während der Tastungsbefund bzw. der Nachweis der perityphlitischen Geschwulst an Wichtigkeit zuletzt rangiert. Konsequent durchgeführte Notierungen über den Situs des Wurmes bei den Operationen der Klinik gaben interessanten Aufschluß über die Häufigkeit der einzelnen Sitzorte derselben; denn es fand sich der Wurm in 370 Fällen:

nach oben außen und hinten	66mal,
nach außen unten	131 »
nach der Mitte der Bauchhöhle	90 »
nach dem kleinen Becken zu gelegen	88 »

Für die Praxis genügt vollauf, eine dieser vier Situsarten des Fortsatzes mit leidlicher Wahrscheinlichkeit mutmaßen zu können. Um das Symptomenbild der Einzelfälle auf diese Diagnose zu verwerten, unterzieht K. die verschiedenen, im Einzelfalle variierenden Erscheinungen und Nebenerscheinungen der Krankheit einer kritisch-klinischen-pathologischen Allgemeinbesprechung, deren Ergebnisse dann kurz in einigen Schlußsätzen zusammengefaßt werden. Von letzteren sei hier folgendes wiedergegeben:

1) Übelkeit und Erbrechen. Beides spricht für freies Hineinragen des Fortsatzes in die Peritonealhöhle. Fehlt das Erbrechen, so ist zu schließen, daß der Fortsatz entweder in Verwachsungen eingeschlossen oder hinter dem Blinddarme bzw. Kolon befindlich ist.

2) Schmerz tritt in diffuser Form fast regelmäßig unter gleichen Bedingungen wie das Erbrechen auf. Von vornherein lokalisierter Schmerz führt direkt auf den verwachsenen oder versteckt liegenden Fortsatz. Mit zunehmender Größe des Infiltrates ist der Druckschmerz immer weniger maßgebend für die Lage des Fortsatzes.

3) Auftreibung des Leibes ist bedingt durch entzündliche Parese oder Verklebung der Darmschlingen, tritt frühzeitig auf bei freier Processuslage nach der Bauchhöhlenmitte oder nach dem kleinen Becken zu, erst später bei retrocoecal gelegenem Fortsatze.

4) Blasentenesmen und Schmerzen in der Harnröhre deuten an, daß der Fortsatz ins kleine Becken hinabhängt und entzündlich mit der Blasenwand verklebt ist. Bisweilen wird er bei Tastung vom Mastdarm aus fühlbar.

5) Schmerzen bei Bewegungen des rechten Beines oder Flexionsstellung desselben sprechen für entzündliche Verklebung des Wurmes mit der Fascie des M. ileopsoas.

6) Schmerzen bei tiefer Inspiration unter dem rechten Rippenbogen und nach der Lumbalgegend sind vorhanden bei Verwachsung des Fortsatzes mit der Leberunterfläche oder der Pars costalis des Zwerchfelles.

Riedel's Zickzackschnitt, im lateralen Teile parallel der Obliquus externus-Fasern laufend, im medialen Teile die Rectusscheide unter Medianwärtsschiebung des Muskels eröffnend und in den tiefen Schichten den Obliquus internus und transversus seiner Faserung parallel teilend, kann allen verschiedenen Fortsatzlagerungen gut angepaßt werden. Bei drainierten Fällen wird stets einige Wochen nach der Vernarbung die Narbe korrigiert, d. h. die auseinander gewichenen Ränder der Aponeurose des Obliquus externus, sowie die Muskelränder des Internus werden mobilisiert und mit Catgut zusammengenäht.

Zum Schluß stehen elf Krankengeschichten als Stichproben, aus denen die Möglichkeit der fraglichen richtigen Diagnosenstellung ersichtlich ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **W. Vassmer.** Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Processus vermiformis und deren ätiologische Bedeutung für die Appendicitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 445.)

In einem neuen, zur Sache mitgeteilten Falle wurde einer 20jährigen Frau bei ihrem zweiten Appendicitisanfall bei schon bestehender Peritonitis der Wurmfortsatz (mit übrigens unglücklichem Resultat) exstirpiert, und ergab dessen Untersuchung in seiner Mitte ein ringförmiges, 2 cm langes, epitheliales Alveolärkarzinom. Während der coecalwärts von der Geschwulst gelegene Teil der Appendix keinerlei Entzündungszeichen aufwies, fanden sich solche — auch mikroskopisch — sehr ausgesprochen in dem Endstück des Fortsatzes unterhalb der Neubildung, so daß angenommen werden muß, daß die stenosierende Geschwulst die Ursache für die unterhalb derselben zustande gekommene Appendicitis abgegeben hat. Um nun der Frage nach dieser Wechselwirkung zwischen Geschwulst und Appendicitis näher auf den Grund zu gehen, hat V. die bislang publizierten Fälle primärer Appendixgeschwülste gesammelt und deren 65 gefunden, wobei es sich je 1mal um Myom, Fibromyom und Fibromyxom handelte, 2mal um Sarkome, 3mal um Endotheliome und 57mal um Karzinome. Dieser Sammlung fügt V. in einem Nachtrag noch 20 einer mittlerweile erschienenen Arbeit von Zaaijer entnommene Fälle von Karzinom hinzu. Die Prüfung des Gesamtmateriales ergibt, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Appendixgeschwulst und Appendicitis in jedem Falle natürlich nicht zu bestehen braucht, daß dagegen sehr wohl einmal, wie besonders von französischen Autoren betont ist, sich auf dem Boden einer chronischen Appendicitis eine bösartige Neubildung entwickeln kann, dann aber auch, daß Neubildungen bei Sitz im coecalen und mittleren Teile des Wurmes, durch zentrales Wachstum verengend bzw. verödend auf die Wurmlichtung wirkend, eine Prädisposition zur Entwicklung von Appendicitis abgeben können.

Klinisch praktisch kann eine zu primärem Krebs des Wurmes hinzutretende Appendicitis sehr nützlich werden, indem sie dem Wurmfortsatz nebst seinem Karzinom zu einer frühzeitigen Exstirpation verhilft, die ihm ohne sie nicht zuteil geworden wäre.

Die einschlägige Literatur ist in einem 14 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

10) **P. Esau.** Über die Radikaloperationen der Nabelbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 343.)

Nach kurzer Aufzählung der neueren, z. T. komplizierten Methoden zur Bauchdecken-Bruchpfortennaht bzw. Plastik bei Nabelbruchoperationen geht E. etwas näher auf die einfache, jedoch zuverlässige Nahtmethode von Bier ein, die mit der Methode von Championnière identisch ist. Die Bruchgeschwulst wird ovalär umschnitten, der umschriebene Hautlappen von der Fascienfläche abpräpariert, der Nabelring ringsum freigelegt. Folgt Eröffnung des Bruchsackes in geringer Ausdehnung, Reposition des Bruchinhaltes nach event. vorgängiger Netzresektion, Lösung von Verwachsungen usw., sodann Abtragung des Bruchsackes. Die Naht des Bauchfells geschieht mittels Tabaksbeutelnaht, bei größerem Bauchfellschnitt mittels fortlaufender Naht, doch so, daß der Anfangsfaden mit dem Schlußfaden zusammengeknotet wird, wodurch das Peritoneum bauchwärts eingestülpt und seine Narbe auf die Größe eines Knopfes verkleinert wird. Weiter werden schichtweise erst die Aponeurose, dann die Recti, schließlich die vordere Rectusscheide durch quer gelegte Knopfnähte derart zusammengenäht, daß stets breite Flächen jeder Schicht zusammengerafft aneinander gebracht und bauchwärts eingestülpt werden. Hiermit ergibt sich gute Entspannung der genähten Teile, so daß schließlich auch die Hautnaht ohne Spannung ausführbar ist. In ganz analoger Weise ist auch die Operation bzw. Naht postoperativer Narbenbauchbrüche ausführbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

11) **J. Schütte.** Über Pepsinverdauung bei Abwesenheit »freier Salzsäure«. (Aus dem I. öffentl. Kinderkrankeninstitut in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Unter Wiederaufnahme schon früher angestellter Versuche wendet sich S. gegen die Annahme, daß bei Abwesenheit freier Salzsäure die Verdauungskraft des Magens unbedingt vermindert sein oder fehlen müsse. Aus seinen nach der Volhard'schen Methode angestellten Versuchen geht hervor, daß die Anwesenheit freier Salzsäure für die Pepsinverdauung nicht notwendig ist, daß diese sogar bei beträchtlichem Salzsäuremangel zustande kommen kann. Demnach sei die Bestimmung der freien HCl von sehr geringem diagnostischen Werte, die des Salzsäuredefizits wertlos. Dagegen könne die Bestimmung

der Gesamtsalzsäure unter Umständen gute Anhaltspunkte bezüglich der digestiven und sekretorischen Funktion liefern.

Renner (Breslau).

12) **Moynihan.** Observations upon the treatment of chronic diseases of the stomach.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Auf Grund langjähriger Erfahrung kommt der Verf. zum Schluß, daß bei gutartigen chronischen Magenerkrankungen der operative Eingriff nur dann berechtigt ist, wenn er wirklich Nutzen bringt. Wenn keine ganz klaren Geschwürssymptome vorliegen, handelt es sich oft, besonders bei Frauen, die bereits jahrelang krank sind, um muskelschwache Magenwände. Eine Gastroenterostomie bringt in diesen Fällen keinen dauernden Vorteil, wie dies Verf. an zwei Fällen nachweist. Ebenso indizieren Geschwüre der kleinen Kurvatur oder der kardialen Magenhälfte keine Operation, da diese nicht zur Heilung führt. Dagegen gibt die Gastroenterostomie bei Geschwüren des Pylorus oder der präpylorischen Gegend ausgezeichnete Resultate. Die Jejunumschlinge soll dabei, entgegen der Forderung Mayo's, so angeheftet werden, daß der absteigende Schenkel nach rechts gegen den Ursprung des Wurmfortsatzes gerichtet ist, wodurch in über 200 Fällen des Verf.s der Circulus vitiosus vermieden worden sein soll, während es nur in einem Falle zum Duodenalgeschwür kam.

Bei diesem ist chirurgische Behandlung stets nötig; bei kleinem solitärem Geschwür dessen Exzision, bei multiplen Geschwüren Resektion des mobilisierten Duodenum und End-zu-End-Vereinigung nach Kocher. Bei Sanduhrmagen ist stets die Gastroenterostomie des proximalen Teiles nötig.

Strauss (Nürnberg).

13) **Connell.** Peptic ulcer of the jejunum.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Seitdem Braun 1899, 18 Jahre nach der ersten Gastroenterostomie, den ersten Fall von peptischem Geschwür des Jejunum veröffentlicht hat, sind insgesamt 49 analoge Fälle bekannt geworden, sämtlich nach einer wegen gutartiger Magenaffektion ausgeführten Gastroenterostomie entstanden. Das fatale Ereignis tritt häufiger ein, wenn zur Anastomose eine lange Darmschlinge verwendet wird. Die Geschwürsbildung kann latent verlaufen, bis akute Blutungen oder Perforationssymptome auftreten.

Die Behandlung soll in erster Linie prophylaktisch wirken, indem die Hyperazidität, die zur primären Magenerkrankung führte, auch nach der Gastroenteroanastomose für mindestens 6 Monate durch eine geeignete Diät ausgeschaltet werden muß. Für die Behandlung des Geschwüres selbst bestehen die gleichen Indikationen wie für das Magen- und Duodenalgeschwür.

In Anbetracht der Möglichkeit einer postoperativen Geschwürs-

bildung im Jejunum sollte die Gastrojejunostomie nur bei wirklicher Indikation, d. i. bei der Pylorusstenose, ausgeführt werden.

Strauss (Nürnberg).

---

14) **A. R. v. Ruediger-Rydygier jr.** Beitrag zur pathologisch-anatomischen Untersuchung der Hämorrhoiden.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 491.)

Die tüchtige, aus dem Wiener pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Weichselbaum) hervorgegangene Arbeit basiert auf fleißigen anatomischen Untersuchungen über die feineren topographischen Verhältnisse der Hämorrhoiden und über die Natur der denselben zugrunde liegenden Gefäßektasien. Um die interessierenden After-Mastdarmteile mit Zubehör (Sphinkter) in unverschobenen Situsverhältnissen präzis zur Anschauung zu bringen, wurden nach makroskopischer Musterung 4 cm lange, 2 oder mehr cm breite und dicke Schnitte dem Mastdarm entnommen und während einiger Tage in Formalin gehärtet. Dann folgte Abtragung feinerer Scheiben aus diesen Stücken zwecks Einbettung in Paraffin und Gewinnung von 5 μ dicken Schnitten, die nach geeigneter Färbung der mikroskopischen Betrachtung bei geringen Vergrößerungen (7—24fach) unterzogen wurden. Auf diese Weise sind mehr als 200 männliche wie weibliche und Kinder-, auch fötale Leichen untersucht. Die Beschreibung der Befunde erfolgt in der Arbeit an der Hand von 16 auf 12 Tafeln wiedergegebenen Abbildungen, bei denen Zeichnung und technische Reproduktion gleich vorzüglich ist. Sachlich-wissenschaftlich kommt es dem Verf. wesentlich darauf an, zu entscheiden, ob die alte, schon von Hippokrates gelehrte Ansicht, die Hämorrhoiden seien weiter nichts als Varicen der Aftervenen, zu Recht besteht, oder ob sie mit G. Reinbach als wirkliche Neubildungen (Angiome) anzusehen sind. v. R. erklärt, daß man, wenn man, wie er, einige Hunderte von mikroskopischen Präparaten durchmustert habe, zu der festen Überzeugung kommen wird, daß ersteres der Fall ist; dafür sprächen die Bilder der Knoten selbst, sowie ihr Verhältnis zu der Umgebung. Die beredte Sprache, welche die Abbildungen sprechen, ist ganz dazu angetan, den Leser für diese Theorie zu gewinnen.

Zur Vervollständigung ist noch hinzuzufügen, daß Verf. mit einem gedrängten historischen Überblick über die Literatur der Hämorrhoiden (Verzeichnis derselben mit 147 Nummern zum Schluß) von Hippokrates bis zur Gegenwart beginnt. Es folgt eine Besprechung der gröberen Anatomie der After-Mastdarmvenen, bei denen von Wichtigkeit ist, daß am Mastdarme zwei Venenplexus vorhanden sind, ein innerer für Mucosa und Submucosa und ein äußerer für die äußeren Weichteilschichten, die beide miteinander kommunizieren. Ebenso ist von Bedeutung, daß die aus der Mucosa und Submucosa kommenden Venenstämme die Muscularisschichten des Mastdarmes passieren müssen, womit ein Blutstauung begünstigendes Moment gegeben ist, zumal bei jeder Stuhlentleerung durch die Bauchpresse der Blutdruck in ihnen

erhöht wird. Schon bei jungen Individuen sind deshalb Gefäßerweiterungen nicht ungewöhnlich, bei Erwschsenen aber liegt die Sache so, daß es, wie Allingham erklärt hat, faktisch niemand gibt, der nicht Analvenenvaricen, also Hämorrhoiden, hat. Wenn letztere nicht immer als krankhaft zur Geltung kommen, liegt das daran, daß erst Komplikationen, Ulzeration, Infiltration, Infektion zu Beschwerden führen. Frauen zeigen die Abnormität nicht seltener, sondern gleich häufig wie Männer. Individuelle Eigentümlichkeiten, Erblichkeit, Rasse (Orientalen) haben prädisponierende Bedeutung für die Häufigkeit der Affektion. Dasselbe ist zu sagen von der »Plethora abdominalis«, übermäßiger Ernährung, sitzender Lebensweise, Exzessen in Venere (Onanie), Verstopfung, Unreinlichkeit usw. Auch Prostatahypertrophien mögen ätiologisch in Frage kommen; andererseits kann das Hämorrhoidalleiden seinerseits durch Blutkongestion auch zur Genese der Prostataerkrankung beitragen. Dagegen ist Herz- und Lebererkrankungen (Cirrhose) kein sonderlicher Einfluß auf die Hämorrhoidenbildung beizumessen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

15) **Deaver.** The medical and surgical treatment of gallstones, their scope and relations.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. geht davon aus, daß die ideale Behandlung der Gallensteinerkrankungen die chirurgische ist, und daß demzufolge alle Gallensteinkranken möglichst bald dem Chirurgen zugeführt werden sollen. Nur jene Kranken, bei denen Alter, Herzschwäche, Lungen- oder Nierenerkrankungen, schwere Anämie und Cholämie eine Operation aussichtslos machen, sind der internen Behandlung zuzuführen; diese kann lediglich symptomatisch und palliativ, niemals kausal wirken. Die chirurgische Behandlung der Gallensteinerkrankung erscheint ferner um so dringender, als der Zusammenhang von Leber-, Pankreas- und Darmerkrankungen mit Gallensteinerkrankungen für den Verf. feststeht. Bei der Operation sind alle irgend erreichbaren Steine zu entfernen, die Gallenblase nur dann, wenn sie nicht mehr als Gallenreservoir dienen kann. Drainage ist stets nötig, wenn Infektion vorhanden war. Die Drainage ins Duodenum betrachtet Verf. als einen Kunstfehler.

Bei postoperativem Erbrechen kommt möglichst baldige und ausgiebige Magenspülung in Betracht. **Strauss** (Nürnberg).

---

16) **Cammidge.** Pancreatic diabetes. With remarks upon its surgical treatment.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. geht davon aus, daß in 75% aller Fälle der Diabetes durch eine Erkrankung des Pankreas bedingt ist, dessen Langerhans'sche Inseln vor allem den Krankheitsherd darstellen. Die Unterscheidung

zwischen Diabetes infolge Pankreaserkrankung und Diabetes aus anderen Ursachen ist nun wegen der Möglichkeit einer kausalen Therapie des Pankreasdiabetes sehr wichtig. Die früher angegebenen differentialdiagnostischen Merkmale (plötzlicher Beginn, rascher Verfall, Diabète maigre) treffen nicht zu. Dagegen gelang es C. bei Pankreaserkrankungen eine stets zuverlässige Reaktion des Urins zu finden, die in über 800 Proben ein positives Resultat ergab und auch bereits im Tierexperiment erprobt wurde (Eichler, Berliner klin. Wochenschrift 1907 Nr. 25). Die Reaktion beruht auf dem Vorhandensein einer nicht fermentativen Pentose und läßt durch eine Modifikation auch erkennen, ob es sich um aktive oder degenerative Prozesse im Pankreas handelt. In 48 Fällen, die teilweise nach dem Tode untersucht wurden, gaben 36 Fälle ein positives Resultat. In diesen Fällen war stets eine Pankreaserkrankung vorhanden, die entweder sekundär durch eine Entzündung der Ausführungsgänge oder durch Veränderungen der Blutgefäße bzw. Zirkulationsstörungen oder durch eine Neubildung der Drüse oder Umgebung bedingt war.

Die Behandlung der Pankreaserkrankungen nach biologischen Prinzipien (Pankreas-Duodenalmuskelextrakte) steht zurzeit noch im Versuchsstadium. Diätetische und hygienische Maßnahmen führen nur in den wenigsten Fällen zur Heilung. Da vorgeschrittene Erkrankungen als unheilbar betrachtet werden müssen, soll die Behandlung auf Grund der Pankreasreaktion möglichst frühzeitig, schon im präglykosurischen Stadium, eingreifen. Dabei muß die Ätiologie berücksichtigt werden, indem für die Fälle, die durch Entzündung nach Infektion der Ausführungsgänge bedingt sind, die chirurgische Therapie in Frage kommt, wenn interne Behandlung mit Natrium salicylicum und Darmantisepticis nicht in kurzer Zeit zur Heilung, d. i. zum Verschwinden der Pankreasreaktion führt. Dabei ist die Drainage der Pankreasausführungsgänge durch Cholecystenterostomie und eventuell Gastroenteroanastomose zur Ausschaltung des erkrankten Duodeum indiziert.

Zum Schluß betont Verf. noch das häufige Zusammentreffen von Gallensteinerkrankung und Diabetes, der durch die gleichzeitige Pankreatitis bedingt ist. In drei von vier Fällen brachte die Cholecystenterostomie Heilung, indem Pankreasreaktion und Zucker im Urin verschwand. Diabetes ist also keine Kontraindikation zur Operation der Gallensteinerkrankung, sondern bildet geradezu eine Indikation zum operativen Eingriff.

Pankreasdiabetes auf Grund luetischer Erkrankung verlangt antisyphilitische Behandlung; bei arteriosklerotischer Genese ist individualisierende diätetische und hygienische Behandlung im allgemeinen recht erfolgreich.

Strauss (Nürnberg).

17) **F. Eichler.** Experimentelle Beiträge zur Diagnose der Pankreaserkrankungen. Die Cammidge'sche »Pankreasreaktion« im Urin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 25.)

Bei der Schwierigkeit der Diagnose einer Pankreaserkrankung am Lebenden und bei der Wichtigkeit der Frage soll die Untersuchungsmethode hier ausführlich wiedergegeben werden:

»Der zu prüfende Urin wird, wenn er weder Eiweiß noch Zucker enthält, sorgfältig filtriert und hierauf zu 20 ccm vom klaren Filtrat 1 ccm starke Salzsäure (spez. Gewicht 1,16) zugefügt. Diese Mischung wird langsam auf dem Sandbade in einem kleinen Kölbchen unter Zuhilfenahme eines Trichters als Kondensor erhitzt und 10 Minuten lang gekocht. Hierauf wird gut gekühlt und der Inhalt mit destilliertem Wasser wieder auf 20 ccm ergänzt. Der Überschuß von Säure wird nun neutralisiert durch langsames Hinzufügen von 4 g Bleikarbonat. Nach mehrere Minuten langem Stehen wird die Lösung durch ein gut angefeuchtetes dickes Filter vollkommen klar filtriert und das Filtrat sodann mit 4 g pulverisiertem dreibasigen Bleiazetat gut geschüttelt. Nach einiger Zeit filtriert man wieder bis zu vollständiger Klarheit und fällt dann das überschüssige Blei durch Zufügen von 2 g pulverisiertem Natriumsulfat als Schwefelblei aus, erhitzt die Lösung zum Sieden und kühlt sie in kaltem, fließenden Wasser auf eine möglichst niedrige Temperatur ab. Nunmehr wird der Inhalt der Flasche vorsichtig filtriert, und 10 ccm des klaren Filtrates werden mit destilliertem Wasser zu 18 ccm aufgefüllt. Hierzu kommen:

0,8 g salzsaures Phenylhydrazin,
2,0 g pulverisiertes Natriumazetat und
1 ccm 50%ige Essigsäure.

Dieses Gemisch wird in einem kleinen Kölbchen, wobei man wiederum einen Trichter als Kondensor benutzt, auf dem Sandbade 10 Minuten lang gekocht und dann durch ein mit heißem Wasser angefeuchtetes Filter in ein auf 15 ccm geeichtes Reagensglas filtriert. Sollte ein Filtrat von geringerer Menge sein, so wird es mit heißem Wasser bis zu 15 ccm aufgefüllt.

In ausgesprochenen Fällen von Pankreatitis soll sich bereits nach wenigen Stunden ein hellgelbes, flockiges Präzipitat bilden; doch ist es ratsam, das Filtrat bis zum nächsten Tage zur Abscheidung des Niederschlages ruhig stehen zu lassen. Unter dem Mikroskop betrachtet, setzt es sich zusammen aus langen, hellgelben, haarfeinen Kristallen, die in Büscheln angeordnet sind. Setzt man 33% Schwefelsäure zu, so lösen sie sich auf und verschwinden 10—15 Sekunden nachdem die Säure mit ihnen in Berührung gekommen ist. Das Präzipitat muß jedesmal mikroskopisch untersucht werden, da es unmöglich ist, den Charakter des oft nur ganz geringen Sediments mit bloßem Auge zu erkennen und somit leicht ein positiver Ausfall der Reaktion übersehen werden könnte.«

Sollte Zucker im Harn vorhanden sein, so muß man ihn vorher mittels Hefe vergären, den Alkohol durch Kochen des Urins austreiben, ehe man obiges Verfahren einleitet. Eiweiß muß zuvor durch Behandeln mit Ammoniumsulfat oder durch Ansäuern mit Essigsäure, Kochen und Filtrieren entfernt werden.

Verf. hat untersucht, ob man im Harn von Hunden, denen man experimentell eine Pankreatitis erzeugt hatte, die von Cammidge angegebene Reaktion bekam. Das Ergebnis war, daß in sämtlichen drei experimentell erzeugten Fällen von akuter Pankreatitis die Reaktion deutlich positiv ausfiel, während der Urin des gesunden Tieres dieselbe nicht gab; es handelte sich einmal um Pancreatitis haemorrhagica, in den beiden anderen um Pancreatitis purulenta diffusa.

E. empfiehlt die Methode zur Nachprüfung an einem großen Krankenmaterial. **Langemak** (Erfurt).

---

18) **Mayo Robson.** Pancreatic catarrh and interstitial pancreatitis in their relation to catarrhal jaundice and also to glycosuria.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Die katarrhalische und chronische Gelbsucht ist in den allermeisten Fällen nicht durch eine primäre Erkrankung der Gallenwege bedingt. Auf Grund theoretischer Erwägungen und noch mehr auf der Basis zahlreicher autoptischer Befunde bei der Operation kommt R. zum Schluß, daß es sich bei der Mehrzahl der Fälle von Gelbsucht primär um eine Erkrankung des Pankreas handle, dessen Entzündung einen Druck auf den Gallenausführungsgang bedinge, wodurch es leicht zu einem Verschluß desselben und zur Gallenstauung komme, da die Galle nur unter einem recht geringen positiven Druck entleert werde. Die chronische Entzündung des Pankreaskopfes wurde früher vielfach als bösartige Neubildung diagnostiziert, und die Pat. ihrem Schicksal überlassen. 200 eigene Fälle zeigten dem Verf., daß gerade bei der Pankreatitis der chirurgische Eingriff berechtigt und von großem Nutzen ist.

Die Diagnose wurde in neuerer Zeit durch die Cammidge'sche Pankreasreaktion des Urins erheblich gefördert; daneben unterstützt die Beobachtung des Kotes (unverseifte Neutralfette) den Untersucher. Gallensteine können trotz gleichzeitig vorhandener Pankreatitis ohne Gelbsucht verlaufen, wie der Choledochus hinter dem Pankreaskopf verläuft, was in 30% aller anatomisch untersuchten Fälle vorliegt. Sehr oft jedoch bedingt die Entzündung der Gallenwege eine Pankreatitis und dadurch Gallenstauung, die am besten durch die Cholecystenterostomie behoben wird. Es ist daher durchaus verwerflich, bei Gallenblasensteinen die Cholecystektomie zu machen, wenn die Gallenblase noch einigermaßen gebrauchsfähig ist, zumal Rezidive von Steinbildung in der Blase nach Cholecystotomie und Drainage recht selten sind.

Zur Zuckerausscheidung kommt es bei der Pankreatitis nur, wenn es sich um weitgehende Drüsenveränderungen handelt, die auch die Langerhans'schen Inseln zerstören. In der Regel tritt dies erst nach langer Zeit ein, weshalb die Pankreatitis und die begleitenden Gallenwegerkrankungen möglichst frühzeitig und recht ausgiebig durch genügende Gallendrainage behandelt werden sollen. Geringe Zuckermengen im Urin bilden keine Kontraindikation gegen die Operation.

Die Mortalität der Operationen wegen chronischer Pankreaserkrankung betrug etwas über 2%, in 55 Fällen handelte es sich um Pankreas- und Gallensteinerkrankung. 42 Choledochotomien, 9 Cholecystotomien und 4 Cholecystenterostomien führten in 52 von diesen 55 Fällen zur Heilung, die in 48 Fällen eine dauernde war. 46mal handelte es sich lediglich um interstitielle Pankreatitis. Hier wurde 19mal die Cholecystotomie, 17mal die Cholecystenterostomie und 5mal die Lösung von Verwachsungen vorgenommen und in den meisten Fällen dauernde Heilung erzielt. **Strauss** (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

19) **W. Göbel.** Erfahrungen mit der v. Pirquet'schen kutanen Tuberkulinreaktion. (Aus der chirurg. Klinik der Kölner Akademie für praktische Medizin. Prof. Dr. Tilmann.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 4.)

Unter den geimpften Personen fanden sich ca. 1/3 solcher, die mit Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose behaftet waren. Von den 17 kindlichen reagierten auf die Impfung alle bis auf einen Fall, von den 54 Erwachsenen ebenfalls alle außer einem; wenn auch viele andere klinisch tuberkulosefreie Erwachsene positive Reaktion gezeigt hatten. G. hält im Kindesalter den positiven Ausfall der Reaktion für nahezu beweisend und ist der Ansicht, daß er auch bei Erwachsenen einen vorsichtigen Schluß gestatte. Bei negativem Ausfall einer event. wiederholten Impfung kann bei Erwachsenen mit aller Wahrscheinlichkeit Tuberkulosefreiheit angenommen werden. **Kramer** (Glogau).

20) **Hymans** und **Polak-Daniels.** Über die Behandlung der Tuberkulose mit Marmorek'schem Serum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48 u. 49.)

Nach einer resumierenden Wiedergabe der von anderer Seite mit dem Marmorek'schen Serum gemachten Erfahrungen teilen Verff. unter Wiedergabe der Krankengeschichten ihre eigenen Beobachtungen mit. Bei Pat. mit Lungentuberkulose waren die Resultate bei weitem nicht überall befriedigend; doch geht aus den obenerwähnten Krankengeschichten hervor, daß in einzelnen Fällen gute Resultate erzielt wurden, die wahrscheinlich auf andere Weise nicht erreicht wären. Bei der chirurgischen Tuberkulose war in fast allen Fällen die heilende Wirkung des Serums zu sehen, so daß an einer spezifischen Wirkung von den Verff. nicht gezweifelt wird. Die Resultate stimmen im allgemeinen mit denen der meisten anderen Autoren überein. — Es wurden 5 ccm als Klysma mittels einer Glyzerinspritze mit langer Kanüle gegeben, nachdem vorher Darmentleerung stattgefunden hatte. Obwohl die Pat. das Serum viele Monate hindurch täglich bekamen, wurden unangenehme Nebenwirkungen nie beobachtet. Je früher das Serum angewandt wurde, um so sicherer die Wirkung bei der chirurgischen Tuberkulose.

Langemak (Erfurt).

21) **A. Wetzel.** Ein Fall von Schweinerotlauf beim Menschen und dessen Heilung durch Schweinerotlaufserum.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Bei einem Tierarzt, der sich bei Injektion einer Reinkultur von Rotlaufbazillen am Daumen verletzt und infiziert hatte, verwendete W. gegen die progressive erysipelartige Schwellung anfangs die Bier'sche Stauung, bald aber wegen des Fortschreitens der Erkrankung eine Einspritzung von $8^1/_2$ ccm Rotlaufserum in das Unterhautzellgewebe des Bauches und eines Oberschenkels. Die Schmerzen ließen fast sofort nach; nach wenigen Stunden war auch die Rötung und Schwellung an der Hand und der lymphangitische Strang am Arme geschwunden.

Kramer (Glogau).

22) **A. Heddaeus** (Zittau). Tetanus nach subkutaner Gelatineinjektion nebst Bemerkungen über Anwendung der Gelatine bei Blutungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Zur Stillung einer Blutung aus der Leber nach einer schwierigen Choledochusoperation nebst Gastroenterostomie hatte H. am Abend des Operationstages eine Einspritzung von ca. 80 ccm einer (vom Apotheker wohl unzureichend) sterilisierten 2%igen Gelatinelösung gemacht. 5 Tage später kam es zu Tetanus, dem die Pat. am folgenden Tage erlag. — Dieser Fall ist der zwölfte von Tetanus nach Gelatineinjektion; alle sind schwer und tödlich verlaufen. — Auch H. warnt deshalb vor der Verwendung der vom Apotheker bezogenen Gelatine, an Stelle welcher nur die 10%ige sterilisierte Gelatine Merck's für subkutane Einspritzungen in Betracht kommen darf; es ist das zurzeit handlichste und einwandsfreieste Präparat. Wo solche nicht erhältlich, muß die Darreichung der gewöhnlichen käuflichen Gelatine durch Mund oder Mastdarm der subkutanen Injektion vorgezogen werden.

Kramer (Glogau).

23) **P. Zacharias** (Erlangen). Zwei mit Antitoxin »Höchst« behandelte Fälle von Tetanus nach gynäkologischen Operationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Von den in bezug auf die Entstehung der Tetanusinfektion nach Operation einer Eierstocksgeschwulst bzw. eines Scheidenvorfalles unaufgeklärt gebliebenen beiden Fällen von Tetanus ist der eine trotz der in den ersten 24 Stunden begonnenen Antitoxindarreichung (im ganzen 400 Antitoxineinheiten) 3 Tage darauf gestorben, während die andere Pat., die im ganzen 1400 Antitoxineinheiten erhielt, vielleicht infolge dieser höheren Dosen gerettet wurde; es waren ihr außerdem innerhalb 9 Tagen $9^1/_2$ Liter Kochsalzlösung subkutan verabfolgt worden.

Kramer (Glogau).

24) **Gebele.** Über die Behandlung mittels Hyperämie nach Bier. (Aus der chirurg. Klinik München. Geh.-Rat v. Angerer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 3 u. 4.)

Die Erfahrungen der Münchener chirurgischen Klinik über Hyperämiebehandlung bei Tuberkulose der Knochen und Gelenke waren im allgemeinen nicht gute; es traten sehr häufig heiße und kalte Abszesse nach vorübergehender Besserung, erstere bei aufgebrochener, letztere bei geschlossener Tuberkulose, auf. Von den elf Kniegelenkstuberkulosen sind nur zwei, von den sechs Fußwurzel- und Fußgelenkstuberkulosen keine geheilt; befriedigender waren die Resultate bei den Ellbogen-, Hand- und Schultergelenkstuberkulosen, wenn auch nur ein Teil von ihnen zur Heilung kamen. Im allgemeinen war der Eindruck, daß Weichteil- und besonders offene Tuberkulosen auf die Stauung besser reagieren, wie Knochen- und geschlossene Tuberkulosen. Wesentlich günstiger lautet das Urteil über die mit der Stauung bei den akut entzündlichen Prozessen erzielten Erfolge, die besonders bei Sehnenscheiden- und ostalen Panaritien besser waren, als seinerzeit Bestel-



meyer (s. Referat d. Bl. 1906 p. 656) aus derselben Klinik berichtet hatte. Unter der Stauung und Verminderung der Tamponade erholten sich häufig matte, verfärbte Sehnen oder stießen sich nur kleine Fetzen ab, so daß das funktionelle Resultat das bei der alten Behandlung erreichte weit übertraf. Allerdings wurden bei Sehnenscheidenphlegmonen, bei progredienten und tiefgehenden Eiterungen die Schnitte immer groß angelegt, so daß der Eiter gut abfließen konnte. Auch bei anderen akut eitrigen Prozessen waren die Erfolge der Saugbehandlung gute; bei eitriger Infiltration der Brustdrüse genügten indes Stichinzisionen ebenfalls nicht. Sehr empfehlenswert erwies sich die Stauungsbehandlung bei infizierten Wunden und als Prophylaktikum. Auch die Heißluftbehandlung ergab recht Erfreuliches; Distorsionen, Gelenkentzündungen wurden günstig beeinflußt, Gelenksteifigkeiten, z. B. nach Frakturen, rasch beseitigt. **Kramer** (Glogau).

25) J. Oehler. Unsere Erfahrungen bei 1000 Fällen von Rückenmarksanästhesie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 273.)

Nach schlechten Erfahrungen mit der Verwendung von β-Eukain wurde im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause die Lumbalanästhesie 1905 wieder aufgenommen. Die Technik war die allgemein übliche. Das Alter der Anästhesierten schwankte zwischen 7—80 Jahren.

Zuerst wurde in 186 Fällen Stovain-Billon in einer Dosis von 3 ccm einer 4%igen adrenalinhaltigen Lösung benutzt. 161 Anästhesien waren gut, bei 15 Fällen mußte Narkose zu Hilfe genommen werden, und in 12 Fällen war die Wirkung eine unvollständige. Unangenehme Neben- und Nachwirkungen traten 30mal auf; am besorgniserregendsten waren Kollapszustände, während dauernde Paresen nie beobachtet wurden.

Mit Novokain in 5%iger Lösung und in Dosen von 2—4 ccm, je nach dem beabsichtigten Effekt, wurden 393 Anästhesien ausgeführt; darunter waren 15 völlige Versager und 15 unvollständige Wirkungen.

Die Neben- und Nachwirkungen (Kollapse, Kopfschmerzen, meningitische Reizung) schienen weniger bedeutend und die Wirkung ebenso sicher zu sein, wie bei Stovain.

73 Versuche mit Alypin vindizierten diesem Mittel keine Vorzüge vor dem Novokain.

Neuerdings ist ausschließlich Tropakokain in 5%iger Lösung in einer Dosis von 1—1½ ccm in Gebrauch. Unter den 146 Fällen waren 8 Versager und 9mal Neben- resp. Nachwirkungen leichterer Art zu konstatieren.

Tropakokain scheint bis jetzt das harmloseste Mittel zur Rückenmarksanästhesie, seine Wirksamkeit aber von kurzer Dauer zu sein.

Wie die ganze Methode, so steht speziell die Beckenhochlagerung hierbei noch im Stadium des Versuches.

So ideal ruhig wie Tropfnarkosen mit dem Roth-Dräger'schen Sauerstoffapparat und unter Skopolamin-Morphiumverwendung sind Lumbalanästhesien nie, und bei Laparotomien ist die Inhalationsnarkose entschieden vorzuziehen. Sehr brauchbar ist die Lumbalanästhesie dagegen bei Phthisikern, Potatoren, Herzkranken, alten Leuten usw. Absolut kontraindiziert ist sie bei septischen Prozessen, wie ein Todesfall an Meningitis lehrte. **Reich** (Tübingen).

26) E. Holzbach. 80 Lumbalanästhesien ohne Versager. (Aus der Tübinger Universitäts-Frauenklinik. Prof. Dr. Sellheim.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Bei der Lumbalanästhesie, der Morphin-Skopolamineinspritzungen 1½ und ½ Stunde vorher vorausgeschickt werden, wird die Krönig'sche Nadel mit einem kurzen Schlauchstück armiert, das eine ruhige Lage der ersteren ermöglicht, und dem Stovain erst bei der Injektion das Suprarenin zugesetzt, durch das die Dauer der Anästhesie in einer für gynäkologische Operationen erforderlichen Weise

verlängert wird. Nach der ganz langsam durch den Schlauch vorgenommenen Einspritzung und Entfernung der Nadel wird Pat. steil aufgerichtet und in dieser Stellung ca. 5 Minuten belassen, bis die Injektionsflüssigkeit die Wärme des Liquors erreicht hat, danach langsam niedergelegt, wobei der Oberkörper erhöht gelagert ist, und nun langsam in Beckenhochlagerung übergeführt, wodurch ein Hinschwemmen des Giftes in Gegenden mit lebenswichtigen Zentren vermieden wird. Nach der Operation wird ebenso langsam die Horizontallage wieder hergestellt. Der Erfolg war in allen Fällen ein vollständiger, schwerere Nachwirkungen blieben stets aus. H. führt dies auf die Technik der Injektion, die Vermeidung brüsker Lageveränderungen und die absolute Reinheit des Anästhetikums zurück.

Kramer (Glogau).

27) **Hartleib.** Einwirkung der Tropakokain-Lumbalanästhesie auf die Nieren. (Aus der chirurg. Abteilung des St. Marienhospitals Bonn. Prof. Dr. Greff.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Nach den allerdings nicht zahlreichen Erfahrungen H.'s bezüglich der Lumbalanästhesie mit Tropakokain kommen nach dieser sehr viel seltener als bei Stovainanwendung Nebenwirkungen auf die Nieren vor; in dem einzigen Falle solcher wurden sie erst 18 Tage nachher — Fall von perityphlitischem Abszeß! — beobachtet und schwanden nach 3 Tagen vollständig. **Kramer** (Glogau).

28) **F. Michelson.** Über die Wertlosigkeit des Zusatzes von Nebennierenpräparaten bei der Lumbalanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Die Arbeiten von Dönitz und Bier bilden die Grundlage für die Einführung des Adrenalins in die Lumbalanästhesie. M. sucht nun zu zeigen, daß dieses Mittel bei gleichzeitiger subduraler Anwendung keinerlei entgiftende Wirkung auf das Kokain ausübe, wie dies Thies' Versuche beweisen, daß der Nutzen eines Adrenalinzusatzes ausschließlich auf der Verdünnung des Anästhetikums beruhe, bei Verwendung von gebrauchsfertigen adrenalinhaltigen Lösungen aber fortfalle. M. ist der Ansicht, daß gerade der Zusatz von Nebennierenpräparaten die Ursache der unangenehmen Nachwirkungen bei der Lumbalanästhesie sei. Die Verlängerung der Dauer der letzteren bei Adrenalinzusatz infolge verlangsamter Resorption des Anästhetikums biete keinen Vorteil, bedeute vielmehr einen Nachteil, da die Rückenmarkshäute länger mit dem meist als Reiz auf sie wirkenden Anästhetikum in Berührung bleiben und die Entzündungserscheinungen mit ihren Folgen heftiger seien. Diese theoretischen Erwägungen haben in M.'s klinischen Beobachtungen ihre volle Bestätigung gefunden; Verf. hat, seitdem er die Nebennierenpräparate fortläßt, nach Tropakokain niemals mehr, nach Stovain viel seltener Nachwirkungen von der Lumbalanästhesie gesehen. **Kramer** (Glogau).

29) **Gaudier** (Lille). Rhachistovaïnisation en chirurgie infantile.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 52.)

Zur Frage der Ausdehnung der Lumbalanästhesie auch auf das kindliche Alter sind die Resultate bedeutsam, die G. dabei erzielte. Er hat dieselbe bei Kindern bis herab zum 8. Lebensjahr angewendet und ist bis auf Hernienoperationen zufrieden mit den Leistungen. Nur bei wenigen Pat. trat etwas Erbrechen auf. Man muß nur die Aufmerksamkeit der Kinder ablenken.

Kaehler (Duisburg-M.).

30) **A. Becker.** Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 1.)

Die umfangreiche statistische Arbeit bildet eine Fortsetzung der Madelungschen und erstreckt sich auf die Zeit vom 1. Januar 1884 bis 31. Dezember 1905,

in welcher 327 Erkrankungsfälle beim Menschen ärztlich bekannt wurden. Mit einer einzigen Ausnahme handelte es sich durchweg um den Echinokokkus unilocularis hydatidosus.

Die Häufigkeit der menschlichen Echinokokkenerkrankung in Mecklenburg hat seit Madelung nicht ab-, sondern beträchtlich zugenommen. Die Verteilung auf die einzelnen Landesteile ist die gleiche geblieben; bevorzugt ist der Osten und Norden des Landes. Ebenso hat die Zahl der Hunde zugenommen, sowohl absolut als im Verhältnis zur Bewohnerzahl. Die mecklenburgischen Hunde beherbergen häufiger als Hunde anderer Länder die Taenia echinococcus. Der größte Teil der an Echinokokkus erkrankten Mecklenburger gehört den niederen Ständen an, ein großer Teil Berufen, die viel mit Hunden zu tun haben. Der Viehreichtum von Mecklenburg hat seit 1883, obgleich eine erhebliche Abnahme der Schafzucht stattgefunden hat, im ganzen doch beträchtlich zugenommen, und zwar in stärkerem Maß als die Bevölkerung. Doch weist Mecklenburg heute noch die stärkste Schafzucht in Deutschland auf; und zwar wird in den Aushebungsbezirken Mecklenburgs, wo die meisten Echinokokkenerkrankungen vorkommen, auch die intensivste Schafzucht getrieben.

Im Verein mit Pommern weist Mecklenburg in ganz Deutschland den höchsten Prozentsatz von echinokokkenkrankem Schlachtvieh auf, doch scheint die Seuche im ganzen beim mecklenburgischen Vieh im Rückgange begriffen zu sein. Die sichergestellte Abnahme beim Schlachtvieh ist hauptsächlich auf die Errichtung von Schlachthäusern und Einführung des Schlachthauszwanges zurückzuführen. Ein Einfluß dieser hygienischen Maßnahmen auf die Erkrankungshäufigkeit beim Menschen hat sich noch nicht geltend gemacht, wohl wegen der langen Latenzzeit des Leidens.

Zur weiteren Bekämpfung der Seuche wird vorgeschlagen, die Haltung von Hunden gesetzlich einzuschränken, Schlächtern usw. die Hundehaltung im Betriebe ganz zu untersagen, die Hunde jährlich 1—2mal einer zwangsmäßigen Wurmkur zu unterwerfen, den Schlachthauszwang auszudehnen, erkrankte Tierorgane radikal zu vernichten usw.

Der Arbeit sind die Krankengeschichten der 327 Echinokokkenfälle, nach den befallenen Organen geordnet, beigefügt. Sie enthalten teilweise auch Operations- und Sektionsprotokolle, sowie Mitteilungen über das spätere Schicksal der Pat. Betreffs dieser Einzeldeiten muß auf das Original verwiesen werden.

Reich (Tübingen).

31) **M. Grasmann.** Ein Fall von Berstungsruptur des Darmes infolge Hebens einer Last bei gleichzeitiger doppelseitiger Leistenhernie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 41.)

Der aus dem städtischen Krankenhause München r. d. I. (F. Brunner) stammende Fall betrifft einen gesunden 48jährigen Arbeiter, der, mit einem doppelten Leistenbruche behaftet, beim Heben eines 1 Zentner schweren Sackes einen heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend empfand. In den folgenden 17 Stunden tritt diffuse Peritonitis ein, als deren Ausgangspunkt die Laparotomie einen Dünndarmriß 80 cm oberhalb der Ileocoecalklappe ergibt. Die perforierte Schlinge liegt dem rechten inneren Bruchringe dicht an und zeigt die Berstungsöffnung nebst kleinem Bluterguß auf der konvexen Seite. Tod.

Da die Sektion sonst völlige Gesundheit von Darm und Darmgefäßen ergab, eine äußere Gewalteinwirkung auf den Kranken aber nicht stattgefunden hatte, kann das Platzen des Darmes nur auf die Wirkung der Bauchpresse beim Heben zurückgeführt werden. Durch die Kontraktion der Bauchmuskeln schlüpfte die Schlinge unter dem Bruchbande nach dem Orte des geringsten Widerstandes, d. h. in den Leistenbruchsack, und unterlag in diesem einer Überdehnung, die zu ihrer Berstung führte.

G. stellt aus der Literatur zehn analoge, auf Erhöhung des intraabdominalen Druckes zurückzuführende subkutane Darmrupturen zusammen. Daß in sieben dieser Fälle ebenfalls gleichzeitig eine Leistenhernie resp. eine Bruchanlage fest-

gestellt ist, spricht für die Richtigkeit der von G. angenommenen Theorie zur Erklärung dieser Art von Darmrupturen, die zuerst von Bunge aufgestellt wurde.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 20 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **Steinthal** (Stuttgart). Zur Kenntnis der Verletzung des Duodenum durch stumpfe Gewalt.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 4.)

Fall von querer Zerreißung des unteren horizontalen Schenkels des Duodenum bei einem 18jährigen Manne, der durch einen schweren Wagen überfahren worden war; im Mesenterium des Colon transversum ein 8 cm langer Riß. Operation 8 Stunden nach der Verletzung. Darm- und Mesokolonnaht, Gastroenterostomie, Drainage. Nach günstigem Verlauf in den ersten 7 Wochen plötzlich Ileuserscheinungen. Bei der Relaparotomie fand sich eine der oberen Jejunumschlingen durch einen Strang geknickt, der durchtrennt wurde. Heilung.

Der eigenartige Mechanismus der Verletzung wird von S. im Sinne Hertle's näher besprochen. Der Fall lehrt, daß hinter Mesenterialverletzungen Darmverletzungen stecken und leicht übersehen werden können. **Kramer** (Glogau).

33) **Baudet.** Sur une observation de plaie du rectum par empalement.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 7.)

Pfählungsverletzung durch die lanzenförmige Spitze eines Gitters, die sich in den Mastdarm einbohrte und, von dort nach oben dringend, das Bauchfell weit eröffnete. Nach Versorgung der unteren Wunde Laparotomie, die keine weitere Organverletzung ergab. Glatter Heilungsverlauf nach Naht der Peritonealwunde.

Kaehler (Duisburg-M.).

34) **Sieur.** Empalement accidentel, perforation de la paroi antérieure du rectum et contusion de la vessie. Laparotomie, guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 41.)

Pfählung auf ein Schullineal beim Versuch sich auf dasselbe zu setzen. Das Lineal dringt, ohne den Sphinkter zu verletzen, in den Mastdarm, durchbohrt die vordere Wand desselben, dringt zwischen Blase und deren hinteren Peritonealüberzug nach oben. In der halben Höhe der Blase bohrt es sich in die Bauchhöhle ein. Die vorgenommene Laparotomie stellte die letzt gemachten Angaben klar. Die Heilung war kompliziert durch Auseinanderweichen der Mastdarmnähte und eine nach 10 Tagen auftretende abdominelle Blasenfistel, war aber schließlich eine vollständige. **Kaehler** (Duisburg-M.).

35) **Schumann.** A study of pseudomyxoma peritonei, with the report of a case.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. schildert an der Hand eines bei einer 53jährigen Frau beobachteten Falles die klinischen Erscheinungen des Pseudomyxoma peritonei. Die Laparotomie ergab ein geplatztes Cystadenom des linken Eierstockes. Von der Geschwulst ausgehend war das Netz und der Wurmfortsatz cystisch entartet. Es wurde zunächst lediglich die primäre Geschwulst entfernt. Nach 2 Jahren zeigte sich abermals starke Anschwellung des Leibes, die eine Relaparotomie nötig machte. Nun war die ganze Bauchhöhle mit myxomatösem Gewebe ausgefüllt, dessen Entfernung wegen zu starker Blutung nur partiell vorgenommen werden konnte. Die histologische Untersuchung ergab eine cystöse Geschwulst mit Zylinderepithel.

Auf Grund einer kurzen Literaturübersicht, unter Anführung von 56 Fällen, kommt Verf. zum Schluß, daß das Pseudomyxom des Bauchfells histologisch als eine Abart des Karzinoms betrachtet werden muß, dem es auch klinisch infolge seiner Neigung zu Rezidiven und wegen der sich bald einstellenden Kachexie

gleicht. Als Ausgangspunkt der Erkrankung muß ein geborstenes multilokuläres Cystadenom betrachtet werden. **Strauss** (Nürnberg).

36) **E. Ruff.** Darmblähung und Darmlähmung bei Sepsis extraabdominellen Ursprunges. (Aus der chirurg. Abteilung des Spitals der Wiener allgem. Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

In einem Falle war im Anschluß an eine Gelenkoperation eine Sepsis entstanden, in deren Endstadium abdominelle Symptome in den Vordergrund traten: hochgradiger Meteorismus, Fehlen der Peristaltik. Dagegen fehlte Erbrechen, obwohl aus dem Magen durch Ausheberung große Mengen zersetzter Flüssigkeit entleert wurden. Die Blähung war zuerst ziemlich allgemein, später auf Blinddarm, Colon ascendens und transversum lokalisiert und scharf begrenzt.

Der zweite Pat. wurde stark delirierend, mit einer phlegmonösen Schwellung und Rötung am Oberschenkel, enormem Meteorismus bei fehlender Peristaltik eingeliefert. Anamnestisch war nicht festzustellen, welcher Prozeß zuerst bestanden hatte. Angeblich bestand seit 3 Tagen Stuhlverhaltung und Kotbrechen. Die Diagnose wurde hier auf septische Darmlähmung gestellt. Gegen septische Embolie der Mesenterica superior sprach das Fehlen blutiger Diarrhöen und heftiger Schmerzen, ferner das Fehlen anderer embolischer Herde, speziell einer Endokarditis. Auch eine Peritonitis kam kaum in Betracht, da weder Schmerzen, Singaltus, Erbrechen, noch Exsudat vorhanden waren.

Schließlich beeinflußte auch der kurz vorher beobachtete erste Fall die Stellung der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf septisch-toxische Darmlähmung. Die Obduktion bestätigte die Diagnose.

Aus der Literatur bringt Verf. einige Beispiele für die Möglichkeit des Entstehens einer Darmlähmung auf toxischem Wege, vor allem Fälle von Mannaberg.

Therapeutisch käme als Indicatio symptomatica Kolostomie in Frage, doch hat sie wohl bei dem vollkommenen Fehlen von Peristaltik wenig Wert. Medikamentöse Behandlung mit Klysmen, Abführmitteln, Physostigmin war erfolglos. Ein Befolgen der Indicatio morbi durch Inzision der Phlegmone war ebenfalls nutzlos; vielleicht wäre sie in einem früheren Stadium erfolgreicher gewesen.

Die Fälle lehren, daß man bei Ileusfällen ohne auffindbare lokale Ursache auch an septische Entstehung extraabdominellen Ursprunges denken soll. — Kurze Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

37) **G. Hirschel.** Der heutige Stand der operativen Therapie der akuten eitrigen diffusen Peritonitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 263.)

Der Besprechung liegen 110 Krankengeschichten von Peritonitis diffusa zugrunde, die nach den Gesichtspunkten der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie abgehandelt werden.

Als Gesamtheilungsresultat ergab sich:

Peritonitis durch Appendicitis	65 Fälle;	30 geheilt,	35 †.
» bei Gallenblasenerkrankung	7 »	0 »	7 †.
» bei Magenperforation	6 »	2 »	4 †.
» durch Duodenumperforation	3 »	0 »	3 †.
» bei Darmperforation verschiedener Ätiologie	15 »	2 »	13 †.
» bei Dysenterie und Enteritis	2 »	0 »	2 †.
» bei weiblichen Genitalaffektionen	5 »	1 »	4 †.
» bei Blasenruptur	1 »	0 »	1 †.
» ohne bekannten Ausgangspunkt	6 »	0 »	6 †.

Die Erfahrungen des Verf.s führten in bezug auf die Therapie zu folgenden Schlußsätzen:

Alle Fälle von diffuser Peritonitis sind chirurgisch zu behandeln, mit Ausnahme einzelner, ganz desolater, agonaler Fälle. Aber auch bei ganz schweren

Fällen, wenn noch einige Hoffnung auf Rettung vorhanden ist, soll ein Versuch der Operation gemacht werden, da man oft überraschende Heilungen erlebt. Die Operation soll tunlichst bald ausgeführt werden. Raschheit und Sorgfalt zugleich im Operieren sind eine Grundbedingung des Erfolges.

In allen Fällen soll zunächst das ursächliche Moment der Peritonitis zu entfernen angestrebt werden.

Bei vorhandener Darmparalyse kommen Ausmelken des Darmes, Enterotomien, Enterostomien, Typhlostomien und Darmresektionen je nach Indikation in Betracht.

Das vorhandene Exsudat muß möglichst gründlich und schonend aus der Bauchhöhle entfernt werden:

Bei plötzlicher diffuser Überschwemmung des Bauchfells mit Infektionsmaterial, z. B. bei Magen-Darmperforationen oder bei dickeitriger und jauchiger Peritonitis, z. B. nach Appendixperforation mit überall, auch im Douglas, nachweisbarem Exsudat, ist Spülung angezeigt. Dagegen wird bei nicht ganz allgemeiner Peritonitis, bei trübserösem Erguß und bei ungleicher Beschaffenheit des Exsudats dieses mit feuchten Kompressen ausgetupft.

Die Inzisionen werden ausreichend groß angelegt, durch Drains und Tampons offen gehalten und nach Bedarf seitliche und lumbale Gegenöffnungen angelegt. Nach der Operation wird Beckentieflagerung angewandt.

In ganz schweren Fällen wurde versucht, die peritoneale Resorption durch Kampferöl zu hemmen. Über den Erfolg dieser Versuche müssen aber noch weitere Erfahrungen entscheiden.

Größter Wert ist auf die Nachbehandlung zu legen, dabei hauptsächlich auf Hebung der Herzkraft und Bekämpfung der Darmlähmung zu achten.

Reich (Tübingen).

38) **Michael.** Zur Fibrolysinbehandlung perigastritischer Verwachsungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

In den beiden mitgeteilten Fällen handelte es sich um ausgedehnte perigastritische Verwachsungen, die durch subkutane Fibrolysininjektionen, welche in nach links und unten ausgezogenen konzentrischen Kreisen gemacht wurden, soweit beseitigt wurden, daß eine Hebung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme eintrat. Entzündliche Erscheinungen und allgemeine Reaktionen blieben aus; verwendet wurde das Merck'sche Präparat, und davon jeden 2. Tag eine halbe Ampulle, gleich 1,15 ccm, eingespritzt.

Nach den Literaturmitteilungen wird am günstigsten die Wirksamkeit des Fibrolysins, außer bei Speiseröhrenstrikturen, bei peritonitischen, speziell perigastritischen Verwachsungen beurteilt.

Langemak (Erfurt).

39) **Bonnet.** Appendice inclus dans la terminaison du mésentère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 53.)

Die Lage des Wurmfortsatzes hinter der hinteren Wand des Blinddarmes ist nicht selten, wesentlich seltener die Lage in der Wurzel des Mesenterium. B. berichtet über einen solchen Fall. In einem klinisch deutlichen Anfall von Appendicitis fand er, daß die Taenia libera des Colon ascendens sich bis in das Peritoneum der Fossa iliaca fortsetzte, ohne daß ein Wurmfortsatz zu sehen war. Nach seitlicher Inzision des Bauchfells und Ausschälung des Blinddarmes fand er den in entzündlich-hypertrophische, z. T. vereiterte Drüsen eingebetteten Wurm.

Kaehler (Duisburg-M.).

40) **Lecène.** Deux cas de cancer primitif de l'appendice iléo-coecal.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 222.)

L. glaubt, daß eine große Anzahl von Karzinomen des Wurmfortsatzes deshalb für die Kasuistik verloren gehen, weil man den resezierten Wurm nicht

systematisch histologisch untersucht. Einzelne Beobachter, die sich dieser Aufgabe unterzogen, hatten in kurzer Zeit auffallend viele. Seine beiden Fälle betrafen Individuen verhältnismäßig jugendlichen Alters, 29 und 32 Jahre. Im ersten Falle Heilungsdauer 4 Jahre, obwohl im Mesenteriolum schon karzinomatöse Knoten sich fanden.

In der Diskussion (p. 247 ff.) werden noch eine Anzahl von primären Appendixkrebsen aufgeführt. Monod und Lucas-Championnière weisen auf Grund ihrer großen Erfahrung darauf hin, daß es vielleicht Unterschiede in der Art der Karzinome gäbe, die das Mikroskop nicht aufgedeckt habe; denn die relative Gutartigkeit der einen, die Bösartigkeit der anderen in klinischer Beziehung gäbe zu denken. **Kaehler** (Duisburg-M.).

41) **M. Matsuoka.** Über einen Fall von Nabelhernie, verursacht durch eine Dottergangscyste.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 189.)

M. operierte eine 38jährige Frau wegen eines vor 4 Jahren entstandenen mannsdaumengroßen Nabelbruches, wobei die Entwicklung des Bruchsackes eine an dessen Basis in seiner Wand gelegene erbsengroße Geschwulst mit herausbeförderte, eine Cyste, die mit in Cholestearinmetamorphose begriffenem Detritus gefüllt war. Ihre Innenfläche war histologisch der Dünndarmschleimhaut analog gebaut; mithin handelte es sich um eine Dottergangscyste. M. nimmt gemäß der Roser'schen Theorie an, daß die Geschwulst zur bruchsackbildenden Bauchfellausstülpung geführt hat. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

42) **Lapeyre.** Deux cas de torsion intraabdominale du grand épiploon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 192.)

In beiden Fällen handelte es sich um Netzdrehungen, bei denen das Netz in einem rechtsseitigen Leistenbruchsack verwachsen war. In beiden Fällen lag die Umdrehungsstelle weit oberhalb der Bruchpforte. Das eine Mal wurde unter der Diagnose »irreponibler Netzbruch«, das zweite Mal unter der Diagnose »Peritonitis nach Appendicitis« operiert. Bestehender Leistenbruch und Verwachsungen begünstigen die Entstehung der Torsion. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß die Verwachsungen das Verständnis des Entstehungsmechanismus eher erschweren als erleichtern. **Kaehler** (Duisburg-M.).

43) **Morris.** Another method for forming a gastric fistula.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Bei einem 71jährigen Manne sollte wegen einer Verätzungsstriktur der Speiseröhre eine Magenfistel nach Witzel angelegt werden. Es gelang jedoch nicht, den Magen gegen die Bauchwand vorzuziehen, weshalb Verf. auf beiden Seiten der Inzisionswunde je einen Hautlappen bildete, die proximalwärts mit der Bauchhaut in Verbindung blieben. Die distalen Enden wurden in den Magen eingenäht und zu einer Röhre vereinigt, durch die ein Gummischlauch in den Magen eingeführt werden konnte. Die Hautröhre wurde durch die genähte Bauchwunde gekreuzt, wodurch ein elastischer Verschluß der Röhre und der Fistel zustande kam.

Pat. starb im Laufe der ersten 24 Stunden nach der Operation.

Strauss (Nürnberg).

44) **M. Mori.** Nachtrag zu dem Falle von »Pneumatosis cystoides intestinorum hominis«, mitgeteilt in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXVIII, p. 553[1].

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 620.)

Der von M. operierte Pat. kam 9 Monate nach der Operation zu einer Relaparotomie, da er an Darmpassagestörungen mit Kolikbeschwerden litt. Man fand

[1] Dieses Zentralblatt 1907. p. 1218.

schwielige Verwachsungen am Magen, deren Beseitigung guten Erfolg hatte. Die Baucheröffnung gab die interessante Gelegenheit, den Darm des Mannes wieder zu revidieren, wobei sich herausstellte, daß die Gascystenbildungen völlig und spurlos verschwunden waren. Hiernach gibt M. seine Annahme, die Ursache der Erkrankung habe in Bakterienbildung bestanden, auf und vermutet nunmehr, daß die »Ursache doch mehr in Zirkulationsstörungen begründet« gewesen sei.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **E. Schümann.** Zur Entstehung der intestinalen Aktinomykose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 308.)

Beobachtung der Leipziger Klinik, betreffend einen 65jährigen, sonst im wesentlichen gesunden Hofmeister, welcher, seit 5 Wochen unter Druckgefühlen im Bauch abgemagert, eine apfelsinengroße, sehr harte Geschwulst links vom Nabel zeigte. Bei der unter der Vermutungsdiagnose Dickdarmkrebs vorgenommenen Laparotomie findet sich die am Querkolon breit ansetzende Geschwulst in dem etwas zusammengerafften, großen Netz liegend; sie umscheidet ein 8 cm langes Darmstück an dessen unterer Peripherie als derbe Masse und wird (mit übrigens letalem Ausgang durch Peritonitis) mittels Darmresektion entfernt. Die Untersuchung der Geschwulst zeigte, daß es sich um ein »Aktinomykom«, und zwar um ein im Verhältnis zur Darmwand extramurales handelte. Die Vereinigung zwischen Geschwulst und Darm wird durch Bindegewebszüge vermittelt, die von der Subserosa in jene hineinziehen. In der Mitte des resezierten Darmes befindet sich eine $1^1/_2$ cm tiefe Einziehung nach der Geschwulst hin, von weißlicher, der Sonde völlig Widerstand leistender Schleimhaut überzogen. In der Geschwulst liegt genau axial zu der beschriebenen Einsenkung ein 2 cm langer, drehrunder, dünner, knöcherner Fremdkörper, augenscheinlich ein Geflügelknöchelchenstück, das als Infektionsträger anzusehen und in ätiologischer Beziehung von besonderem Interesse ist. Bekanntlich sind in der Regel Fremdkörper pflanzlicher Herkunft die Aktinomycesimporteure, doch führt als früher publizierte Seitenstücke zu seinem Falle S. einige Beobachtungen an, wo ein Zahnfragment, Fischgräten, auch ein Stück Roggenbrot die Pilzinvasion vermittelte. Er wirft deshalb die Frage auf, ob nicht an eine Pilzentwicklung auf dem Verderben ausgesetzten Nahrungsmitteln gedacht werden könne, wofür der Umstand sprechen könnte, daß nach tierärztlichen Beobachtungen in Holstein die Rinderkieferaktinomykose besonders häufig auf nassen, überschwemmt gewesenen Marschen auftritt. Betreffs der Biologie des Aktinomyces äußert S., unter Bezugnahme auf Israel, Wolff, Hesse u. a., kurz einige Zweifel über die generell-ätiologische Einheit der menschlichen Aktinomykose. Er glaubt, daß es eine Reihe von dem typischen Boström'schen Strahlenpilze differierende Abarten von Aktinomyces gibt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) **Viannay.** Un cas de diverticulite de Meckel.

(Arch. génér. de chir. Bd. II. Hft. 1.)

Bei einem 10jährigen Knaben bestanden seit 5 Tagen peritoneale Reizerscheinungen. Erbrechen und Retention von Winden und Stuhl. Eine bestimmte Diagnose konnte nicht gestellt werden. Die Laparotomie ergab ausgedehnte eitrige Bauchfellentzündung, die von einem brandigen Meckel'schen Divertikel ausgegangen war. Dieses war mit dem Mesenterium des Dünndarmes verwachsen und bildete so einen Ring, in dem die unterste Dünndarmschlinge eingeklemmt war. Die eingeklemmte Partie saß ganz nahe der Mündung des Divertikels und wurde mit diesem reseziert. Der Zustand des Pat. ließ die Darmnaht nicht mehr zu, so daß die beiden Darmenden zur Wunde herausgeleitet werden mußten. Tod nach wenigen Stunden.

Als Ausgangspunkt der ganzen Erkrankung wird eine akute Entzündung des Divertikels angenommen, die zu Adhäsionen und dann zur inneren Einklemmung führte. Die Diagnose der Divertikelentzündung ist bisher noch nie mit Sicherheit gestellt worden.

Strauss (Nürnberg).

47) **F. Pendl.** Darmstenose nach Brucheinklemmung und Taxis. (Aus dem schles. Krankenhause in Troppau.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Den von L. Meyer in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI zusammengestellten zehn Fällen reiht P. einen neuen an. Die Reposition hatte bald nach der Einklemmung stattgefunden und war sehr schwierig gewesen. Am nächsten Tage blutige Stühle, dann Genesung. Schon 3—4 Tage nach der Einklemmung traten kolikartige Schmerzen in der anderen Seite des Bauches auf, die sich in den nächsten Wochen oft wiederholten und schließlich zu einem hochgradigen Ileus steigerten, der 10 Wochen nach der Einklemmung Operation notwendig machte. Es fand sich ein in der Gegend der Bruchpforte ganz leicht angeklebtes (nicht verwachsenes) Darmstück, das in einer Länge von 10 cm einen Durchmesser von nur 1 cm hatte, oberhalb enorm dilatiert, unterhalb etwa normal weit, aber kollabiert war. Das verengte Stück war starr, derb, mit glänzender, bleigrauer, an der Schnürfurche zu beiden Enden etwas weißlicher Serosa überkleidet. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes nur Enteroanastomose. Glatte Heilung.

Da die Einklemmung nur sehr kurze Zeit bestanden hatte, glaubt Verf., daß die forcierte Taxis die bedeutende Schädigung des Darmes veranlaßt habe, kenntlich auch an der danach aufgetretenen Blutung. Er bringt dabei noch einen Fall von Darmblutung nach heftiger Taxis, in welchem ihm übrigens dann nur durch Auflegen einer Thermophorkompresse die Reposition gelang. Anschließend rühmt er den guten Erfolg solcher Kompressen in sechs Fällen.

Da die Serosa in seinem Fall unbeteiligt, der Darm auch nicht mit der Umgebung verwachsen war, erscheint ihm die Entstehung der Stenose durch Thrombose unmöglich. — Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

48) **J. C. Reinhardt.** Zur Anwendung des Murphy'schen Darmknopfes. (Aus dem schles. Krankenhause zu Teschen.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Von 34 mit Knopf anastomosierten Fällen (Carcinoma ventriculi, Ulcus ventriculi, Hernia incarcerata, Ileus, Ruptura intestini) endeten 16 tödlich. Jedoch ist nach Ansicht des Verf.s selbst nur in zweien der Knopf anzuschuldigen. Zweimal traten Komplikationen ein, ohne den Tod herbeizuführen: Festsitzen des Knopfes an der Anastomose, so daß er entfernt werden mußte; Verstopfung des Knopfes durch Pflaumenkernfragmente, Ileus und Darmfistel. Außerdem war dreimal der Knopf in den Magen gefallen. Ein Pat. starb am 6. Tage nach Pylorusresektion an Circulus vitiosus, woraus Verf., ohne näheres anzugeben, schließt, daß sich entgegen Mikulicz's Ansicht bei Knopfanwendung doch ein Circulus vitiosus ausbilden könne, solange der Knopf noch liegt. Infolge dieser üblen Erfahrungen will R.'s Chef, Hinterstoisser, den Knopf nur auf die verzweifeltsten Fälle beschränken, da nur bei diesen die Gefahr der Knopfanwendung zu verantworten sei.

Ob Verf. mit seiner Angabe Recht hat, daß weitaus die meisten deutschen Chirurgen die Naht als Normalverfahren ansehen, erscheint doch zweifelhaft, wenn man auch zugeben muß, daß speziell die Anwendung des Knopfes bei Darmoperationen weitaus mehr Gefahren bietet als am Magen. **Renner** (Breslau).

49) **Wagner.** Hirschsprung's disease.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. schildert angeblich den ersten bisher in der Literatur der Vereinigten Staaten erwähnten Fall Hirschsprung'scher Erkrankung.

Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, das seit seiner Geburt an Verstopfung litt. Der Bauch war auffallend groß und breit, während die Extremitäten und der übrige Rumpf einen außerordentlich schlechten Ernährungszustand zeigten. Peristaltik war deutlich sichtbar. Bei der Operation ergab sich ein enorm auf-

geblähter Dickdarm, der die Form eines U zeigte. Beide Schenkel näherten sich soweit, daß es zu Knickung des Rohres kam, wodurch die Stuhlentleerung gehindert war. Das erkrankte Kolon wurde vollständig reseziert, Dünn- und Mastdarm durch Anastomose vereinigt.

Es zeigten sich keine peritonitischen Erscheinungen, doch starb das Kind plötzlich 32 Stunden nach der Operation unter den Erscheinungen der Embolie.

Strauss (Nürnberg).

50) **Buchanan.** Excision of the rectum for cicatricial stricture, by the combined method, with preservation of the sphincter.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Nach einer kurzen historischen Übersicht über die Entwicklung der Mastdarmexstirpation auf sakralem und abdominalem Wege schildert Verf. seinen eigenen Fall. Bei einer 34jährigen Frau bestand eine ausgedehnte ringförmige Narbenstriktur des Mastdarmes. Es wurde daher durch Laparotomie, bei der auch die entzündeten rechtsseitigen Adnexe entfernt wurden, das S romanum am Promontorium freigelegt, durchschnitten und beide Darmlichtungen durch Naht geschlossen. Nach Lösung des Mesorektum wurde der distale Darmabschnitt vom After her gefaßt und mit dem stenosierten Teile durch den After gezogen, dann vor dem After abgeschnitten. Eine weitere Zange faßt ebenfalls vom After aus den proximalen Darmabschnitt, der von der Laparotomiewunde aus der Zange zugeführt werden konnte, und von dieser durch den After gezogen wurde, worauf er an der Afteröffnung eingenäht wurde. Es erfolgte komplikationslose Heilung.

Strauss (Nürnberg).

51) **Kadygroboff.** Zur Stieltorsion der Wandermilz.

(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

Die Zahl der bisher operierten Fälle von Torsionen des Stieles bei Wandermilz ist angeblich eine kleine. Beresnegoffsky (Russ. chir. Archiv 1906 Nr. 2) hat aus der gesamten Literatur nur 23 Fälle zusammenstellen können, wobei sich erwies, daß die Diagnose nicht ein einziges Mal gestellt worden war. K. bringt einen weiteren Fall, der ebenfalls nicht diagnostiziert, doch operativ geheilt wurde.

Eine 22jährige Bäuerin, IIpara, 3 Monate vor der Aufnahme in die Klinik zu Kasan im 2. Monate schwanger. Heftige Schmerzen in der linken Seite veranlaßten die Frau, Laienhilfe in Anspruch zu nehmen. Sie wurde »heftig geknetet und massiert«, worauf eine Frühgeburt erfolgte. Nach der Geburt erneute heftige Schmerzen, ein 3monatiges Krankenlager und endlich Überführung in die Klinik.

Status: Große, abgemagerte Frau. Das linke Hypogastrium stark hervortretend; eine fast mannskopfgroße Geschwulst, auf Druck schmerzhaft, reicht links tief herab. Ihr unterer Pol ist vom linken Scheidengewölbe aus deutlich fühlbar. Die Genitalien scheinen gesund. Da das linke Ovarium nicht gefühlt werden konnte, wurde eine von dort ausgehende Geschwulst angenommen, doch sprach eine zwischen Geschwulst und Symphysis gelegene breite tympanitische Zone dagegen.

Probelaparotomie in der Mittellinie. Befund: Genitalien normal, Uterus leicht vergrößert. Die Geschwulst ist die stark vergrößerte Milz, die bis in den Eingang des kleinen Beckens hinabreicht. Umschriebene adhäsive Peritonitis. Nach Ablösung der verwachsenen Darmpartien und des Netzes zeigte sich, daß die stark ptosische, dunkelgraugrün gefärbte Milz an einem langen, etwa daumendicken Stiele hing, der 4mal um seine Achse gedreht war. Nach Abklemmung des Stieles und Durchschneidung zwischen den Klemmen werden die Gefäße des zentralen Endes isoliert unterbunden. Bedeckung des Stumpfes mit Bauchfell und Etagennaht der Bauchdecken. Entlassung nach 3 Wochen.

Das gewonnene Präparat, 1,3 kg schwer, hatte die Dimensionen 18 : 14 : 10 cm. Die grünlich mißfarbene Oberfläche war bedeckt mit Spuren des verklebt gewesenen Netzes. Die Länge des entfernten Stieles betrug 10 cm. Die Venen waren

stark erweitert und rankenartig verschlungen. Mikroskopisch bot sich überall das Bild alter Infarkte, normale Elemente waren nicht zu entdecken. Zwischen nekrotischem Gewebe lagen Kristalle und Blutpigment. Am besten war noch das Gewebe in der Gegend der Kapsel erhalten, doch auch dort fanden sich überall Blutaustritte älteren und jüngeren Datums.

Im Anschluß an den Fall bespricht K. die Genese der Wandermilz, die ihrerseits Vorbedingung für die Stieldrehung ist. Die außerordentliche Länge des Stieles begünstigte das Zustandekommen einer vierfachen Torsion, die angeblich bis jetzt nur einmal beobachtet worden ist. Die Prognose hat als ernst zu gelten. Während bei Operation der Wandermilz eine Mortalität von 6—7% angegeben wird, schnellt sie bei Stieltorsion auf 43% herauf. Deshalb ist ein frühzeitiger Eingriff durchaus begründet. **Oettingen** (Berlin).

52) **Terrier.** De l'hépatico-duodénostomie par implantation.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 17.)

Im ersten Falle wurde eine Pat. zunächst wegen akuter infektiöser Cholecystitis und Cholangitis cholecystostomiert. Eine wechselnd funktionierende, aber persistierende Gallenfistel und immer wieder auftretendes Fieber führten zur Cholecystektomie, nach welcher die Galle fast völlig in den Darm abfloß. Nach 34 Tagen wieder Temperaturanstieg mit Schüttelfrösten. Eine Erweiterung der kleinen Gallenfistel bringt keine Besserung; deshalb dritte Operation: man stößt auf narbiges Gewebe und kann eine Durchgängigkeit des Choledochus nicht feststellen, die Loslösung des Duodenum, die leicht gelingt, läßt die großen Gallenwege frei übersehen. Zwischen Hepaticus und Choledochus liegt derbes Narbengewebe. Der Versuch einer Choledochoplastik mit Netz wird gemacht. Auch diese Operation bleibt ohne Resultat, Gallenfistel und Schüttelfröste halten an. Deshalb wird bei einer vierten Operation eine Hepatikoduodenostomie vorgenommen, die einerseits durch die seit der vorherigen Operation eingetretene starke Vergrößerung des Hepaticus, andererseits durch Loslösung und Emporziehung des Duodenum wesentlich erleichtert wird.

Im zweiten Falle handelte es sich um chronischen absoluten Choledochusverschluß seit 2 Monaten. Bei der Operation fand man eine ungewöhnlich starke Verhärtung im Pankreaskopf (Entzündung? Neubildung?), jedenfalls keinen Stein. Auch hier brachte die leicht zu bewerkstelligende Hepatikoduodenostomie Heilung. **Kaehler** (Duisburg-M.).

53) **P. Esau.** Pankreascyste als Ursache einer Stenose der Flexura coli sinistra. (Aus dem Johannishospital zu Bonn.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Eine nicht traumatische Cyste des Pankreasschwanzes hatte die Flexur geknickt und Ileuserscheinungen hervorgerufen. **Renner** (Breslau).

54) **W. Schmidt.** Ein Fall von Totalexstirpation einer Pankreascyste. (Aus der chirurg. Abteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart. Prof. Dr. Steinthal.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

In dem beschriebenen Falle gelang es, durch prophylaktische Darreichung strenger Diabeteskost und kleiner Gaben von Natr. bicarb. der Entstehung einer Pankreasfistel nach Exstirpation der von dem Pankreasschwanz ausgegangenen, sehr beweglichen, faustgroßen Pseudocyste vorzubeugen. Solange die Diät eingehalten wurde, war die Sekretion ganz gering, um bei Änderung der Ernährung auf einmal sehr reichlich und fad riechend zu werden, nach Rückkehr zur Diabeteskost mit Natron sofort wieder nachzulassen und bald ganz zu versiegen. — Nach dieser Erfahrung wird auch bei Pankreasverletzungen und -Erkrankungen die Wohlgemuth'sche Kost von Vorteil sein. Auch in einem Falle von $1^3/_4$ Jahre alter Pankreasfistel führte sie rasch zur Heilung. **Kramer** (Glogau).

55) **Guinard.** Pancréatite hémorragique et pancréatite suppurée.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 197.)

An der Hand zweier Fälle erörtert G. die Diagnose und Therapie dieser Erkrankungen. Er hält die Diagnose der hämorrhagischen Form für leicht, »vorausgesetzt, daß man daran denkt«. Er scheidet dabei aus die ganz rapid verlaufenden, in kürzester Zeit zum Tode führenden Fälle, sowie die chronischen. Als Kardinalsymptome sieht er an das plötzliche Einsetzen, den charakteristischen Schmerz (Coeliacalneuralgie), die rasche Kachexie, die Geschwulstbildung. In differentialdiagnostischer Beziehung ist festzuhalten, daß sich das klinische Bild eben mit keinem der anderen akut einsetzenden Bauchleiden deckt (cf. Bornhaupt in Langenbeck's Archiv Bd. LXXXII). Der zweite Fall, der ganz die Erscheinungen eines abgekapselten Pyopneumothorax darbot, wurde durch transpleurale Laparotomie in Angriff genommen. G. tritt für diesen Weg im gegebenen Falle ein, stellt der gefürchteten Infektion der Pleura die weitaus gefährlichere des Bauchfells entgegen, ohne aber die anderen Angriffswege ausschalten zu wollen. Bei Erörterung der Pathogenese der Erkrankung wirft er die Frage auf, ob nicht an merkurielle Vergiftungen des öftern zu denken sei (sein erster Fall bietet Anlaß dazu), und erinnert an den Einfluß des Quecksilbers auf die Speicheldrüsen. In der Diskussion (p. 285) macht Pierre Delbet auf die Neigung aufmerksam, alle Eiteransammlungen, die man früher als subphrenischen Pyopneumothorax bezeichnet hat, jetzt »Pancreatitis suppurativa« zu nennen, und erläutert an Beispielen, wie man sich dabei irren könne. **Kaehler** (Duisburg-M.).

56) **S. Galinowskaja.** Ein Fall von Echinokokkus im Dünndarmmesenterium.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Die Verfasserin bringt einen Fall von L. B. Schapiro:

Der 18jährige Pat. entdeckte vor 6 Jahren in der Mitte seines Bauches eine nußgroße Geschwulst, die allmählich anfing unbequem zu werden, schließlich zum Ausgangspunkt kolikartiger Schmerzen wurde. Er hatte nie Stuhlbeschwerden. Etwas links unterhalb des Nabels war eine kindskopfgroße, derbe, glatte, elastische Geschwulst zu fühlen, die etwas nach rechts und links verschieblich war, aber immer von selbst in die ursprüngliche Lage zurückkehrte. Respiratorisch war sie nicht verschieblich. Jede Verschiebung verursachte kolikartige, ins Kreuz und die Flanken ausstrahlende Schmerzen. Über die Geschwulst verlief eine Darmschlinge. Diagnose: Mesenterialcyste fraglicher Herkunft.

Medianlaparotomie: Schapiro fand eine sehr derbwandige Cyste, die, die Blätter des Mesenterium auseinanderdrängend, dicht an die zugehörige, klinisch nachgewiesene Darmschlinge heranreichte und ziemlich fest an die hintere Bauchwand fixiert war. Verwachsungen mit zahlreichen Darmschlingen. Es blieb nichts übrig als die Cyste zu öffnen und einzunähen. Die Innenwand war ganz mit Kalk überzogen, der von den Granulationen allmählich abgehoben und zum Teil mit dem scharfen Löffel entfernt wurde. Der Inhalt der einkammerigen Cyste bestand aus einer trüben Flüssigkeit, auf der beim Stehen eine Fettschicht sich bildete. Eine mikroskopische Untersuchung der Cystenwand scheint nicht gemacht zu sein. In 103 Tagen völlige Heilung unter Tamponade.

Nach 2 Monaten stellte Pat. sich gesund und zufrieden wieder vor.

V. E. Mertens (Kiel).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 15. Sonnabend, den 11. April 1908.

Inhalt.

XXXVII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

1) **H. Königer.** Zytologische Untersuchungsmethode.

Jena, Gustav Fischer, 1908.

Die anspruchsvolle Bezeichnung »Zytodiagnostik« umschreibt die Tatsache, daß wir in dem mikroskopischen Verhalten der »Zellformen« ein sehr wesentliches Hilfsmittel zur Differentialdiagnostik der entzündlichen und proliferierenden Erkrankungen, besonders der serösen Höhlen, besitzen (Pleura, Bauchhöhle, Spinalkanal usw.). — Es ist ein

großes Verdienst des Verf.s, in sehr übersichtlicher Form einen Überblick über die Entwicklung und das augenblickliche Können der Methodik zu geben, die darin besteht, daß man von Probepunktionen, Flüssigkeitsergüssen Deckglaspräparate macht und gut mikroskopiert. Damit können wir z. B., wie Verf. betont, mit fast absoluter Sicherheit aus dem Vorhandensein z. B. an der reinen Lymphocytose bei Fehlen von Endothelien usw. tuberkulöse Prozesse diagnostizieren gegenüber akut entzündlichen, syphilitischen oder geschwulstartigen Erkrankungen usw. Sollte der mikroskopische Befund event. nicht eindeutig und eine chemische Differentialdiagnostik zwischen entzündlichen und tuberkulösen Veränderungen wünschenswert sein, so würde neuerdings, nach des Ref. Ansicht, entweder die autolytische Probe von Müller (Breslau) in Frage kommen, oder vielleicht noch einfacher der Ausfall der Biuretreaktion, auf die Ref. seinerzeit zuerst hinwies.

Das vorliegende Buch gibt in vorzüglicher übersichtlicher Form sonst alles Wissenswerte auf dem Gebiete wieder, wodurch der Kliniker leicht sich über den Stand der Frage zu orientieren vermag.

Heile (Wiesbaden).

---

2) **A. D. Pawlowski.** Das Schicksal einiger pathogener, hauptsächlich pyogener Mikroben im tierischen Organismus bei Eindringen derselben durch die Gelenke, Pleura, Augen, Mundhöhle, Darm und Scheide.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 6 u. 7.)

Fortsetzung der früheren Arbeit P.'s (s. Zeitschrift f. Hyg. und Infektionskrankh. 1900, Bd. XXXIII, p. 261). Auf Grund zahlreicher Experimente an Kaninchen und Meerschweinchen kommt P. zu folgenden Schlüssen. Der Übergang der Mikroben von oben genannten Stellen in den Organismus ist durch die Experimente klar bewiesen. Er geschieht bei verschiedenen Tieren verschieden rasch und in verschiedenen Quantitäten. Die Ansammlung von Leukocyten und bindegewebigen Granulationselementen bildet protoplasmatische Hindernisse für das Eindringen der Mikroben in die Gewebe und Organe. Auf das Eindringen durch unverletzte Schleimhäute und Höhlenwände wirken hauptsächlich folgende Ursachen ein: die Tierspezies, die Art der Mikroben, die Infektionsstelle, der Zustand der Gewebe, die Empfänglichkeit der Tiere im Sinne der Vorräte an Ambozeptoren und Alexinen. Die Dissemination der Mikroben im Organismus geschieht innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Infektion (Eliminationsperiode), ebenso die Ausscheidung der Mikroben mit dem Harn. Verschiedene Schädlichkeiten — mechanische, chemische und toxische — begünstigen das Eindringen der Mikroben in die Gewebe und ihre Dissemination im Organismus; doch dringen stark virulente Mikroben bei für sie empfänglichen Tieren auch durch gesunde Schleimhäute und Höhlenwände rasch ins Blut. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

---

3) **Longcope.** Changes in the bone-marrow in the terminal stages of acute infections.

(Bull. of the Ayer clin. laboratory of the Pennsylvania hospital 1907. Nr. 4.)

L. hat Muir's Angabe experimentell nachgeprüft, nach welcher das Knochenmark während des Lebens (z. B. bei einer Rippenresektion) viel reicher an polymorphonukleären Leukocyten ist als bei der Autopsie. Nach L.'s Untersuchungen bei akuten Infektionen (Empyem, Peritonitis), die mit einer polymorphonukleären Leukocytose einhergehen, beruht diese agonale Verminderung der Leukocyten nicht, wie Muir meinte, auf einer mechanischen Ausschwemmung derselben aus dem Mark während der Agone, sondern ist der Ausdruck dafür, daß die toxische Einwirkung der Infektion auf das Mark überwältigend geworden ist, daß die Knochenmarkszellen der Infektion erlegen sind.

Mohr (Bielefeld).

4) **Czerny.** Über die Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse. (Aus dem Institut für Krebsforschung in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

Nachdem bereits Rivière, Oudin, Bergonié, Freund, Strebel u. a. hochgespannte und hochfrequente Funkenströme gegen Cancroide in Anwendung gebracht, hat der Marseiller Arzt de Keating-Hart Ende 1906 seine neue Methode der Sideration der Krebse mit elektrischen Funken mitgeteilt, über die C. in vorliegender Abhandlung, ebenso wie Benckiser und Krumm in der Deutschen med. Wochenschrift, ausführlich berichtet. C. hat die Methode bei Pozzi durch de Keating-Hart kennen gelernt und selbst bisher in einigen Fällen versucht. Das Wesentliche derselben besteht darin, »daß Keating-Hart möglichst kräftige Blitzfunkenbüschel von einer Metallelektrode 5, 10, ja 40 Minuten lang auf die Krebse in 2—4 cm Distanz mit häufigem Ortswechsel einfallen läßt, während der (auf einem Holztisch gelagerte) Kranke sich in tiefer Narkose befindet. Dann wird die bestrahlte Krebspartie mit dem Messer exstirpiert oder mit dem scharfen Löffel enukleiert oder abgeschabt und die Wundfläche abermals 10—15 Minuten lang fulguriert, um die noch zurückgebliebenen Krebszellennester zu zerstören«. Da die überspringenden Funken eine beträchtliche Hitze und damit Verbrennung bewirken, sucht Keating-Hart die Blitzbüschel zu kühlen, indem er sie durch Kohlensäure leitet. Die von ihm benutzten und die von C. etwas modifizierten Elektroden sind in der Arbeit abgebildet. — Die die Krebszellen zerstörende Wirkung der Funkenschläge ist um so intensiver, je länger die Funken sind, da sie dann um so tiefer in die Gewebe einschlagen. »Das Krebsgewebe wird durch die Funkenschläge in seiner Architektur erschüttert, wie wenn ein Erdbeben ein Gebäude durcheinander rüttelt. Die Zellen quellen, es tritt wohl auch Eiweißgerinnung und Dampfentwicklung ein, welche die Zellen durcheinander wirft. Außerdem werden die Zellen — siehe Abbildungen in der Arbeit C.'s —

vakuolisiert, die Zwischenräume zwischen ihnen und Bindegewebsgerüst füllen sich mit Blut. Die Tiefenwirkung reicht nicht weit über 1 cm. Wenn man mehr zerstören will, muß man die fulgurierte Oberfläche abschieben und dann von neuem die Fulguration anwenden.« Diese scheint die Krebszellen elektiv zu zerstören und das Bindegewebsgerüst zu schonen, es zu einer kräftigen Reaktion und Benarbung anzuregen, da Keating-Hart selbst bei den schmerzhaften, schwer heilbaren Röntgengeschwüren Beseitigung der Schmerzen und rasche Heilung beobachtete. Dem der Fulguration folgenden Lymphstrom, der zertrümmerte Krebszellen aus der Wunde herausschwemmt und Phagocyten herbeiführt, schreibt Keating-Hart einen wesentlichen Anteil an der Krebsheilung zu. Die von diesem angeblich beobachtete Fernwirkung auf Metastasen und Drüsen hat C. bisher zu sehen nicht Gelegenheit gehabt und zieht sie auch in Zweifel. Bei tiefliegenden Karzinomen hat Verf. die Fulguration mit Nadeln versucht, verspricht sich davon indes keinen großen Erfolg. — Keating-Hart verwendet die Methode besonders dann, wenn die Krebse mit dem Messer nicht mehr operiert werden können oder nach der blutigen Operation schon rezidiviert sind. Die Schmerzempfindungen werden zweifellos vermindert, auch die Blutung der Krebsgeschwüre durch die Fulguration gut beherrscht. Ob, wie Keating-Hart behauptet, wirklich glänzende, auf vollständiger Zerstörung des Krebsgewebes beruhende Heilerfolge erzielt werden, vermag C. noch nicht zu sagen, da seine eigenen Beobachtungen noch von zu kurzer Dauer sind. Drei leichte, auch durch die blutige Operation heilbar gewesene Fälle wurden durch die Fulguration allerdings schonender geheilt, zwei Mastdarmkarzinome günstig beeinflußt, in anderen Fällen Reinigung der Geschwüre, Beseitigung der Schmerzen und Blutungen gesehen. Für die Narkose, deren lange Dauer und Tiefe ein Übelstand ist, empfiehlt C. eine gemischte Skopolamin-Morphium-Chloroformnarkose.

Die Methode verdient nach Verf. ein sorgfältiges Studium und weiterer Verbesserung; sie kann vielleicht einen Fortschritt in der Krebstherapie bedeuten.

Kramer (Glogau).

---

5) **N. Quaranta.** Intorno all' azione delle correnti ad alta frequenza e ad alta tensione sull' organismo.

(Nuova rivista clin.-terap. 1907. Nr. 12.)

Bei der Bedeutung, die neuerdings die hochgespannten und hochfrequenten Teslaströme für die Therapie (Blitzbehandlung der Krebse) gewonnen haben, erscheinen die in Kürze angeführten Experimente Q.'s nicht ohne Interesse. Der Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Teslaströme wirken vorzugsweise auf die Oberfläche, während die Tiefenwirkung nur eine geringe ist. Die Wirkung hängt von der Stärke und Länge der Funken und damit von Art und Entfernung der Elektroden von der Haut ab. Tiefenwirkung läßt sich vorzugsweise durch direkten Kontakt oder durch Autokonduktion (Solenoide)

erzielen. Der Organismus ist gegen die Ströme selbst nicht völlig unempfindlich; so bedingt z. B. die Anwendung metallischer Elektroden, insbesondere des Pinsels, Schmerzen, die direkt von der Funkenstärke und -Länge abhängig sind. Nur bei länger dauernder Verwendung kommt es zu organischen Veränderungen, die sich meist auf ganz oberflächliche Störungen (Dermatitis) beschränken. Bei sehr langer Verwendung kommt es zu langsam heilenden Geschwüren. In der Tiefe werden organische Veränderungen nicht beobachtet.

Die Teslaströme beeinflußen mehr das Nerven- als das Muskelsystem; vorzugsweise werden die nervösen Endorgane betroffen, in denen in erster Linie die Schmerz-, später die Tastempfindung herabgesetzt wird, während die sonstigen Empfindungsqualitäten weniger beeinflußt werden. Entsprechend den Veränderungen der Oberfläche (Rötung, Schwellung) kann es zu Analgesie und Anästhesie kommen. Muskelenergie, -Tonus und elektrische Erregbarkeit lassen keinen Einfluß der Teslaströme erkennen. **Strauss** (Nürnberg).

---

6) **Mally.** État actuel de la photothérapie.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 8.)

M. beschäftigt sich in dieser Arbeit ausschließlich mit der Finsenbehandlung des Lupus. Ohne Vorbehalt erkennt er ihre großen Vorzüge vor den alten Methoden an. Sie bringt höchstens eine ganz vorübergehende und unbedeutende Reizung am Krankheitsherde mit sich, ist völlig schmerzlos, gibt die besten Narben, den größten Prozentsatz an Heilungen und kann bei jedem Lupusfall angewandt werden. Verf. vermag sich aber nicht der Ansicht Finsen's anzuschließen, daß das Licht durch Abtötung der Tuberkelbazillen im lupösen Gewebe den Lupus heile, sondern glaubt, daß es das beste Reizmittel ist, um das natürliche Heilbestreben zu unterstützen. Seine Überlegenheit vor den alten Methoden der Skarifikation, Brennung, Ätzung und Elektrolyse beruht lediglich in dem viel zweckmäßigeren Reiz, den das Licht setzt. Als Gründe gegen die Vernichtung der Tuberkelbazillen durch das Licht führt M. an: Nur ganz oberflächlich auf der Haut gelegene Bakterien kann ein sehr intensives Licht abtöten, gewöhnlich bleiben aber auch diese, wie Kontrollversuche ergaben, lebensfähig und virulent. Es gibt überhaupt kein Mittel, die Haut aseptisch zu machen, auch die Licht- und Röntgenstrahlen erreichen das nicht. Die verschiedenen Verfahren, welche mit tiefer in die Haut eindringenden Strahlen arbeiten (Bang's Eisenlicht, Sensibilisierung der Haut mit Eosin, ausschließlich violette Strahlen), sind trotzdem der Methode Finsen's unterlegen. Endlich spricht die lange Dauer der Heilung und das weit hartnäckigere Verhalten der bazillenarmen, torpiden Formen des Lupus gegenüber den Lichtstrahlen gegen eine irgendwie erhebliche bakterizide Wirkung derselben. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

7) **J. Pollack.** v. Hacker's Modifikation der Heidenhainschen prophylaktischen und zugleich definitiven Blutstillung bei Operationen am Kopfe, insbesondere bei Trepanationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 776.)

v. Hacker modifizierte im Jahre 1904 das von Heidenhain angegebene Verfahren der prophylaktischen Blutstillung bei Schädeloperationen dahin, daß er nur jenseits der beabsichtigten Schnittlinie eine kontinuierliche Reihe von Knopfnähten durch die Kopfschwarte legte, von denen jede noch im Bereiche der vorausgegangenen beginnt und die an der Lappenbasis etwas über das Schnittende hinausreichen. Eine zweite, innere Nahtlinie erwies sich als überflüssig. Die Nähte bleiben 2 Tage liegen.

Wie nun Verf. an elf Trepanationen und vier anderen Operationen am Schädeldach und im Gesicht nachweist, ist die sehr einfache, nicht zeitraubende Methode imstande, eine sichere Blutleere während der Operation und eine definitive Blutstillung ohne die Gefahr einer Nachblutung herbeizuführen.

Man kann die Umschneidung des Lappens ohne Rücksicht auf den Gefäßverlauf ausführen, ja es ist sogar zweckmäßig, den Lappen so zu wählen, daß keine größeren Gefäße in denselben fallen. Trotzdem kommt es nie zu Lappen- oder Randgangrän, vielmehr heilen die genähten Wunden anstandslos. Das Verfahren, das zumal bei Venektasien der Kopfschwarte vorzügliche Dienste leistet und sich auch bei Angiomoperationen im Gesicht usw. anwenden läßt, hat vor der Anlegung eines Schlauches um den Schädel den Vorzug, daß es überall anwendbar und nicht komplizierter ist. **Reich** (Tübingen).

---

8) **Antelo.** Tiros perforantes craneoencefalicos por bala Mauser.

(Revista de la soc. méd. Argentina Bd. XV. Nr. 86.)

Sehr ausführliche, mit 19 Photographien und drei Tafeln ausgestattete experimentelle Arbeit über Schädelschüsse mit dem argentinischen Modell des Mausergewehres. Die Einzelheiten der sehr interessanten Mitteilungen lassen sich im gedrängten Referat nicht wiedergeben. **Stein** (Wiesbaden).

---

9) **Schanz.** Eine typische Erkrankung der Wirbelsäule (Insufficientia vertebrae).

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 31.)

Bei den Kranken, die meist in der Annahme, an einer Magen-Darmkrankheit zu leiden, zum Arzt kamen, ließen sich eine oder mehrere schmerzhafte Stellen an der Wirbelsäule nachweisen. Die Pat. gehören meist dem mittleren Lebensalter an (20—45 Jahre), doch kamen auch jüngere und ältere Pat. zur Beobachtung. Über Rückenschmerzen wird gewöhnlich von den Pat. gar nicht geklagt. Die

subjektiven Beschwerden sind unscharf und wechselnd. Der Klopfschmerz findet sich besonders häufig an zwei Stellen: in der Mitte der Brust- und am unteren Teil der Lendenwirbelsäule. Sehr häufig ist auch eine Druckschmerzhaftigkeit der Lendenwirbelkörper von der Bauchhöhle her festzustellen.

Recht häufig findet man auch Druck- und Klopfempfindlichkeit am Rippenkorb und am Becken. Diese Stellen entsprechen dann immer den an der Wirbelsäule als schmerzhaft nachgewiesenen Partien, d. h. sie fallen ungefähr mit den Verbreitungsgebieten derjenigen sensiblen Nerven zusammen, welche in den empfindlichen Gegenden der Wirbelsäule aus dieser heraustreten.

Sehr oft ist eine Erhöhung der Patellarreflexe vorhanden, hin und wieder findet man aber auch herabgesetzte Patellarreflexe. Dabei lassen sich keinerlei Veränderungen an dem Skelettsystem nachweisen, die eine Erklärung des Befundes geben könnten, außer ganz leichten Skoliosen und Kyphosen. Das Allgemeinbefinden ist in den meisten Fällen erheblich gestört. Der eigentliche Krankheitsbefund in den an Traumen sich anschließenden Fällen weicht in keinerlei Weise von denen ab, die ohne Trauma entstanden sind. Der Röntgenbefund ist und bleibt negativ. Der Charakter des Leidens ist ausgesprochen chronisch und hat seine Ursache in einem pathologischen Zustande der Wirbelsäule, der leider nicht erkannt oder mindestens nicht beschrieben worden ist. Das, was am Fuß die Plattfußbeschwerden sind, das sind an der Wirbelsäule die Krankheitszustände, die oben beschrieben sind. Dieser Parallelismus findet sich auch in den wirksamen Mitteln der Therapie: Entlastung, Stützapparate, kräftigende Einwirkungen, wie Massage und dergleichen erweisen sich hier wie da von Vorteil. An der Wirbelsäule wie am Fuß werden Schädigungen hervorgerufen, wenn die statische Inanspruchnahme über die statische Leistungsfähigkeit ansteigt. Man muß daher die Belastung vermindern oder die Tragfähigkeit der Wirbelsäule erhöhen oder beides veranlassen. Bei leichteren Fällen erreicht man mit Rückenmassage rasche Heilung; bei hochgradigen Reizerscheinungen müssen diese zunächst durch Ruhe und Stützkorsett beseitigt werden, erst dann kann man zu Massage und Gymnastik übergehen. Eine wesentliche Förderung erreicht man in einem bedeutenden Prozentsatz der Fälle durch lokale Wärmeapplikation (Thermophor). Kräftigung des Allgemeinzustandes ist unbedingt notwendig.

Bei richtiger Diagnose und bei richtiger Ausführung der Kur ist jeder Pat. zur Heilung zu bringen. Das Zurückgehen der objektiven Symptome bleibt aber hinter dem der subjektiven wesentlich noch lange zurück. Ein weiterer Ausbau der Therapie ist deshalb notwendig. Zum Schluß beschreibt S. einen einfachen und billigen Stützapparat für die Wirbelsäule, der abgebildet ist. Die Erfolge sollen recht günstige gewesen sein. **Langemak** (Erfurt).

10) **de Fourmestraux.** La ligature de la carotide primitive.

(Arch. génér. de chirurgie Bd. I. Hft. 6.)

Verf. bringt in einer übersichtlichen Darstellung eine eingehende Schilderung der Pathogenese der Störungen, die nach der Unterbindung der Carotis communis beobachtet werden. Die Prognose der Unterbindung ist an und für sich nicht absolut ungünstig; sie hängt von den Umständen ab, durch welche sie bedingt wird. In der aseptischen Ära hat sich in allen Fällen die Mortalität erheblich gemindert (21% gegenüber 45% der Statistik Le Fort's 1879). Die Störungen nach der Ligatur erscheinen entweder unmittelbar oder erst nach einem mehr oder minder langen Intervall. Die ersterwähnten (Koma, plötzlicher Tod, Erblindung) sind in ihrer Ursache noch dunkel. Vielleicht kommt vorübergehende oder dauernde Verminderung des Blutdruckes infolge einer bestehenden Anomalie der übrigen Gehirnarterien in Frage. Für die Spätfolgen muß als wichtigstes Moment eine aszendierende Thrombose mit nachfolgender Erweichung des Gehirns betrachtet werden. Die Thrombose wiederum ist durch eine, wenn auch ganz leichte, Infektion an der Unterbindungsstelle bedingt.

Strauss (Nürnberg).

---

11) **Heineck.** The surgical treatment of exophthalmic goitre.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Verf. weist zunächst darauf hin, daß zurzeit weder die Symptomatologie noch die Ätiologie der Basedow'schen Krankheit feststeht. Er zitiert die verschiedenen bisher aufgestellten Hypothesen, welche die Pathogenese der Erkrankung erklären sollen. H. tritt für die Theorie der primären Schilddrüsenerkrankung ein, da diese mit den klinisch beobachteten Tatsachen am wenigsten in Widerspruch steht. Auf Grund von 519 aus der Literatur gesammelten und in Tabellenform wiedergegebenen Fällen glaubt er sich zu nachstehenden Schlußfolgerungen berechtigt.

Schilddrüsenpräparate sollen niemals bei der Basedow'schen Krankheit gegeben werden, da sie Verschlechterung bedingen und die Operationsgefahren vermehren. Das Gleiche gilt für Thymus- und Parathyreoiddrüsenpräparate. Alle internen Behandlungsmethoden haben sich bisher als nutzlos erwiesen, einzelnen Mitteln kommt lediglich eine symptomatische, palliative Wirkung zu. Die Serumtherapie steht zurzeit noch im Versuchsstadium, mehrere Autoren berichten über Mißerfolge. Dagegen muß es als erwiesen betrachtet werden, daß alle operativen Maßnahmen, die eine Verringerung der Schilddrüsensekretion oder eine Verkleinerung des Schilddrüsengewebes bedingen, für die Behandlung der Basedow'schen Erkrankung von entschiedenem Werte sind. Als operativer Eingriff kommt vor allem die partielle Schilddrüsenexstirpation in Frage, die bisher in 182 Fällen mit 11 Todesfällen ausgeführt wurde. In allen anderen Fällen kam es zur Besserung oder Heilung.

Betreffs der Operation selbst hebt der Autor hervor, daß alle Anästhesierungsmethoden ihre Vor- und Nachteile haben, so daß jede einzelne ihre Anhänger und Gegner hat. Weitere unvermeidliche Gefahren bringt der akute Thyreoidismus, den Verf. durch Vergiftung durch das während der Operation in übergroßer Menge produzierte und resorbierte Schilddrüsensekret erklärt. Die beste Prognose geben frühzeitig operierte Fälle. Vor dem operativen Eingriff ist genaue Untersuchung des Pat. nötig. Nach der Operation, für die Trendelenburg'sche Hochlagerung am zweckmäßigsten und bei der exakte Blutstillung und Schonung des Recurrens erforderlich ist, soll die Wunde drainiert werden, um das Wund- und Drüsensekret abzuleiten. Wenn Heilung eintritt, verschwindet zuerst die Tachykardie, dann der Tremor und die übrigen nervösen und psychischen Symptome. Bei Rezidiven findet sich stets eine Hypertrophie der übrig gebliebenen Drüsenteile.

Zum Schluß werden die Indikationen für die Operation aufgestellt. Alle Fälle von sekundärem Basedowkropf verlangen die partielle Schilddrüsenexstirpation. Bei primärem Basedowkropf ist diese Operation angezeigt, wenn 3monatige sachgemäße interne Behandlung ohne nachweisbaren Erfolg blieb, wenn Luft- oder Speiseröhre komprimiert werden, bei starker Tachykardie, bei extremem Exophthalmus, der den Lidschluß nicht mehr zuläßt, bei stärkerem Kräfteverfall und endlich bei allen ganz akut verlaufenden Fällen.

Strauss (Nürnberg).

---

12) Umfrage über die Behandlung des Morbus Basedow.

(Med. Klinik 1908. p. 15 u. 56.)

Während Bier und Kocher bestimmt fordern, daß schon die Frühstadien der Basedow'schen Krankheit dem Chirurgen zugeführt werden, damit er die an sich aussichtsreiche Operation bei einem noch günstigen körperlichen Zustande des Kranken ausführen könne, stehen Erb, v. Strümpell und Eulenburg dem chirurgischen Eingriff zurückhaltender gegenüber. Sie erkennen zwar manche operative Ergebnisse an, sahen aber auch Mißerfolge und wollen daher meist erst eine Besserung mit innerlicher, physikalisch-diätetischer, serologischer Behandlung usw. anzubahnen versuchen. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

13) T. Kocher. Zur klinischen Beurteilung der bösartigen Geschwülste der Schilddrüse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 197.)

Bei dem großen Andrange von Kropfkranken in seine Klinik, die jetzt in der 2. Hälfte des 4. Tausends von Kropfoperationen angelangt ist, hat K. auch speziell auf dem Gebiete der Struma maligna eine selten weitreichende Erfahrung, die sich auf fast 400 Fälle erstrecken mag. Hinsichts der pathologisch-histologischen Durcharbeitung des erledigten einschlägigen Materials ist K.'s Mitarbeiter

Langhans, auf dessen Untersuchungen K. sich in vorliegender, zunächst nur die epithelialen Formen der bösartigen Schilddrüsenneubildungen behandelnden Arbeit wesentlich mit stützt. Die Histologie der fraglichen Geschwülste ist eine so mannigfache und zum Teil ganz eigenartige, daß sich die Aufstellung einer ganzen zahlreichen Reihe von Spezialspielarten derselben notwendig machte. K. spricht diese verschiedenen Geschwulstformen der Reihe nach einzeln durch unter Vorlage seiner (im ganzen 46) Krankengeschichten nebst genauer Beschreibung der jedesmaligen mikroskopischen Geschwulstuntersuchungsbefunde und Hervorhebung der klinisch-symptomatischen Charakteristika der einzelnen Geschwulsttypen, deren Nomenklatur mit derjenigen anderer Autoren verglichen wird. Zum Schluß folgen dann noch zusammenfassende Hinweise auf die Diagnostik der Struma maligna im allgemeinen, die den Praktikern noch lange nicht hinlänglich genug geläufig ist, die aber, und zwar schon für die Frühstadien der Erkrankung, zum ärztlichen Gemeingute zu machen, dringend im Interesse der nur durch Frühoperationen heilbaren Kranken notwendig ist.

Ein der Bedeutung der Originalarbeit gerecht werdendes Referat hier zu liefern, ist wegen der Länge, das es beanspruchen würde, untunlich. Wir geben aber wenigstens die Namen der von K. nach seinen und Langhans' Untersuchungen aufgestellten Geschwulsttypen wieder: A. Die wuchernde Struma — Langhans. (Struma maligna proliferans — Adenocarcinoma thyreoideum). B. und C. Das Papillom (Langhans), Cystopapillom und der Zylinderzellenkrebs der Schilddrüse. (Papilloma malignum cylindrocellulare. Carcinoma cylindrocellulare). D. Die Struma carcinomatosa. E. Metastasierende Kolloidstruma (Struma colloides maligna). F. Glykogenhaltige Struma (Th. Kocher jun.). Parastruma (Langhans). (Parastruma carcinomatosa. Carcinoma [et sarcoma] parathyreoideum — von den Epithelkörperchen ausgehend). G. Postbranchiale Struma (Getzowa). Großzellige, kleinalveoläre Struma (Langhans). Struma carcinomatosa postbranchialis. Nach Getzowa ausgehend von dem postbranchialen Körper (der sog. lateralen Schilddrüsenanlage). H. Plattenepithelkrebs, Cancroid der Schilddrüse. I. Scirrhus der Schilddrüse. K. Cystocarcinoma.

Bezüglich Diagnose der Struma maligna ist von K.'s Ausführungen hervorzuheben das von einem bestimmten Zeitpunkt an einsetzende vermehrte Wachstum eines bestehenden, bis dahin als gewöhnliche Kolloidstruma erscheinenden Kropfes. Die Operationspräparate zeigen, daß dieses Wachstum von einem bestimmten Geschwulstteil auszugehen pflegt, um sich von dort aus weiter zu verbreiten, speziell auch in Gefäßlichtungen, namentlich in Venen hinein, und um auch die Kropfkapsel zu durchbrechen. Hierzu gesellt sich eine Zunahme der Geschwulstspannung oder Konsistenz, beruhend auf Spannung der Kropfkapsel, sowie häufig ein Höckrigwerden des Kropfes. Es folgen verminderte Beweglichkeit und Verwachsungen, zumal mit Luft- und

Speiseröhre, die besonders für die Kocher'sche Parastruma und die Getzowa'sche postbranchiale Struma charakteristisch sind. Als Verwachsungssymptome sind auch Neuralgien im Gebiete von Cervicalnerven, ferner Schluckbeschwerden und Lähmungserscheinungen an dem Kropfe vorbeiziehender Nerven (Recurrens, Sympathicus, Armnerven) zu deuten, während durch Druck gewaltige Venenausdehnungen herbeigeführt werden. Auch das Ausbleiben der Wirkung von Jodmitteln gibt guten praktischen Anhalt für die Diagnose, zumal wenn statt früher erzielter guter Wirkung Jodvergiftungserscheinungen oder ein Basedow-ähnliches Bild hervorgerufen werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

14) **Beck.** The Roentgen method in the surgery of the chest.
(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Verf. berichtet übersichtlich über den Wert der Röntgenstrahlen für die Chirurgie der Brusthöhle, für die durch die Verwertung der Strahlen eine neue Ära begonnen hat. Die wesentliche Bedeutung der Röntgenstrahlen liegt in der Tatsache, daß mit ihrer Hilfe Krankheitsherde der Lungen nachgewiesen werden können, die bei der Verwendung von Auskultation und Perkussion dem Untersucher entgingen oder nicht genau lokalisiert werden konnten. Es wird jedoch hervorgehoben, daß eine Beurteilung des Röntgenbildes nicht ohne die Beherrschung der physikalischen Untersuchungsmethoden möglich ist. Bei der Röntgenuntersuchung ist auf das Röntgenogramm und noch mehr auf die Untersuchungen vor dem Schirm Wert zu legen.

Eine kurze Übersicht der wesentlichen Symptome von Fremdkörpern der Lunge, Lungenabszeß, Lungengangrän und eine Schilderung der operativen Technik ergänzen die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Ein Beitrag zur Luxatio sub talo (Broca).

Von

Dr. Franz Fink,
Primarius des allgemeinen Krankenhauses in Karlsbad.

Luxationen des Fußes im Talotarsalgelenk nach innen sind, wie eine Durchsicht in der Literatur zeigt, selten. Deshalb, insbesondere aber wegen der Veranschaulichung im Röntgenbilde, bringe ich eine solche frische Luxation ohne Komplikation mit Frakturen anderer Knochen zur Kenntnis.

Der Verletzungsmechanismus war folgender: Die kräftige, korpulente Frau war eine Leiter emporgestiegen und mit ihr derart gefallen, daß sie in aufrechter Körperhaltung zuerst mit den Füßen auftraf. Dabei sah der Fuß mit der Planta pedis nach innen, nur der Außenrand berührte den Boden. In dieser Stellung verlief die Achse des Unterschenkels, vom Schwergewicht des Körpers belastet, nach außen von der Achse des ad maximum supinierten Fußes. Der zwischen den Malleolen festgehaltene Taluskörper kam in die Schwergewichtslinie, der Cal-

caneus mit seinem längeren Hebel hinter dieselbe zu liegen und wurde durch das Körpergewicht nach dem Boden zu getrieben. Die Bänder zwischen Os naviculare und cuboideum einerseits, Talus und Calcaneus andererseits zerrissen. Der Fuß wurde im Talotarsalgelenk aus seiner Verbindung gelöst, mit einer Drehung der Sagittalebene um die Achse des Fußes um 90° nach innen disloziert, während der Taluskopf und Calcaneus frei nach dem Boden zu strebte.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Als ich die Kranke sah, stand der um ½ cm längere rechte Fuß, ad maximum supiniert, rechtwinklig zum Unterschenkel. Der Innenrand sah direkt nach oben, der Außenrand nach unten. Entsprechend dem Malleolus internus zog eine tiefe Hautfalte, entsprechend dem externus war die Haut ad m a x i m u m gespannt, leicht hämorrhagisch sugilliert. Neben dem Malleolus externus ist der Taluskopf und seine Gelenkfläche zu tasten, die Fläche des Calcaneus mit dicken Weichteilen bedeckt, der Malleolus internus liegt in der Hautfalte unterhalb und nach innen von der vorspringenden Tuberositas ossis navicularis, dessen proximale Gelenkfläche zu tasten ist. Aktiv war jede Funktion aufgehoben, passiv Plantar- und Dorsalflexion in geringem Grade möglich.

Beifolgende Photographie gibt Form und Stellung des luxierten Fußes zum Unterschenkel, die Röntgenbilder illustrieren die Dislokation der Knochen.

Die Reposition in Narkose war sehr leicht, es genügte eine einfache Extension.

II.

Beitrag zur Behandlung veralteter Pronationsluxationen des Fußes.

Von

Dr. H. Hoffmann in Schweidnitz.

Die Schwere des vorliegenden Falles sowie die Art der Behandlung, durch welche schließlich ein gutes funktionelles Resultat erzielt wurde, mögen seine Veröffentlichung rechtfertigen.

Frau Kl., 55 Jahre alt, glitt Anfang Februar 1906 auf glattem, abschüssigem Trottoir mit dem rechten Fuß nach vorn aus. Bevor sie das gestreckte linke Bein, dessen Ferse bereits vom Boden abgehoben war, nachziehen konnte, fiel sie hin und setzte sich dabei mit ihrem Körpergewichte von etwa 100 kg auf die Ferse des linken, um seine Längsachse nach außen gedrehten Fußes. Sie konnte sofort den Fuß nicht mehr gebrauchen, da er so stark nach außen gedreht war, daß der äußere Fußrand fast nach oben sah, und da sie starke Schmerzen im Fußgelenke hatte. Später bemerkte sie noch, etwa dem inneren Knöchel entsprechend, eine Wunde. Sie begab sich zunächst in die Behandlung eines Schäfers; da sie jedoch hier die erhoffte Heilung nicht fand, wandte sie sich, etwa 6 Wochen nach dem Unfall, an Herrn Dr. Bröckerhoff-Freiburg. Dieser zog mich bald hinzu und übergab mir die Frau zur weiteren Behandlung. Ich sah die Pat. zum erstenmal am 24. März 1906 in ihrer Wohnung. Sie lag zu Bett; der Fuß stand so stark nach außen gedreht, daß sie zum Auftreten hätte den lateral von der Belastungslinie des Beines liegenden inneren Fußrand benutzen müssen. Der Fuß war um wenigstens 60° nach außen um seine Längsachse gedreht. Dementsprechend konnte man durch die gespannte und etwas geschwollene Haut immerhin soviel durchfühlen, daß der Raum unterhalb der Gelenkfläche der Tibia leer, letztere also vom Talus verlassen war. Über der medialen Seite des inneren Knöchels befand sich eine gut granulierende Wundfläche, von deren unterem Rande man mit der Sonde um den Malleolus int. herum in das leere Talocruralgelenk gelangte. Es bestand weder eine lokale Entzündung noch Fieber; das Allgemeinbefinden war gut.

Aus äußeren Gründen wurde die Pat. erst am 9. April 1906 in meiner Klinik aufgenommen und zuvor im hiesigen Krankenhaus Bethanien von Herrn Dr. W. Hoffmann eine Röntgenaufnahme (Fig. 1) gemacht. Dieselbe bestätigte den vorher aufgenommenen Befund; außerdem aber zeigte sie unter der Tibiagelenkfläche einen Schatten, etwa von der Größe einer Kirsche (*a* auf Fig. 1), der als ein Teil des abgerissenen Malleolus int. gedeutet wurde, was auch der Operationsbefund bestätigte.

Am 11. April 1906 wurde die Frau in ruhiger Narkose operiert. Von der granulierenden Knochenwunde aus wurde eine etwa 4 cm lange Inzision nach abwärts gemacht und zunächst der im Gelenk liegende Teil des Malleolus int. entfernt. Darauf gelang es, allerdings mit ziemlicher Anstrengung, den Fuß soweit zu reponieren, daß er im Verhältnis zum Unterschenkel annähernd in Mittelstellung stand. Da die Gelenkgabel von Tibia und Fibula ziemlich stark klaffte, sich aber zusammendrücken ließ, wurde ein starker Draht durch die Malleolen beider Knochen von der medialen zur lateralen Seite hindurchgeführt, und nun durch je eine gut gepolsterte Bleiplatte an jedem Knöchel die Gelenkgabel zusammengehalten. Ebenso wurden durch einige bis auf den Knochen gehende, und annähernd von unten nach oben verlaufende Drahtnähte die Weichteile auf der medialen Seite einander genähert. Die noch offene Wunde wurde mit etwas Jodoformgaze bedeckt, darüber ein kleiner aseptischer Verband gelegt, und über diesen ein von den Zehen bis unterhalb des Knies reichender Gipsverband mit je einem,

den beiden Malleolen entsprechenden Fenster. Am 2. Tage nach der Operation abends hatte die Frau die höchste Temperatur von 37,7°, die vom 3. Tage ab unter 37,0° blieb. Am 3. Tage stand sie auf und wurde am 4. Tage zur weiteren Beobachtung durch ihren Arzt nach Hause entlassen.

Am 10. Mai Verbandwechsel und Entfernung der Nähte. Die granulierende Knochenwunde hatte sich verkleinert. Es wurde ein neuer, innen gefensterter Gipsverband angelegt.

Am 25. Mai wurde sie wieder bei mir aufgenommen zur mediko-mechanischen Behandlung und hatte deshalb einen abnehmbaren Gipsverband erhalten. Wenn die Frau jetzt auch mit der Sohle auftreten konnte, so stand der Fuß doch deutlich in Valgusstellung. Ich hatte deshalb vor, sie nach einiger Zeit mediko-mechanischer Behandlung mit einer Lederhülse zu entlassen, um eine weitere schlechte Fußstellung möglichst zu verhindern.

Fig. 1.

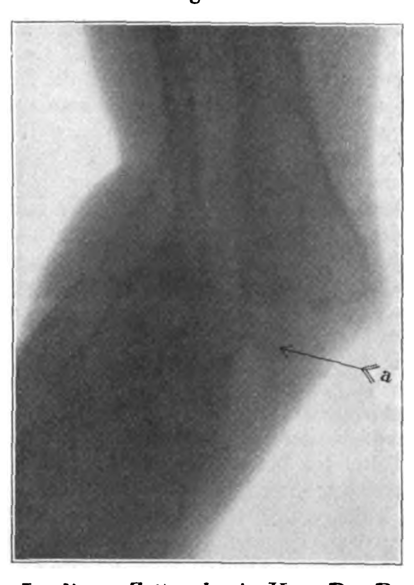


Fig. 2.



In dieser Zeit sah sie Herr Dr. Drehmann aus Breslau gelegentlich eines Besuches bei mir. Derselbe riet mir, durch eine Osteotomie von Tibia und Fibula, oberhalb der Malleolen, den Fuß dauernd in eine gute Stellung zu bringen, und damit jede weitere Nachbehandlung, wie das Tragen einer Lederhülse, entbehrlich zu machen. Die Kranke war sofort mit der vorgeschlagenen Operation einverstanden, die ich denn auch bald am 29. Mai 1906 vornahm. Es wurde eine lineäre Osteotomie von Tibia und Fibula oberhalb der Malleolen gemacht, die beiden kleinen Hautwunden durch je zwei Aluminiumbronzenähte geschlossen. Dann wurde von der medialen Außenfläche des Malleolus tibiae soviel mit dem Meißel weggestemmt, daß die angefrischten Ränder des noch bestehenden Geschwüres durch eine fortlaufende Hautnaht vollständig aneinander gebracht werden konnten. Kleiner, aseptischer Verband, darüber ein zirkulärer Gipsverband von den Zehen bis unterhalb des Knies, der den nach der Osteotomie in ausgesprochene Varusstellung gebrachten Fuß in dieser fixiert. Temperatur stets unter 37,0°. Am 3. Tage nach der Operation steht Pat. auf und wird am 5. Tage, am 2. Juni, entlassen.

Am 9. Juni Verbandwechsel und Entfernung der Nähte; alle drei Wunden sind per primam int. geheilt, der Fuß steht gut in Varusstellung und wird so von neuem wieder eingegipst. Am 14. Juli bekommt sie einen abnehmbaren Gipsverband, damit sie zu Hause massiert werden und baden kann. Vom 8. August

ab bleibt auch der abnehmbare Gipsverband ganz weg; der Sicherheit halber bekommt Pat. noch eine Plattfußeinlage in den linken Schuh und einen an der Innenseite um 1 cm erhöhten Absatz.

Ende August 1906 fuhr sie nach Breslau zu Herrn Dr. Drehmann, der sie noch einmal sehen wollte und das Röntgenbild (Fig. 2) anfertigte. Dasselbe zeigt, daß die am 11. April 1906 vorgenommene Reposition gewissermaßen nur halb gelungen war, da der Talus nur unter der lateralen Hälfte der Tibiagelenkfläche steht, daß aber jetzt nach der Osteotomie, die es erst möglich machte, den Fuß mit dem unteren Tibiafragment in Varusstellung zu bringen, der Talus nun doch ungefähr in seiner Mitte, also in ziemlich normaler Weise belastet wird. Die Funktion des Fußes ist auch heute noch eine gute. Ich selbst sah Pat. zum letzten Mal im Mai 1907, wo es ihr gut ging, und erhielt am 26. Januar 1908 von Herrn Dr. Bröckerhoff aus Freiburg auf meine Anfrage hin folgenden Bericht: »Die Funktion des Fußes ist jetzt eine recht gute. Er ist gegen rechts ganz gering dicker, doch wird die Beweglichkeit dadurch nicht beeinträchtigt. Beuge-, Streck- und Drehbewegungen sind ziemlich normal, dagegen ist Pronation und Supination stark beschränkt; das hindert aber die Frau so gut wie gar nicht bei Verrichtung ihrer häuslichen Arbeiten. Beim Gehen tritt sie wohl fest auf, schont aber den linken Fuß doch noch ein wenig, aber dies wohl mehr aus Gewohnheit, da sie keine Schmerzen in ihm hat, und er auch völlig genügend kräftig ist. Die Ausdauer im Laufen ist eine durchaus zufriedenstellende: so machte sie in diesem Sommer mehrmals einen Spaziergang, für den ich bei flottem Gehen $1/2$ Stunde Zeit brauche, und bei dem man auch ein ganzes Stück steigen und dann ziemlich steil bergabwärts gehen muß. Ihre häuslichen Besorgungen in der Stadt macht sie immer selbst.«

Man darf den Fall wohl zu den schweren rechnen, weil 1) der Talus vollständig von der Gelenkfläche der Tibia abgeglitten war und 2) die Pat. eigentlich erst 2 Monate nach dem Unfall in Behandlung kam. Die Reposition gelang deshalb auch entsprechend schwer und trotz größter Anstrengung kaum bis zur Mittelstellung des Fußes.

In der Literatur wird die Prognose dieser nach Trendel[1] ernsten Verletzung im allgemeinen als günstig und die Reposition als leicht hingestellt, selbst bei nicht mehr ganz frischen Fällen, wie es z. B. Wendel[2] von einer 22 Tage bestehenden einfachen Luxation erwähnt. Öfter war Erweiterung der Wunde, wie sie gerade bei den seitlichen Bruchverrenkungen und besonders den Pronationsluxationen häufig sind, notwendig. Auch in unserem Falle wäre, selbst wenn er ganz frisch in ärztliche Behandlung gekommen wäre, eine Reposition nicht ohne Erweiterung der Wunde und Entfernung des abgerissenen und im Gelenke liegenden Stückes vom Malleolus tibiae möglich gewesen.

Bei den schweren Fällen ist allgemein die Resektion der der Reposition im Wege stehenden Gelenkflächen von der Tibia oder Tibia und Fibula ausgeführt worden, mit fast immer gutem Wundverlauf und zum größeren Teile gutem funktionellen Endresultat.

In meinem Falle mußte wohl noch etwas geschehen, um den Fuß gebrauchsfähig zu erhalten: Für eine Gelenkresektion lag meines Erachtens keine Indikation vor, da mir der Fuß dazu noch nicht schlecht genug stand. Ich glaubte durch mediko-mechanische Behandlung und einen Hülsenapparat ein befriedigendes Endresultat zu erhalten. Daß aber die von Herrn Dr. Drehmann vorgeschlagene Osteotomie besser und sicherer zu diesem Ziele führte, hat der Verlauf des Falles gezeigt. Soweit ich die Literatur durchgesehen habe, konnte ich nicht finden, daß bei den Bruchverrenkungen des Fußes die Osteotomie wegen mangelhaft gelungener Reposition ausgeführt worden ist. Wenn es in bezug auf veraltete Luxa-

---

[1] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. p. 360.

[2] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. Die traumatischen Luxationen des Fußes im Talocruralgelenk.

tionen heißt[3] »Gelingt die Reposition nicht mehr, ... dann kommt die blutige Reposition, event. mit Durchmeißelung der schief geheilten Frakturen oder die Resektion des Gelenkes in Frage«, so wird meines Erachtens auch hier mehr der Resektion das Wort geredet und die Osteotomie für solche Fälle vorgeschlagen, wo die mit der Luxation kombinierte und schlecht geheilte Fraktur der Reposition hinderlich war. In unserem Falle handelte es sich um eine fast reine Luxation, — wenigstens war diese Art der Verletzung die wichtigere, während das abgerissene Stückchen vom Malleolus belanglos war — die, nicht mehr ganz reponierbar, die Indikation zu einer Operation gab. Daß für solche Fälle der Osteotomie vor der Resektion der Vorzug zu geben ist, dürfte ohne weiteres einleuchten; ist sie doch die weniger eingreifende und weniger verstümmelnde Operation, durch die, wie der beschriebene Fall zeigt, eine gute Funktion des schwer verletzten Fußes dauernd erzielt werden kann.

Wo aber die Reposition überhaupt nicht möglich ist, da wird wohl auch künftig die Resektion in erster Linie in Frage kommen.

Herrn Dr. Drehmann spreche ich auch an dieser Stelle für seine Unterstützung meinen herzlichsten Dank aus.

---

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Außerordentliche Sitzung, den 24. Februar 1908, in der Ohrenklinik der kgl. Charité, auf Einladung von Herrn Passow.

Vorsitzender: Herr Israël.

Herr Israël gedenkt des Hinscheidens des Altmeisters der deutschen Chirurgen Exzellenz v. Esmarch und seiner hervorragenden Verdienste um die Chirurgie und das Sanitätswesen.

Herr Passow: Mißerfolge nach Antrumaufmeißelung mit Krankenvorstellung.

Bei akuten und subakuten Otitiden, welche die Neigung zeigen, chronisch zu werden oder das Gehör zu beeinträchtigen, wird der Zweck der Antrumeröffnung, die Eiterung aus den Hohlräumen des Mittelohres — Pauke und Warzenfortsatz — zu beseitigen, bei richtiger Indikationsstellung und technisch richtiger Ausführung der Operation im allgemeinen glatt erreicht. Zuweilen aber erlebt man bei scheinbar leichten, anfangs normal verlaufenden Fällen Mißerfolge; die Eiterung aus der Paukenhöhle hört nach der Antrumeröffnung nicht auf, sie wird chronisch, das Gehör bleibt schlecht oder geht verloren. Zunächst kommen dafür tiefer gehende Erkrankungen der Paukenschleimhaut und des darunterliegenden Knochens in Betracht, wie man sie am häufigsten bei Tuberkulose, Diabetes und Scharlachotitiden beobachtet. Dabei wird natürlich die einfache Antrumeröffnung nicht den gewünschten Erfolg haben: es kann ihn nur die Radikaloperation oder gar die Labyrinthausräumung haben.

Aber auch im Warzenfortsatz kommt zuweilen die Eiterung nicht zum Stillstand; trotz ausgiebiger Ausräumung beobachtet man ein Weitergreifen des Processes; dann liegt meist Tuberkulose zugrunde, oder es handelt sich um schlecht genährte Individuen. Ferner erfolgt die Heilung nicht, wenn die Operation nicht ausgiebig genug war, wenn kariöser Knochen zurückblieb oder der Eiter nicht aus sämtlichen Zellen entleert wurde. Das letztere ist manchmal aus anatomischen Gründen nicht möglich bei unter die Pauke oder tief in die Felsenbeinpyramide und um das Labyrinth entwickelten Zellen. Oft genug heilt die Eiterung in diesen spontan aus; zuweilen aber bringt sie auch die schwersten tödlichen Komplikationen durch Propagation und Durchbruch des Eiters in die Schädelhöhle, wofür P. einige im Verlaufe weniger Stunden entwickelte und tödlich verlaufene Meningitiden anführt. Man muß also im Verlaufe der ganzen Nachbehandlung auf solche schwere

[3] Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz. 1901. Bd. IV. p. 495.



Komplikationen gefaßt sein, bei verdächtigen Symptomen sofort eingreifen und nach solchen versteckten Herden suchen, noch besser aber, schon bei der ersten Operation auf Freilegung alles Erkrankten ausgehen. Endlich geht P. ausführlich ein auf die Mißerfolge durch mangelhafte Narbenbildung. Zu erstreben ist eine möglichst flache, kaum sichtbare Narbe. Der geringste Mißerfolg ist es, wenn die Narbe tief eingesunken unschön wird. Unangenehmer ist das Zurückbleiben nicht epidermisierter trichterförmiger Narben und Fisteln, die ständig oder rezidivierend sezernieren, und bei denen die Ausheilung sich auf Monate und Jahre erstrecken kann. Über die Narbenbildung wissen wir, daß Knochenneubildung bei Kindern besser als bei Erwachsenen erfolgt; bei Erwachsenen bildet der Knochen im wesentlichen eine bindegewebige Narbe; Knochenneubildung erfolgt hauptsächlich vom Periost her. Bei mangelhafter Ausfüllung der Knochenhöhle entstehen eben die eingesunkenen Narben, die bei starker Narbenschrumpfung auch manchmal in ihrem Epidermisüberzuge wieder platzen. Bleibt die Spitze des Wundtrichters in Kommunikation mit der Pauke, so überzieht sich bisweilen die Wundhöhle mit Schleimhaut, und von dieser wird eine beständige Sekretion unterhalten; geschieht dies frühzeitig, so wird dadurch wieder die Knochenneubildung beeinträchtigt. In anderen Fällen neigt der Knochen immer wieder zu Granulationsbildung, besonders bei Tuberkulose und anderen konstitutionellen Krankheiten; die Paukeneiterung heilt dabei meist auch nicht. Solchen Mißerfolgen beugt man nach P. am besten dadurch vor, daß man schon bei der Operation auf günstige Narbenbildung bedacht ist. Bei geringerer Ausdehnung der Eiterung nimmt man vom Knochen nur so viel fort als notwendig ist, aber immer muß der Forderung, allen Eiter zu entleeren, in erster Linie Genüge getan werden. Die Berücksichtigung aller klinischen Symptome kommt sehr wesentlich dabei in Betracht, wie weit man die Operation auszudehnen hat; bei dem geringsten Verdacht auf eine Labyrinth- oder Schneckenerkrankung, auf das Bestehen eines extraduralen Abszesses usw. ist die Operation ohne Rücksicht auf die Narbenbildung so ausgiebig zu gestalten, daß man sicher ist, nichts übersehen zu haben und bei der Nachbehandlung nichts zu übersehen. Handelt es sich dagegen um eine einfache Antrumeiterung, so wird man den Knochen im Warzenfortsatze schonen, so weit er gesund ist. Erwies sich besonders die Spitze des Warzenfortsatzes druckempfindlich, so wird man vor allem auf die Freilegung dieser Zellen bedacht sein. Eine vollständige Ausräumung des Warzenfortsatzes in jedem Fall ist mit Rücksicht auf die Narbenbildung und das kosmetische Resultat nicht geboten. Allerdings bedarf es der Erfahrung, einer sorgfältigen Untersuchung und Technik, um in jedem Falle das richtige zu treffen. Wichtig ist es auch, die Pauke nicht allzu sehr frei zu legen; es muß nur eine Kommunikation zwischen Pauke und freigelegtem Antrum vorhanden sein. P. legt nicht in jedem Falle den äußeren Bogengang sichtbar frei; es ist klar, daß der derbe Abschluß zwischen Pauke und Knochenwunde, der für eine günstige Heilung gefordert werden muß, um so schwieriger erfolgt, je weiter der Zugang ist. Endlich befürwortet P., nach dem Vorgang anderer, die Haut- und Periostwunde zum Teil zu schließen, das Perist dadurch etwas in den Wundtrichter zu legen und es für die Knochenneubildung gleich von vornherein mit zu benutzen, ähnlich wie es Küster schon vor Jahren vorgeschlagen hat. Nur will P. nicht, wie Küster, die Knochenschale unter dem Periost erhalten, weil sie die Heilung öfters stört und durch Nekrosenbildung leicht abgestoßen wird. Die so behandelten Fälle heilen sehr gut und geben tadellose Narben; eine feste Tamponade, wie sie früher geübt wurde, wird dabei nicht angewandt. Bei der Nachbehandlung muß man jedoch genauestens alle Symptome beachten, welche etwaige otitische Komplikationen anzeigen. Bleiben trotzdem Fisteln, entwickeln sich Granulationen, so muß man zu Auskratzungen, zu Nachoperationen mit nochmaliger gründlicher Ausräumung der Warze event. zur Radikaloperation schreiten. Ehe man aber zur Radikaloperation greift, sollte man vorher versuchen, durch Einpflanzung von sehr großen gestielten Periostlappen nach dem Vorschlage von P. eine Vernarbung der Warzenfortsatzwunde zu erzielen. P. erwähnt auch, daß man Paraffineinspritzungen zur Ausfüllung der Höhle versucht hat. Bei flachen Einsenkungen mag es

auch zum Ziele führen; ein sichereres Resultat wird man aber erzielen durch Exzision der Hautnarbe und Vernähung der Wundränder über der Einsenkung mit Einziehung des Periosts (event. nach Bildung eines größeren Lappens desselben). Demonstration zahlreicher Fälle.

Diskussion. Herr Küster begrüßt es mit Freuden, daß Herr Passow durch primäre Vernähung eines Teiles der Wunde und die Verwendung des Periosts zur Einpflanzung in die Wunde seinen Vorschlägen nahe gekommen ist. Er meint immer noch, daß man auch ein Stück der Knochenschale am Periost lassen solle, und daß man dann eine noch bessere Ausfüllung der Knochenneubildung erzielen würde. Erfahrung an anderen Knochen sprachen ebenfalls für sein Vorgehen.

Herr Jansen: Ein schwerwiegender Mißerfolg ist es allerdings, wenn kurz vor oder nach erfolgter scheinbarer Heilung rasch der tödliche Ausgang erfolgt, sicherlich oft bedingt von einem tiefen extraduralen Abszeß, der durch die retrolabyrinthären, diploëtischen Knochenräume vermittelt wird. In diese Zellen dringen glücklicherweise die Vereiterungen selten sprungweise ein, meist in kontinuierlichem Zusammenhange mit der Erkrankung im Warzenfortsatze. Je länger die Eiterung im Warzenfortsatze besteht und sich verbreiten konnte, um so mehr wird in diese tief gelegenen Räume der Entzündungsprozeß hineingedrängt. Es hat deswegen seine Bedenken, wenn man vielleicht, um die Diagnose noch mehr zu sichern und die Phänomene sich mehr ausgestalten zu lassen, ungebührlich lange mit der Eröffnung des erkrankten Warzenfortsatzes wartet.

Wenn man nun daran gewöhnt ist, gerade auf diese Lokalität zu achten und nach dieser Richtung hin selbst kleinen, anscheinend unbedeutend erkrankten Hohlräumen seine Aufmerksamkeit widmet, sie eröffnet, so wird man immer weiter in diese tiefen diploëtischen Hohlräume hinter bzw. um das Labyrinth herum geführt, bis man schließlich den ganzen erkrankten Herd ausgeräumt hat. Die Erkrankung kann sich bis an den Porus acusticus internus hinziehen, und Redner hat es sogar erlebt, daß er den ganzen Aquaeducutus vestibuli hat herauspräparieren müssen, um den Herd vollständig freizulegen. Das Resultat war eine vollständige Heilung, eingetreten mit Wiederherstellung des Gehörs, trotzdem zunächst Labyrintherscheinungen vorhanden waren, die den Verdacht einer Labyrintherkrankung nahelegten. Um allerdings diese Räume gründlich freizulegen, ist wohl das Arbeiten mit der Fraise notwendig.

Die tiefen Löcher und Entstellungen sind allerdings unschön; zu ihrer Beseitigung ist in manchen Fällen die Methode von Passow mit Einlegen von Periost und Drübernähen der Haut zweifellos von gutem Erfolg in kosmetischer Beziehung, wie Redner selber erst kürzlich erlebt habe. Die bei langsamer Verheilung öfter resultierenden großen Löcher und tiefen Gruben werden wir hoffentlich sehr viel weniger in Zukunft zu sehen bekommen, da, wie es scheint, die große Mehrzahl der akuten Vereiterungen im Warzenfortsatz mit primärer Naht behandelt und rasch zur Heilung gebracht werden kann. Redner hat Fälle in 15 und 17 Tagen zur völligen Heilung gebracht. Mit dieser Methode erreichten wir also nicht nur Schnelligkeit, sondern auch schönes Aussehen nach der Ausheilung.

Allerdings befolgt Redner den Grundsatz, alles erkrankte Gewebe fortzunehmen, selbst auf die Gefahr hin, daß dabei ein Knochengewebe sei, welches spontan zur Ausheilung gelangen könnte; auch schien es ihm ganz besonders wichtig, aufs sorgfältigste die Knochenwände zu glätten.

Die Methode, das Entstehen der tiefen Löcher zu verhüten, welche Passow als die Winkler'sche bezeichnete, nämlich akute Mastoiditisfälle mit voraussichtlich langdauernder Heilung primär zu verschließen nach Fortnahme der hinteren Gehörgangswand und Körner'scher Lappenbildung, dürfte vom Redner herrühren, der sie im Jahre 1894 oder 1895 bereits empfohlen hat, besonders bei Scharlachfällen, wenn wir auf eine sehr langsame Heilung und lange Nachbehandlung rechnen dürfen. Der kosmetische Erfolg ist dann ein sehr guter; aber wenn wir so wenig Heiltendenz überhaupt haben, heilen auch in der Regel die Thiersch'schen

Hauttransplantationen nicht gut an, und die Nachbehandlung bleibt eine langwierige und die Übersichtlickkeit des verborgenen Terrains ist keine gute. Diese Methode hat also neben Vorteilen auch Schattenseiten.

Herr Schönstadt sucht kosmetisch schöne Narbenbildung dadurch zu erzielen, daß er die Warzenfortsatzspitze etwa zu einem guten Dritteil ganz abträgt. Aus dem basalen Teile räumt er die Zellwände aus, bis eine Verbindung zwischen Antrum und der anstelle der Warzenfortsatzspitze gelegenen Wundhöhle hergestellt ist. Er will damit gute Resultate gehabt haben.

Herr Oertel: Die operative Behandlung der Thrombose des Bulbus venae jugularis.

Nach Vorstellung eines Falles von Thrombose des Bulbus venae jugularis, der nach der Methode von Grunert operiert worden war, gibt der Vortr. einen kurzen Überblick über die in den letzten 5 Jahren in der Ohrenklinik der Charité beobachteten Sinus- und Bulbusthrombosen.

An der Hand von Zeichnungen und Präparaten werden sodann die drei Methoden erörtert, welche die Freilegung des Bulbus venae jugularis ermöglichen; es sind die von Grunert, Piffl und Voss angegebenen Operationsverfahren.

Die schonendste und am schnellsten zum Ziele führende Methode ist die von Voss beschriebene: Freilegung des Bulbus durch Abtragen der Bulbusschwelle, welche man bei Verfolgung des Verlaufes des Sinus sigmoideus leicht erreicht.

Dieses Verfahren genügt für die meisten Fälle von Sinus-Bulbusthrombose.

Nur bei Endophlebitis oder Periphlebitis des obersten Teiles der Vena jugularis empfiehlt sich, die Methode von Grunert anzuwenden: Umwandlung des Sinus, Bulbus und der Vena jugularis in eine nach außen offene Halbrinne durch präparatorisches Vorgehen an der Schädelbasis und Aufmeißelung des Foramen jugulare.

Herr Wagener: Über die Bedeutung des vestibularen Nystagmus bei der Diagnose otitischer und intrakranieller Erkrankungen.

Das Bestreben der Ohrenheilkunde geht jetzt dahin, bei den Erkrankungen des Nervus acusticus zu unterscheiden zwischen Affektion des Ramus cochlearis und denen des Ramus vestibularis. Der letztere Nerv endigt im häutigen Vestibulum des inneren Ohres, seine Kerne werden gebildet erstens durch den Bechterew'schen Kern, der mit Kleinhirnkernen in Verbindung steht, von wo aus Fasern unter Kreuzung zum Nucleus ruber und Thalamus opticus ziehen. Vom zweiten Kern, dem Deiter'schen Kern aus ziehen Fasern zu den Kernen der Augenmuskelnerven und zu den motorischen Ganglienzellen des Rückenmarkes. Das Labyrinth ist ein Organ zur Regulierung des Körpergleichgewichtes; das Bogengangssystem besonders dient zur Empfindung der Beschleunigung von Drehbewegungen. Als Reflex bei Reizung der Bogengänge tritt neben anderen Symptomen der Nystagmus auf. Der vestibulare Nystagmus ist ein rhythmischer, zum Unterschied vom undulierenden Nystagmus, der häufig bei Augenerkrankungen gefunden wird. Dem Nystagmus als solchem kommt geringe diagnostische Bedeutung zu, erst im Verein mit anderen Symptomen ist er praktisch verwertbar. Endolymphbewegungen stellen den physiologischen Reiz für den Bogengangsapparat dar, wie durch Versuche von Ewald bewiesen wird. Der auftretende Nystagmus hängt ab von der Richtung der Endolymphbewegung und davon, welcher Bogengang gereizt wird. Bei Kopfbewegungen werden Bogengänge beider Seiten in gleichem Sinn erregt. Künstlich können Endolymphbewegungen und damit Nystagmus hervorgerufen werden durch Drehungen des Körpers z. B. um die Längsachse. Der bei Anhalten auftretende Nystagmus ist entgegensetzt der Drehung gerichtet. Praktisch von großer Wichtigkeit ist in letzter Zeit der sog. kalorische Nystagmus (Barany) geworden. Bei Ausspritzen eines Ohres mit kaltem Wasser entsteht ein rotatorischer Nystagmus nach der entgegengesetzten Seite, bei warmen Wasser nach der gleichen Seite; bei Wasser von genauer Körpertemperatur entsteht kein Nystagmus. Durch Luftverdichtung und -verdünnung in der Paukenhöhle läßt sich bei Fisteln in der Wand des knöchernen Vestibulums

Nystagmus hervorrufen. Der bei Reizung des Ohres mit dem konstanten Strom auftretende galvanische Nystagmus hat bis jetzt bei der Diagnose geringere Bedeutung erlangt. Durch diese vier Methoden der künstlichen Erzeugung von Nystagmus läßt sich eine Zerstörung beider Labyrinthe nachweisen, bei der Drehungsnystagmus und kalorischer Nystagmus ebenso wie Schwindelgefühl und Gleichgewichtsstörungen nach Drehungen fehlen. Bei einseitiger Labyrinthzerstörung ist der kalorische Nystagmus auf der betreffenden Seite negativ; bei Labyrinthreizung tritt Nystagmus horizontalis und rotatorius nach der entgegengesetzten, also der gesunden Seite auf. Bei Affektion des Kleinhirns, Tumoren und Abszessen wird häufig ein nach der erkrankten Seite gerichteter Nystagmus gefunden. Dies Symptom ist differentialdiagnostisch bei den vom vereiterten Labyrinth ausgehenden Kleinhirnabszessen von Wichtigkeit (Neumann). Die Erfahrungen über das Verhalten des Nystagmus bei anderen intrakraniellen Erkrankungen haben noch nicht zur Aufstellung bestimmter Regeln geführt. Bei der Diagnose der Kleinhirnbrückentumoren dürfte das Verhalten des Nystagmus von Bedeutung sein.

Herr Bobrik: Demonstration eines Pat. mit pulsierendem Endotheliom des Dura mater in der Gegend des linken Ohres.

Richard Wolff (Berlin).

---

16) **Lotheissen.** Zur Stauungsbehandlung der Eiterungen.

(Österreichische Ärztezeitung 1908. Nr. 1.)

L. berichtet über die Erfahrungen, die er mit der Behandlung akuter Eiterungen mit Bier'scher Stauung- und Saugbehandlung machte. Auch er ist mit den erreichten Erfolgen sehr zufrieden, weist aber ebenso wie Lexer darauf hin, daß sie bei Streptokokkeninfektionen versagt; unter 70 mit Stauung behandelten Fällen befanden sich acht Streptokokkeninfektionen, und von allen acht Pat. wurde die Stauung nicht ertragen. Bei Erysipel waren die Erfolge mit Stauung ungleich, bei Osteomyelitis, auch bei ganz frischen Fällen, versagte sie immer.

Auch L. tritt für Kombination von Inzision, Drainage und Stauung ein und verbindet dann immer feucht. **L. Simon** (Mannheim).

17) **Duprat.** Un caso de tétanos infantil curado.

(Revista méd. del Uruguay 1907. Nr. 9.)

Mitteilung von zwei Tetanusfällen bei Neugeborenen. — Das erste Kind starb am 13. Tage, nachdem die Krankheit am 7. Tage begonnen hatte. Das andere Kind erkrankte am 18. Tage, kam am 23. Tage in Behandlung und genas. — D. bespricht ausführlich die Methoden der Behandlung. Er empfiehlt außer der selbstverständlichen Serumbehandlung hauptsächlich Bromkali 3:100, 2stündlich 1 Teelöffel. Als Desinfizienz gibt er H_2O_2 den Vorzug vor anderen Mitteln.

Stein (Wiesbaden).

18) **M. Hofmann.** Zur Serumbehandlung des Tetanus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 697.)

Die Arbeit berichtet unter Beifügung der Krankengeschichten über 30 mit Antitoxin behandelte Fälle von Tetanus traumaticus aus der Grazer Klinik.

13 Fälle, darunter 10 mit einer Inkubationszeit bis zu 10 Tagen, 3 mit längerer Inkubation, wurden ausschließlich mit wiederholten subkutanen Injektionen von Serum verschiedener Herkunft behandelt. Dabei ergab sich eine Mortalität von 53%, so daß sich kein wesentlicher, auffallender Erfolg der Serumbehandlung erkennen ließ.

Ein nur mit endoneuralen Einspritzungen behandelter Pat. starb nach längerer Besserung schließlich doch, während zwei andere bei gleicher Behandlungsart, bei welchen aber gleichzeitig subkutane und durale Injektionen gemacht wurden, genasen.

Bei einer Reihe von 16 Fällen wurden in Pausen von 2—3 Tagen bis zu 5mal 20 ccm Serum subdural in den Rückenmarkskanal injiziert bis zum Eintritt einer

eklatanten Besserung der Symptome, und in den Intervallen subkutane, auch endoneurale Injektionen angewandt. Von diesen 16 Pat., unter denen sich schwerste und prognostisch ungünstige Tetanusfälle, auch solche mit kurzer Inkubationszeit, befanden, sind nur 2 gestorben, was einer Mortalität von nur 12,5% entspricht. Selbst die genannten beiden Todesfälle können nicht ganz oder ausschließlich dem Tetanus zur Last gelegt werden.

Die Besserung setzte stets allmählich ein. Da außer vorübergehender Temperatursteigerung nie schwere Nach- oder Nebenwirkungen bei der Duralinfusion gesehen wurden und der Mortalitätsunterschied bei der subduralen und subkutanen Anwendungsart ein ganz auffallender ist, so ermuntern diese Erfahrungen zu weiteren vorsichtigen Versuchen mit der Duralinfusion, bei der selbst große Mengen schadlos ertragen werden.

Im übrigen geht die Therapie dahin, infizierte Wunden womöglich zu exzidieren und offen zu behandeln, sowie kleinere und ohnehin notwendige Amputationen vorzunehmen. Auch Morphium und Chloral werden angewandt. Von prophylaktischer Serumapplikation wurde bisher abgesehen. **Reich** (Tübingen).

19) **Krost, Moes and Stober.** A case of systemic blastomycosis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 3.)

Krankengeschichte und Sektionsbericht von einem an Blastomykose des ganzen Körpers verstorbenen 42 Jahre alten Mann. Es hatten sich Eiterherde in der Haut, in den Knochen und in fast allen inneren Organen, besonders in den Lungen, entwickelt. Aus ihnen und aus dem Blute konnten mit dem Kulturverfahren die Blastomyceten, meist in Reinkultur, gezüchtet werden. 8 Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

20) **K. Vogel.** Trauma und Sarkom.

(Med. Klinik 1908. p. 286.)

Sieben selbst beobachtete Fälle (Krankengeschichtsauszüge), bei welchen der örtliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Verletzung und Geschwulstbildung einwandsfrei erscheint: Sarkom des unteren Endes des Oberschenkelknochens, des Wadenbeines, des Schlüsselbeines, drei Hoden-, ein Brustdrüsensarkom. In sechs der Fälle lag eine einmalige Verletzung vor. Bis auf einen Fall handelte es sich stets um die Einwirkung geringfügiger Gewalten. Versicherungsansprüche spielten nur einmal eine Rolle. **Georg Schmidt** (Berlin).

21) **Kraftschenko.** Drei seltene Fibrome.

(Chirurgia Bd. XXII. Nr. 132. [Russisch.])

Verkalktes Fibrolipom des linken Musc. pectoralis major. Seit 10 Jahren trägt die 44jährige Frau eine Geschwulst, die, von der Infraclaviculargegend ausgehend, enorme Größe erreichte. Besonders starkes Wachstum in den letzten 2 Jahren. Die Geschwulst von doppelter Mannskopfgröße nimmt die ganze linke Brustseite ein. Die normale Haut ist durchzogen von daumendicken Venen. Leichte Verschieblichkeit der Haut und der Geschwulst auf ihrer Unterlage. Bei Bewegung des linken Armes wird die Geschwulst angehoben. Ihr Umfang beträgt in jeder Richtung etwa 76 cm. Konsistenz hart, hin und wieder ist beim Palpieren in der Tiefe ein Knirschen wahrnehmbar. Die entfernte Geschwulst ging aus von der Portio clavicularis des großen Brustmuskels, dessen Fasern fächerartig in sie eintraten. Gewicht der Geschwulst $5^1/_2$ kg. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibrolipom, das, im Zentrum käsig zerfallen, zum Teil Kalkkrümel enthielt.

Angiofibrom des Beckenbindegewebes. 39jährige Frau mit einer Geschwulst in der linken Glutäalgegend. Vor 4 Jahren zum erstenmal bemerkt, wuchs die Geschwulst in letzter Zeit rapid. Die Beschwerden bestehen in der Unmöglichkeit zu sitzen und ziehenden Schmerzen im Unterleibe. Die kindskopfgroße Geschwulst über der linken Gesäßfalte macht den Eindruck einer Hernia ischiadica, doch ist die Haut mit ihr leicht verwachsen, und bei gedämpftem Per-

kussionsgeräusch fühlt das Gebilde sich steinhart an. Es scheint sich im Foramen ischiadicum zu verlieren, aber weder rektale noch vaginale Untersuchung geben weitere Anhaltspunkte. Beim Versuch, die Geschwulst in das Foramen ischiadicum zu zwängen, erscheint über dem linken Lig. Pouparti eine weiche Anschwellung. Bei der Operation gelang es verhältnismäßig leicht, die Geschwulst bis an das Foramen zu isolieren und einen Fortsatz aus der Tiefe des Beckens heraus zu befördern. Erhebliche Blutung, die auf Tamponade stand. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein mit zahlreichen Gefäßen durchsetztes Bindegewebe. Der Ausgangspunkt der durch das Foramen ischiadicum majus gewachsenen Geschwulst war nicht genau festzustellen.

Fibrom des rechten Lig. uteri latum. Geschwulst von 6,8 kg, die unter Schonung des normalen Ovarium und Uterus leicht aus dem Lig. latum herausgeschält werden konnte. Nur an einer Stelle bestand leichte Verwachsung mit dem Netz. Umfang der Geschwulst 69 cm, Durchmesser 28 cm. Die mikroskopische Untersuchung ergab reines fibröses Gewebe untermischt mit fibroplastischen Zellelementen.

Alle drei Fälle imponieren durch die Größe der Geschwulst, der erste speziell durch die ungewöhnliche Lokalisation. Zwei instruktive Photographien sind beigegeben.

Oettingen (Berlin).

22) **Pusey.** Roentgen ray in epitheliomata.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 2.)

P. berichtet über 111 Fälle von Epitheliom, die er mit Röntgenstrahlen behandelt hat, und demonstriert die Erfolge an zahlreichen Photogrammen.

80 Pat. (72%) wurden völlig geheilt.

Unter den 31 nicht ganz Geheilten befanden sich 28, die vorher erfolglos mit anderen therapeutischen Maßnahmen behandelt worden waren; nur in drei Fällen waren die Pat. unmittelbar zum Verf. gekommen; auch bei ihnen war die Geschwulst bereits in die Augenhöhle hineingewachsen.

W. v. Brunn (Rostock).

23) **E. Lindner.** Zur Diagnose epiduraler Hämatome. (Aus dem Landkrankenhause zu Fulda. Dr. Gunkel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

L. weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose der duralen Blutergüsse, besonders gegenüber traumatischer zerebraler Apoplexie hin und hebt den Wert der Probetrepanation auf Grund zweier eigener Beobachtungen hervor. Beide Pat. wurden durch die Operation geheilt. L. empfiehlt die Anlegung größerer Trepanöffnungen von ca. 1 cm im Durchmesser im Stromgebiete der Art. meningea media, dem fast ausschließlichen Sitze lebenbedrohender Hämatome.

Kramer (Glogau).

24) **S. Placzek** und **F. Krause.** Zur Kenntnis der umschriebenen Arachnitis adhaesiva cerebralis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 29.)

Bei einer 25jährigen Pat. nahm P. auf Grund der hinreichend charakteristischen Allgemeinsymptome, wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, ferner auf Grund der Veränderung des Ganges, des Taumelgefühls, der Neigung nach links zu fallen, der fast kompletten Lähmung aller äußeren Augenmuskeln beiderseits, der vollständigen Lähmung der rechten Gesichtshälfte mit Einbeziehung des Stirnastes, eine raumbeengende Geschwulst in der hinteren Schädelgrube an.

Bei der von K. zweizeitig ausgeführten Operation fand sich außer einer ungewöhnlichen Verdickung des Schädelknochens, einer Verdickung der harten Hirnhaut und starken Verwachsungen derselben mit der weichen Hirnhaut eine abgekapselte Flüssigkeitsansammlung an der unteren Fläche der rechten Kleinhirnhemisphäre. Eine Geschwulst wurde nicht gefunden. Alle Lähmungserscheinungen

gingen allmählich zurück nach glattem Wundverlaufe, das Allgemeinbefinden war vorzüglich und stand im schroffen Mißverhältnis zu alarmierenden Erscheinungen während der Rekonvaleszenz, bestehend in Erbrechen, Schüttelfrost und dem merkwürdigen Temperaturverlauf (anfallsweise hohe Temperatursteigerungen; siehe die Kurven im Original). Erst nach 3 Monaten waren die Temperaturen dauernd normal. Die Fiebererscheinungen erklärt P. durch Druckwirkung auf Kleinhirn und Medulla oblongata und andere Maßnahmen bei der Operation (postoperative, hyperthermische Stadien).

Der von K. gegebene und illustrierte Operationsbericht muß im Original eingesehen werden. K. weist zum Schluß auf die Analogie des schon beschriebenen Krankheitsbildes mit der chronischen Form der sog. Meningitis serosa spinalis hin (cf. d. Ztbl. 1907, Nr. 21, p. 611). Beide Male handelt es sich um genau umgrenzte Ansammlungen von Liquor, die unter hohem Drucke stehen und dadurch wie eine wirkliche Geschwulst wirken.

Die Entstehung solcher Liquoranhäufung und -Spannung an einer ganz bestimmt umschriebenen Stelle erklärt sich aus der Beschaffenheit der Arachnoidea, die nach Henle als ein wassersüchtiges, ungewöhnlich lockeres Bindegewebe aufzufassen ist, und in welcher in der Norm der Flüssigkeitsausgleich sehr rasch erfolgt; durch Verwachsungen, z. B. entzündlicher Natur, oder durch andere mechanische Verhältnisse kann sich leicht eine Liquorspannung und -Exsudation ausbilden, wenn die Resorptionsfähigkeit des Arachnoidealgewebes an den erkrankten Stellen aufgehoben oder vermindert ist. **Langemak** (Erfurt).

25) **Lapointe.** Un cas de méningite otitique suppurée de la fosse cérébelleuse: punction lombaire positive. Antro-atticotomie et incision durale dans la même séance. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 154 u. 166.)

Der Verlauf des Falles ergibt sich im wesentlichen aus der Überschrift. Die Lumbalpunktion hatte eitrige Flüssigkeit mit 95% polynukleären Zellen ohne Bakterien ergeben. In der Diskussion erörtert Legueu die Frage, welche Schlüsse man aus dem Verhalten der Lumbalflüssigkeit auf eine event. bestehende Meningitis ziehen dürfe, bzw. welche Anzeigen für das operative Vorgehen sich daraus ergeben. Er weist zunächst die Meinung zurück, man dürfe überhaupt nicht mehr operieren, wenn die Lumbalpunktion bakteriologisch ein positives Resultat ergeben habe, da auch noch solche Fälle zur Heilung kamen. Dann verwirft er die Eröffnung der Dura als unnütz und gefährlich. Man hat sichere purulente Meningitiden nach alleiniger Inangriffnahme der extraduralen Prozesse ausheilen sehen; gefährlich kann die Inzision der Dura werden durch die Möglichkeit einer einsetzenden Infektion. Toubert spricht sich dagegen für eine Eröffnung der Meningen aus, wenn eine Meningitis vermutet wird. **Kaehler** (Duisburg-M.).

26) **R. Hoffmann.** Zur Pathologie (Heilung) des Hirnabszesses.

(Aus den Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft.)

Verf. hatte Gelegenheit, ein Gehirn zu untersuchen, bei dem 4 Monate vorher ein großer Abszeß des Temporallappens inzidiert und zur Heilung gebracht worden war. 70 Tage nach der Heilung sollte eine plastische Deckung der Schädellücke vorgenommen werden, nach kurzer Chloroformnarkose verstarb Pat. plötzlich. Wahrscheinlich handelte es sich um einen Chloroformtod, der dadurch eintrat, daß Pat. mehrfach erbrach, wodurch der intrakranielle Druck gesteigert wurde, während eine Ausgleichung des Druckes wegen der ausgedehnten Verwachsungen nicht stattfinden konnte.

An dem Präparate sah man in der Umgebung der alten Abszeßhöhle erweichte Hirnsubstanz mit großen und kleinen leeren Lücken, die offenbar dadurch entstanden waren, daß Neurogliagewebe durch Ödemflüssigkeit auseinandergebracht worden war. In anderen Lücken konnte man schon wieder weitmaschiges Neurogliagewebe erkennen, in anderen sogar schon unregelmäßige Nervenfasern, überall

reichlich Leukocyten und Lymphocyten. Spuren einer eigentlichen Vernarbung sah man noch nirgends. H. sieht darin einen Beweis für die Richtigkeit der Behauptung Macewen's, daß bei chronischen Hirnabszessen durch den Schwund der Elastizität der umgebenden Hirnsubstanz die Heilung und Vernarbung nur äußerst langsam vor sich gehe.

Die Resorptions- und Reparationsvorgänge sind durch mehrere sehr gute Bilder erläutert. **L. Simon** (Mannheim).

27) **Atlee and Mills.** Brain tumor with Jacksonian spasm and unilateral paralysis of the vocal cord, and late hemiparesis and astereognosis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 26.)

Arzt von 43 Jahren mit Lähmung des linken Stimmbandes, spastischen Krämpfen im linken Bein, epileptischen Anfällen, alles innerhalb $1^1/_2$ Jahren entstanden; zuletzt Lähmung bzw. hochgradige Schwäche der ganzen linken Körperhälfte und heftige Kopfschmerzen.

Operation am 12. Februar 1907 durch A. Entfernung einer $7^1/_2 : 6$ cm großen ovalen Geschwulst aus der rechten psychomotorischen Region. Knochen dort auf 4 cm verdickt. Heilung mit Verwendung einer Zelluloidplatte zur Deckung des Defektes.

Pathologisch-anatomischer Befund von Spiller: Epitheliale Geschwulst, wahrscheinlich ausgegangen vom Plexus chorioideus. Zwei Mikrophotogramme.

4 Wochen nach der Operation war das Befinden gut. Nennenswerte Motilitätsstörungen bestanden nicht mehr. **W. v. Brunn** (Rostock).

28) **Jack.** Ossiculectomy in chronic middleear suppuration.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 26.)

Am Massachusetts eye and ear infirmary wurden vom 1. Januar 1903 bis zum 1. Januar 1907 im ganzen 565 stationäre Kranke wegen chronischer Mittelohreiterung operiert; z. T. bestand zugleich Mastoiditis, Sinusthrombose, Hirnabszeß oder Meningitis. Bei 124 Fällen wurde die Ossiculektomie, bei 90 die Radikaloperation ausgeführt. Es starben 24 Operierte, das ist 4,25%, fast stets an Meningitis oder Hirnabszeß, die bereits zur Zeit der Operation bestanden. In dem gleichen Zeitraume wurden 5895 Pat. ambulant an chronischer Mittelohreiterung behandelt; 9,5% von ihnen wurden operiert.

Verf. hat bei 190 Pat. die Gehörknöchelchen entfernt. 51 wurden ganz, 62 fast ganz geheilt, 40 gebessert, 19 blieben ungeheilt, von 19 ist der Erfolg unbekannt. Einmal nur trat der Tod ein.

Das Resultat hat ihn sehr befriedigt. Die zugleich ausgeführte Exkochleation der Tuba Eustachii ist nach Ansicht des Verf.s von besonderem Wert zur Verhinderung einer neuerlichen Infektion des Mittelohres.

W. v. Brunn (Rostock).

29) **Gayet.** Note sur une tumeur mixte de la joue, contribution à l'étude des anomalies fissuraires de la fente fronto-maxillaire.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 8.)

Verf. entfernte einem 27jährigen Maler eine taubeneigroße Geschwulst der Haut in der Gegend des unteren äußeren Winkels des linken Nasenbeines, die, vor 3 Jahren bemerkt, allmählich gewachsen war. Mikroskopisch erwies sie sich als ein Adenofibrochondrom und bot ganz das Bild der so häufigen gemischten Geschwulst der Speicheldrüsen. G. erklärt die Entstehung der Geschwulst aus Keimen, die bei der Bildung und dem Verschluß der Stirn-Oberkieferspalte abgesprengt wurden und verwahrt sich dagegen, daß derartige gemischte Neubildungen im Gesicht und am Halse und besonders in den Speicheldrüsen besonders von französischen Autoren noch immer auf die Speicheldrüsen selbst oder aberrierte Anlagen derselben zurückgeführt werden, was übrigens von deutschen Forschern,

wie Cohnheim, Wilms, Hinsberg u. a., schon längst bestritten wird. Ebenso wie die angeborenen Spalten, Fisteln und Cysten dieser Gegenden verdanken auch solche gemischtgewebige Geschwülste ihre Entstehung den embryonalen Gesichts- bzw. Kiemenspalten. Damit erledigt sich auch die viel umstrittene Frage, ob diese Geschwülste bindegewebiger oder epithelialer Abkunft seien. Alle Gewebe jener embryonalen Fortsätze und Bögen beteiligen sich naturgemäß auch an dem Aufbau der aus ihnen hervorgegangenen Geschwulstkeime. **Gutzeit** (Neidenburg).

30) **Gaudier.** Actinomycose du maxillaire supérieur droit chez un enfant, simulant un ostéo-sarcome.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 125.)

Im Verlaufe von 6 Monaten hatte sich eine Geschwulst des Oberkiefers gebildet, die, die Fossa canina ausfüllend, innen den harten Gaumen in großer Ausdehnung zerstörte. Bei der Operation tauchte der Verdacht auf Aktinomykose auf, den das Mikroskop bestätigte. Die daraufhin eingeleitete Jodtherapie brachte Heilung. G. lenkt im Anschluß daran die Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Formen der an dieser Stelle auftretenden Aktinomykosen und betont, daß die »zentralen« Formen Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose gegen Osteosarkome bieten können. **Kaehler** (Duisburg-M.).

31) **Kühner.** Über die Epulis und die Resultate ihrer Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 619.)

Für die schlechthin als bekannt geltende Tatsache, daß Epuliden bei radikaler operativer Behandlung eine gute Prognose geben, bei ungenügender Entfernung aber leicht rezidivieren und, sich selbst überlassen, in der Regel zum Tode führen, erbringt Verf. den bisher ausstehenden klinischen Beweis an einem Material von 90 Fällen aus der v. Bruns'schen Klinik.

In $^{2}/_{3}$ aller Fälle handelte es sich um Riesenzellsarkome. Das Vorkommen der Epulis verteilt sich auf das männliche und weibliche Geschlecht in einem Verhältnis von 1 : 2. Von 4 nicht operierten Pat. erlagen 3 ihrem Leiden, bei 1 kam es zu spontaner Heilung. Von 86 operierten Pat. liegen über 76 Nachrichten vor, wonach 91,12% dauernd geheilt blieben, bei 8,86% Rezidive auftraten; von letzteren 7 wurden noch 5 durch eine Rezidivoperation dauernd geheilt. Die Operation soll daher stets eine radikale sein und in Entfernung der Geschwulst mitsamt der betreffenden Partie des Alveolarfortsatzes bestehen.

Reich (Tübingen).

32) **Riggs.** Cheiloplasty for ectropion of the lower lip.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Nach einer kurzen einleitenden Übersicht über die verschiedenen Methoden der Lippenplastik schildert Verf. ausführlich einen Fall, bei dem es bei einem $4^{1}/_{2}$jährigen Knaben nach einer ausgedehnten Verbrennung des Gesichts und der Brust durch Narbenzug zu einem hochgradigen Ektropium der Unterlippe gekommen war. Der Mund konnte nicht geschlossen werden, Sprechen war unmöglich. Es wurde nun zunächst der Lippensaum mobilisiert und ein Teil der Narbe exzidiert. Durch einen Querschnitt in der Höhe des Schildknorpels (Selbstmörderschnitt) wurde eine ausgedehnte, gut bewegliche Hautbrücke geschaffen, die nun über den Kinnrand geschoben wurde, so daß ihr oberer Rand mit dem Lippenrot vereinigt werden konnte. Tiefliegende Catgutnähte verhinderten die Retraktion des neugebildeten Lappens. Der am Hals entstandene Defekt wurde durch Thiersch'sche Hautlappen vom Oberschenkel gedeckt. Es erfolgte ungestörte Heilung, die durch frühzeitige Massage ein recht gutes kosmetisches Resultat ergab. **Strauss** (Nürnberg).

33) **Burk.** Über eine seltene Fraktur an der Wirbelsäule.

(Med. Korrespondenzblatt d. württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Febr. 29.)

Bei der 31jährigen Pat. trat bei einer forcierten Rumpfbeugung nach vorn und rechts seitwärts ein heftiger Stich im Kreuz auf; sie litt dann $1^{1}/_{2}$ Jahre lang

an Schmerzen wechselnder Stärke. Zurzeit mangelhafte und schmerzhafte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule, rechterseits Kontraktur der langen Rückenstrecker, Druckempfindlichkeit des 3. Lendenwirbels. Erst das Röntgenbild ließ einen isolierten Bruch des rechten Gelenkfortsatzes des 5. Lendenwirbels erkennen. Nach Entfernung des abgesprengten Knochenstückes und des rechten Gelenkfortsatzes des obersten Kreuzbeinwirbels glatte Heilung mit Verschwinden der Beschwerden; die Beweglichkeit der Wirbelsäule wurde wieder fast völlig frei. Es handelte sich wohl um eine Abrißfraktur infolge Distorsion des Kreuzbeinlendenwirbelgelenkes. **Mohr** (Bielefeld).

34) **Dieulafé.** Nephroptose et scoliose réflexe.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 290.)

Schon ungefähr 20 Tage nach der vorgenommenen Nephropexie war die reflektorische Skoliose verschwunden, die vorher so stark gewesen war, daß zwischen 12. Rippe und Crista ilei links nur ein schmaler Spalt geblieben war. Links neben der Mittellinie waren vorher die Körper der Lendenwirbelsäule ebenfalls deutlich zu fühlen gewesen. Anknüpfend daran Bemerkungen über gleichseitige und gekreuzte Reflexskoliose. **Kaehler** (Duisburg-M.).

35) **Oppenheim** und **Borchardt.** Über einen weiteren differentialdiagnostisch schwierigen Fall von Rückenmarkshautgeschwulst mit erfolgreicher Behandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 36.)

Der mitgeteilte Fall ist der vierte von B. operierte und geheilte, gleich interessant für den Nervenarzt wie für den Chirurgen.

Der von O. erhobene Befund lautete: Bei dem 23jährigen Schneider M. finden sich folgende Erscheinungen: Spastische Parese des linken Beines. Im rechten sind nur die spastischen Phänomene und in geringerer Ausdehnung vorhanden, während die Parese hier angedeutet ist. Im linken Beine noch eine spezielle Parese des Quadriceps von nukleärem oder radikulärem Charakter, d. h. der Muskel ist abgemagert mit herabgesetzter elektrischer Erregbarkeit, Kniephänomen abgeschwächt. Erhebliche Sensibilitätsstörungen, leichte taktile im Gebiete des linken Saphenus major, schwere doppelseitige Analgesie und Thermanästhesie an den Füßen und Unterschenkeln. Leichte Störungen der Blasen-Mastdarmfunktion. An der Wirbelsäule nichts Pathologisches.

Trotz wiederholter Untersuchungen konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob die angenommene Geschwulst einen intra- oder extramedullären Sitz habe, es wurde aber als Sitz die Höhe des 12. Brustwirbels, also das Ursprungsgebiet der 3. und 4. Lendenwurzel angenommen.

Operation: 25 cm langer Schnitt in der Mittellinie. Entfernung des 12. und 11. Brustwirbelbogens, später des 1. und 2. Lendenwirbelbogens, um an die an der Vorderseite des Markes links im Subarachnoidealraum steckende blaurote Geschwulst gelangen zu können. Stumpfe Auslösung. Histologischer Befund: Fibrom. Verlauf kompliziert durch hämorrhagische Cystitis, Harnverhaltung, Temperaturanstieg, Abszeßbildung an beiden Oberschenkeln (Kochsalzinfusionen), Epididymitis purulenta, dann aber schnelle Rekonvaleszenz.

Im August 1907 konnte Pat. an zwei Stöcken schon zwei Treppen hoch steigen und ziemliche Strecken allein gehen. Gang noch deutlich spastisch-paretisch, Bewegungen in Hüft-, Knie- und Fußgelenk aktiv in normalen Grenzen. Links noch Atrophie des Quadriceps und Fehlen des Kniephänomens, rechts deutlicher Patellarklonus. Fußzittern weder rechts noch links. Sensibilität rechts kaum gestört.

Stuhl- und Urinentleerung spontan ohne Beschwerden.

Der Fall lehrt, daß man auch da, wo Zweifel bezüglich des extra- oder intramedullären Sitzes obwalten, sich unbedingt für die operative Behandlung entscheiden soll, daß man sich auch am Rückenmark aufs genaueste orientieren muß über alle Veränderungen, nicht nur an der Stelle, an der die Erkrankung lokali-

siert wurde, sondern auch in deren nächster Umgebung. Mit der Wegnahme von Wirbelbögen soll man nicht geizen, lieber einen zuviel wegnehmen, als einen zu wenig. **Langemak** (Erfurt).

36) **Blecher.** Über Fistula colli mediana und ihre Beziehungen zur Schilddrüse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 587.)

B. verfügt über drei eigene, mittels Exzision behandelte Fälle von medianer Halsfistel, von denen einer dadurch besondere Bedeutung besitzt, daß der Kranke, ein bis dahin völlig gesunder 19jähriger Kanonier, im Anschluß an die Operation und deren reaktionslose Heilung von einem schweren, äußerst entkräftenden, ruhrartigen Darmleiden befallen wurde und binnen wenig mehr als 3 Monaten an Peritonitis infolge von Perforation eines seiner Darmgeschwüre zugrunde ging. Irgendeine Infektion als Grund für die Darmerkrankung ist auszuschließen, vielmehr ist mit annähernd gewisser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß der Krankheitsverlauf mit dem Verluste von Schilddrüsengewebe, der durch die Operation bedingt war, in ursächlicher Beziehung stand, also ein »thyreoipriver« war. Bei der Operation war der Fistelgang von seiner unteren jugularen Mündung an bis zum Zungenbein, wo er endigte, exstirpiert, wobei ein dattelgroßes, bindegewebig umscheidetes Gebilde mitentfernt ist. Am Operationspräparat waren mehrere Fistelkanäle, teils mit Pflaster-, teils mit Flimmerepithel ausgekleidet, mikroskopisch nachweisbar, in dem sie umhüllenden Gewebe aber fanden sich thyreoideaartige, teilweise kolloidhaltige Drüsenfollikel; ebenso bestand der dattelförmige Körper fast ganz aus Schilddrüsengewebe. Nahe Beziehungen von Schilddrüsengewebe zu medianen Halsfisteln sind bekannt und typisch, entwicklungsgeschichtlich auch wohlbegründet und leicht verständlich, da der Ductus thyreoglossus, dessen Persistenz die Ursache der Fistelbildung ist, die Bahn darstellt, welche die mittlere Schilddrüsenanlage von der Einstülpung in die vordere Schlundwand bis zur endgültigen Lage zurückgelegt hat. Im Berichtsfalle scheint Pat. nun durch die Operation den größten Teil seiner Schilddrüsenanlage verloren zu haben, wodurch seine tödliche Erkrankung vermittelt wurde. Exakt bewiesen ist dies allerdings nicht, da bei der Sektion auf den Nachweis noch vorhandener Schilddrüsenteile zu achten vergessen ist. Daß Tetanie bei der Erkrankung fehlte, spricht nicht gegen die ätiologische Erklärung der letzteren; denn nicht der Verlust der Schilddrüse, sondern der der »Epithelkörper« führt zur Tetanie. Die Beobachtung gibt einen Hinweis auf die gelegentlich mit Exstirpation dieser Halsfisteln verbundenen Gefahren; — in Fällen, wo eine Schilddrüse an normaler Stelle nicht nachweisbar ist, soll man von Exstirpationen absehen.

Ein zweiter Fall interessiert dadurch, daß eine erste Operation, bei der die Fistel zunächst bis an das Zungenbein heran ausgeführt worden, nicht zur Heilung genügte. Letztere wurde erst dadurch erzielt, daß man die obere Hälfte des Zungenbeinkörpers resezierte und das dahinter gelegene granulierende Gewebe exstirpierte. Die Halsfistel durchsetzte hier, wie öfter beobachtet, die Knochensubstanz des Zungenbeines, und unter solchen Umständen ist, wie Schlange zuerst hervorhob, die Zungenbeinresektion zur Radikalheilung erforderlich.

Fall 3 bietet nichts Besonderes. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **H. Meerwein.** Über intratracheale Strumen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 334.)

M. vermehrt die spärliche Kasuistik der intratrachealen Kröpfe (bis 1905 15 Fälle) um eine Beobachtung aus der Baseler Klinik. Die im Alter von 18 Jahren zugegangene Pat. war bereits vor 9 Jahren tracheotomiert. Da damals die Stimmbänder frei waren, unter ihnen aber eine diffuse Schleimhautschwellung in der Höhe des Ringknorpels gefunden, auch die rechte Lungenspitze suspekt war, war damals Perichondritis diagnostiziert. Pat. trug die Kanüle bis vor 3 Jahren, befand sich weiterhin gut, bis sie 4 Tage vor ihrer Aufnahme wieder Erstickungsanfälle bekam. Die Spiegelung ergab starke Schwellung des linken

subglottischen Raumes, die Auskultation abgeschwächtes Atmen der rechten Lungenspitze, so daß wieder ein tuberkulöser Prozeß angenommen wurde. Pat. wurde der Laryngotracheotomie unterzogen, wobei man nach Durchtrennung eines breiten Schilddrüsenisthmus und Spaltung des Luftrohres an dessen linker Seitenwand im Bereich des Ringknorpels, sowie 1. und 2. Trachealringes auf eine haselnußgroße, rundliche, breitbasige, von unveränderter Schleimhaut überzogene Geschwulst kam, die abgetragen wurde. Naht von Ringknorpel und Luftröhre, Nachbehandlung mit Kanüle, die nach 4 Wochen entfernt werden konnte. Indes mußte schon 6 Wochen später neuerdings tracheotomiert und eine Kanüle wieder eingesetzt werden, auch fand sich wieder links subglottische Anschwellung, gegen welche die versuchsweise gebrauchten Thyreoidintabletten erfolglos blieben.

Das größte Stück des bei der ersten Operation gewonnenen Präparates besteht aus Schilddrüsengewebe, dessen Alveolen zum Teil kolloiden Inhalt haben. Zwischen den Schilddrüsenelementen liegen aber — und das ist wichtig — Inselchen von deutlichen Schleimdrüsen (vgl. zwei histologische Abbildungen). Kleinere bei dieser Operation ausgeschabte Stückchen bestehen aus tuberkulösem Granulationsgewebe. Solches wurde auch bei der zweiten Operation zutage gefördert.

M. bespricht, die Literatur heranziehend, die klinischen Verhältnisse des Intratrachealkropfes kurz im allgemeinen. Im eigenen Falle spricht die Gegenwart des Schleimdrüsengewebes zwischen dem Kropfgewebe dafür, daß während des embryonalen Lebens die Schilddrüse durch die Luftröhre gewachsen ist und so tracheale Schleimdrüsen umschloß, oder daß es sich um eine versprengte Schilddrüsenanlage handelte, die im Embryonelstadium die Drüsen einschloß. — Überdies interessiert der Fall auch durch die Entwicklung von Kehlkopftuberkulose im Kindesalter. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

38) **G. Hotz.** Die Ursachen des Thymustodes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 509.)

Verf. teilt folgenden Fall aus der Baseler Klinik mit:

Ein 3jähriger Junge litt seit $1/2$ Jahr an Tracheostenose mit Erstickungsanfällen von zunehmender Intensität und Häufigkeit. Abgesehen von einer mäßigen Bronchitis ergab weder die Laryngo- noch Tracheoskopie, noch die Röntgendurchleuchtung, noch die übrige Untersuchung einen Aufschluß über die Natur der Stenose. Insbesondere ließ sich auch keine Vergrößerung der Thymus oder Schilddrüse und keine Erkrankung der Wirbelsäule nachweisen. Als auch nach der Tracheotomie die Stenose fortbestand, wurde die Thymus exstirpiert in der Überlegung, daß durch Beseitigung dieses Organs auf jeden Fall eine Raumerweiterung in der oberen Thoraxapertur geschaffen werde. Die exstirpierte Thymus war 7 resp. 9 cm lang, 5 cm breit, 5—8 mm dick, wog 6 g, war also eher zu klein als zu groß für das Alter. Nach vorübergehender Besserung der Atmung starb das Kind am gleichen Abend in einem asphyktischen Anfalle.

Die Sektion deckte als Ursache der Trachealkompression eine Spondylitis des 4. Brustwirbels mit einem hühnereigroßen prävertebralen Abszeß auf. Die Luftröhre war an der Bifurkationsstelle etwas abgeplattet.

Eine Übersicht über die anatomischen und topographischen Verhältnisse ergibt u. a., daß die Größe und das Gewicht der normalen Thymus großen Schwankungen unterliegt, die Grenze nach dem Pathologischen erst recht schwankend ist, und diese Momente für sich überhaupt noch nicht die Frage entscheiden, ob eine Thymus eine mechanische Kompression macht oder nicht, vielmehr Volumsveränderungen des Organs und die Größe der Thoraxapertur mitbestimmende Faktoren sind.

Der Thymusdruck wirkt in erster Linie auf Luftröhre und Bronchen, wo er dauernde und autoptisch nachweisbare Spuren hinterläßt, zweifellos in manchen Fällen aber auch auf das Herz und die großen venösen und arteriellen Gefäßstämme, während der Nervenkompression (Vagus, Recurrens, Phrenicus) vorerst nur eine hypothetische Bedeutung zukommt.

Begünstigt wird das Zustandekommen der Thymusstenose natürlich durch komplizierende Bronchitis, Bronchialdrüsenschwellung, adenoide Vegetationen usw.

Die operative Therapie, Resektion und Ektopexie oder Totalexstirpation, vermochte bisher in jedem Falle durch Raumgewinnung die drohende Asphyxie abzuwenden und die normale Atmung dauernd wieder herzustellen.

Verf. neigt der Ansicht Friedjung's zu, wonach Paltauf's absolute Negation einer mechanischen Bedeutung der hyperplastischen Thymus durch die neuen Befunde und besonders die Erfolge der Operation widerlegt wird und empfiehlt die Thymektomie auch für Fälle, in denen eine Hyperplasie nicht nachweisbar oder überhaupt nicht vorhanden ist. **Reich** (Tübingen).

39) **Jalaguier.** Oesophagotomie externe pour l'extraction d'un sou ayant séjourné deux ans et demi dans l'oesophage d'un enfant de quatre ans.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 63.)

Erst kurz vor der mit gutem Erfolge vorgenommenen Operation setzten wesentliche Störungen ein, bestehend in dyspeptischen Beschwerden und anfallsweiser Dyspnoe. Der Fremdkörper saß in einer von Narbengewebe umgebenen Ausbuchtung der Speiseröhre. **Kaehler** (Duisburg-M.).

40) **H. Gehle** (Bremen). Zur Radikaloperation des Ösophagusdivertikels.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Bei dem 69jährigen Pat., der alle Speisen und Getränke sofort wieder erbrach, saß das Divertikel in Höhe der Cartilago cricoidea und ließ sich bei der Operation leicht bis an die Hautwunde vorziehen. G. eröffnete es an der Kuppe, entfernte mit dem scharfen Löffel die Schleimhaut, führte durch die Öffnung eine Schlundsonde in den Magen, drehte den Sack um 180° um seine Längsachse und zog ihn mit einer Tabaksbeutelnaht fest um die Sonde zusammen. Die angefrischte Sacköffnung wurde sodann mit der oberflächlichen Halsfascie vernäht. Am 6. Tage ließ sich die Schlundsonde entfernen, und Pat. wurde nunmehr durch das vom Mund aus eingeführte Instrument ernährt. 14 Tage nach der Operation konnte er weiche, feste Nahrung schlucken, nach 4—5 Wochen war er ohne Fistel geheilt. Er befindet sich noch jetzt, nach 2 Jahren, wohlauf. **Kramer** (Glogau).

41) **Friedberg.** Foreign body in larynx for two and one-half years.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 1.)

Bei einem 12jährigen Mädchen war vor $2^1/_2$ Jahren ohne bekannte Ursache eine allmählich zunehmende Heiserkeit aufgetreten.

Die Untersuchung ergab in der Gegend des linken Stimmbandes eine große geschwulstartige Masse, in der die Spitze eines kleinen Drahtstückes sichtbar war. Nach verschiedenen ergebnislosen Extraktionsversuchen wurde der Fremdkörper samt einem Teile der Granulationsmasse entfernt und Pat. geheilt.

W. v. Brunn (Rostock).

42) **H. v. Schrötter.** Fremdkörper, 2 Jahre im linken Bronchus, Extraktion auf direktem Wege; Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Der Überschrift ist hinzuzufügen, daß der Fremdkörper, ein Schweinsknochen, 34 cm von der Zahnreihe entfernt saß, durch reichliche Granulationsbildung und starke eitrige Sekretion die Entfernung erschwert war, aber bei dem sitzenden 52jährigen Kranken gelang. Der Fremdkörper war seiner Länge nach in den zweiten, vom Hauptstamm abzweigenden Ventralbronchus aspiriert worden. Die Symptome der Bronchiektasie gingen zurück, so daß in diesem Fall offenbar trotz des langen Verweilens des Knochenstückes keine irreparablen Veränderungen gesetzt waren. **Langemak** (Erfurt).

43) **W. M. Müntz.** Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Bronchus zweiter Ordnung mittels Bronchoskops.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Vor ca. 1 Monat aspirierte die 39jährige Pat. ein Knopf (9 mm Durchmesser und in der Mitte etwa 2 mm Dicke). Beständiger Husten, Atemnot und Druck rechts vom Brustbein quälten die Kranke. Auf dem Röntgenschirm war der Knopf rechts erkennbar, nicht aber auf der Platte.

Der sitzenden kokainisierten Pat. wurde ein Bronchoskop (7 mm Lichtung) leicht in den rechten Hauptbronchus eingeführt. Es gelang nicht das massenhafte Sekret wegzutupfen, Pat. begann heftiger zu husten, so daß der Versuch aufgegeben wurde. Die übrigens sehr geduldige Pat. erklärte sich zu einer Operation bereit, eine Wiederholung der ersten Prozedur lehnte sie ab.

3 Tage später machte M. daher eine tiefe Tracheotomie. Vor Eröffnung der Luftröhre spritzte er durch die Wand 1 ccm 5%iges Kokain mit Suprarenin, nach Eröffnung noch 3 ccm. Dann wurde Pat. auf die rechte Seite gelegt und das Bronchoskop (Lichtung 10 mm, Länge 20 cm) eingeführt. Am Eingang in einen Bronchus zweiter Ordnung lag der Knopf und wurde nach einigen Fehlgriffen extrahiert. Unter reichlicher Kokainisierung (5%ig, mit Suprarenin) gelang es ohne Schmerzen und ohne Husten zu arbeiten. Sekret wurde diesmal nur wenig angetroffen. **V. E. Mertens** (Kiel).

44) **W. M. Müntz.** Über Spätasphyxien nach Larynxexstirpation.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Seit $1^1/_2$ Jahren klagte die jetzt 50jährige Pat., der M. vor 5 Jahren den karzinomatösen Kehlkopf entfernt hatte, über dumpfe Schmerzen in der linken Brusthälfte. Zeitweilig hustete sie bräunliche Gerinnsel aus und klagte beständig, daß die Tracheotomiekanüle zu eng sei. Eines Tages kam sie asphyktisch ins Hospital. Das Atemgeräusch war über der linken Lunge abgeschwächt. Ein 1 cm (!) starker Gummischlauch glitt 10 cm unterhalb der Fossa jugularis an einem Hindernis vorbei in den rechten Bronchus, worauf die Atmung frei wurde. Mit dem Bronchoskop war nicht viel zu erkennen. Durch die Manipulationen wurde jedoch ein Hustenstoß ausgelöst, der einen 5 cm langen, $1^1/_2$—2 cm dicken, bräunlichen Körper von gummiähnlicher Elastizität zutage förderte.

Am nächsten Morgen neue Asphyxie. Durch provozierte Hustenstöße wurden noch vier ähnliche Stücke ausgeworfen, worauf die Atmung definitiv gut blieb.

Die Stücke erschienen als Ausgüsse der Bronchen. Sie bestanden aus Fibrin, etwas Schleim, Eiterkörpern, Erythrocyten, Kolonien von Staphylokokken und Fraenkel'schen Diplokokken und Hämosiderin.

M. nimmt an, daß die Stücke allmählich aus Blut (kleine Verletzungen durch die Kanüle) und Schleim sich gebildet haben. Pat. hatte sich an das Atmen mit einem Teile der linken Lunge gewöhnt, erst in dem Augenblick, wo ein Stück an die Bifurkation kam und beide Bronchen verdeckte, kam es zu ernsten Erscheinungen. **V. E. Mertens** (Kiel).

45) **L. Fiedler.** Beitrag zur primären akuten Osteomyelitis der Rippen. (Aus dem Landkrankenhause in Fulda. Dr. Gunkel).

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Der mitgeteilte Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die nach einem Trauma aufgetretene primäre akute Osteomyelitis der 7. Rippe mit schwersten Allgemeinerscheinungen verlief und in 14 Tagen zum Tode der 8jährigen Pat. führte. Bakteriologisch war der Staphylokokkus pyogenes aureus als Krankheitserreger nachgewiesen worden. Auffallend war die starke Respirationsfrequenz — über 70 — und die Klage über anhaltende Leibschmerzen, die von F. als irradiierende Interkostalnervenschmerzen aufgefaßt werden. **Kramer** (Glogau).

46) **M'Kendrick.** Mediastinal cancer, occuring ten years after removal of the breast, with secondary nodulation well distributed over the head and trunk.

(Glasgow med. journ. 1908. Februar.)

Bei einer Frau in den 50er Jahren war die Amputatio mammae wegen Karzinom ausgeführt worden. Sie blieb 10 Jahre lang völlig gesund. Dann erkrankte sie mit pleuritischen Beschwerden, und zahlreiche Knoten erschienen am Kopf und Rumpf; sie wurden durch Behandlung mit Röntgenstrahlen zwar allmählich zum Schwinden gebracht, auch besserte sich danach das Allgemeinbefinden, doch konnte der Tod nicht verhindert worden. **W. v. Brunn** (Rostock).

47) **Quénu.** Plaie pénétrante du ventricule droit, traitée par la suture; plaie du ventricule gauche.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 10.)

Zwei Fälle von Herzstichverletzung, operiert durch Baudet bzw. Duval. Der erste Fall zeichnet sich dadurch aus, daß die Herzverletzung eine minimale war, der Blutverlust nur in wenigen Tropfen bestand. Trotzdem nur ganz geringe wellenförmige Bewegungen des Herzens. Im Augenblicke, wo das Herz mit der Hand gefaßt wurde, um eine Naht durch die Wunde zu legen, beginnt es wieder zu schlagen. Q. schließt daraus, daß nicht die Blutung ins Perikard bzw. Pleura, nicht ein größerer Blutverlust das schädigende Moment zu sein braucht, sondern die durch den Stich gesetzte Schädigung der inneren Herzinnervation (un trouble apporté à l'innervation du coeur). Im zweiten Falle brachte Injektion von physiologischer Kochsalzlösung das Herz nach gewaltigem Blutverluste wieder zum Schlagen, nachdem Massage mit der Hand erfolglos geblieben war. Dann doch noch Stillstand, vielleicht (?) verursacht durch eine zu kalte, zweite Injektion.

In der Diskussion (p. 116) berichtet Mauclaire über einen Fall von Schußverletzung, die nur eine »tangentiale« Wunde des Perikards veranlaßt hatte. Im Perikard selbst fanden sich nur wenige Tropfen Blut. Trotzdem bestanden schwere Herzsymptome: Arhythmie, Unzählbarkeit der Schläge, unerträgliche »Präkordial«-Schmerzen. Nach 48 Stunden Tod, ohne daß die Autopsie außer einer Lungenverletzung Aufklärung brachte. M. weist auf den großen Reichtum des Perikards an Nerven hin. **Kaehler** (Duisburg-M.).

48) **O. Fittig.** Ein Fall von penetrierender Schußverletzung der Herzwand mit tangentialer Eröffnung des Ventrikellumens.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 567.)

Ein 29jähriger Mann wurde ca. 2 Stunden nach einem Selbstmordversuch durch Revolverschuß in der Herzgegend eingeliefert. Es bestand hochgradige Anämie bei noch kräftigem Radialpuls (130 pro Minute) und mäßiger Beschleunigung der Atmung. Aus dem Einschuß, der innerhalb der Mammillarlinie, über der IV. Rippe saß, sickerte dauernd Blut. Über dem Herzen fand sich tympanitischer Schall, über der Lunge hinten Dämpfung ohne Tympanie.

Ein Ausschuß fehlte. Das Herz wurde sofort durch einen Interkostalschnitt freigelegt, doch mußte zwecks besseren Zugangs die IV. und V. Rippe noch reseziert werden. Nach Eröffnung des Herzbeutels und Vorziehung des Herzens fand sich an der Kante des linken Ventrikels, etwas unterhalb ihrer Mitte, ein 3 cm langer Einschuß, aus dem ein bleistiftdicker Blutstrahl sich ergoß. Verschluß mit sechs tiefgreifenden Catgutnähten.

Nachdem man das Brustbein durchmeißelt und aufgeklappt hatte, konnte man eine kaum blutende, nur bohnengroße Ausschußöffnung der Ventrikelhinterwand, nahe an der Atrioventrikulargrenze, ebenfalls versorgen. Naht des Herzbeutels und eines Einschusses im Unterlappen der Lunge. Ventildrainage der Pleurahöhle. Gazedocht auf die Perikardialnaht. Schluß der Wunde durch Naht. Die Operation dauerte ca. 1 Stunde. Der Blutverlust war beträchtlich, der Puls am Ende der Operation wie vor derselben. Intravenöse Kochsalzinfusion.

Nach anfänglich recht ordentlichem Befinden starb Pat. nach 24 Stunden, ohne daß die Anämie zugenommen hatte.

Die Sektion ergab keinen näheren Aufschluß über die Todesursache. Der Einschuß saß 4 cm oberhalb der Herzspitze an der linken Ventrikelkante und war 3 cm lang, $1^1/_2$ cm breit. Der Ausschuß, 1 cm lang, $^1/_2$ cm breit, fand sich an der Hinterwand des Ventrikels, 2 cm unterhalb der Atrioventrikularklappe. Der Schußkanal verlief bogenförmig im Herzmuskel und eröffnete die Ventrikellichtung zwischen den Wurzeln des seitlichen Papillarmuskels in Form eines bleistiftdicken Loches. Der Schuß hatte also die Ventrikellichtung nur tangential gestreift und mußte das Herz im Moment der Systole getroffen und seine Wand im Zustande der Kontraktion durchdrungen haben. Im Unterlappen der linken Lunge fand sich ein Ein- und Ausschuß, während das Geschoß von der hinteren Brustwand abgeprallt war und in einem trichterförmigen Loch an der Hinterseite des Unterlappens lag. Eine Nachblutung hatte nicht stattgefunden, und die linke Lunge war nur mäßig kollabiert. **Reich** (Tübingen).

49) **Speese.** Chronic cystic mastitis.

(University of Pennsylvania med. bull. 1908. Januar.)

S. teilt zwölf Fälle von chronischer cystischer Mastitis mit, welche sämtlich operiert wurden. Die die Cysten umgebenden bindegewebigen Massen ließen in einem Falle makroskopisch auf dem Durchschnitt ein Karzinom annehmen. Eine der Pat. war erst 20 Jahre alt. Eine Verwachsung und Einziehung, die Warren in solchen Fällen sah, wurde niemals beobachtet. Die Operation bestand meist in einer plastischen Resektion der indurierten Teile (nach Warren) nach Aufklappen der Brust nach oben; nach Exzision der Cysten oder Verhärtungen wurden die Defekte vernäht und die Brust wieder heruntergeklappt. Die Cysten rezidivierten nur selten, der kosmetische Erfolg war sehr befriedigend. Um die Frühstadien einer sekundären karzinomatösen Entartung nicht zu übersehen, wurde in jedem Falle während der Operation mikroskopisch untersucht und beim geringsten Verdacht auf Karzinom die Amputatio mammae angeschlossen.

Mohr (Bielefeld).

50) **Sehrt.** Beiträge zur Pathologie der Milchdrüse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 574.)

Die vorliegende Arbeit, die hauptsächlich pathologisches Interesse beansprucht, beschreibt zwei beim Menschen äußerst seltene Affektionen der Brustdrüse:

1) Ein Osteochondrosarkom bei einer 44 Jahre alten Frau, die 11mal geboren hatte. Die Geschwulst war faustgroß, verschieblich, glatt und wurde mitsamt den axillaren Lymphdrüsen entfernt. Beigefügt ist die Beschreibung von sechs analogen Fällen aus der Literatur.

2) Primäre Aktinomykose der Mamma. Nach Mitteilung von vier fremden Beobachtungen beschreibt Verf. einen Fall aus der Freiburger Klinik. Es handelte sich um eine 34 Jahre alte Frau, die vor 9 Jahren 1mal geboren und 9 Monate ohne Erkrankung der Mamma gestillt hatte. Der Beginn der Erkrankung lag 1 Jahr zurück. In der lateralen Hälfte der Brustdrüse fühlte man eine geschwulstartige, derbe, unregelmäßige Infiltration, die gegen die Haut und den Pectoralis gut verschieblich war. Von der eingezogenen Warze, aus der sich Eiter entleerte zogen Stränge nach dem Infiltrat. Amputation der Brust. Glatte Heilung. In den Fistelgängen und den Erweichungsherden des Infiltrates fanden sich zahlreiche Aktinomycesdrüsen. Der Infektionsmodus blieb unbekannt.

Reich (Tübingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 16. Sonnabend, den 18. April 1908.

Inhalt.

Zur Symptomatologie des Magenkrebses.

Von

Dr. med. B. **Przewalski** in Charkow.

Nach der allgemeinen Meinung praktischer Ärzte vermögen chirurgische Eingriffe eine sichere Heilung des Magenkrebses nur im frühesten Stadium der Krankheit herbeizuführen. Dieser Zeitraum dauert, wie bekannt, nicht länger als 1—2—3 Monate, und das Leiden gibt keine pathognomonischen Anzeichen. Die Möglichkeit einer Diagnose gewährt nur die sorgfältigste methodische (klinische, chemische, mikroskopische und röntgenologische) Untersuchung aller Erscheinungen von seiten der Peristaltik und Sekretion, was manchmal 2 bis 3 Wochen fordert. Bei solcher Mangelhaftigkeit der Symptomatologie der Initialsymptome des Magenkrebses ist jedes, auch das geringste physikalische Kennzeichen im frühen Stadium unentbehrlich.

Deshalb entschließe ich mich, die Aufmerksamkeit auf Eigentümlichkeiten der Interkostalräume bei Kranken mit Magenkrebs zu lenken. In den späten vernachlässigten Fällen des Carcinoma ventriculi sind alle Interkostalräume beiderseits verengt, im frühesten Stadium dagegen beobachtete ich eine Verengung der mittleren Interkostalräume allein an der rechten Seite des Thorax. Diese Erscheinung kann man als eine Reflexkontraktur vom rechten N. vagus aus betrachten, der die am häufigsten von Krebs befallene Magenwand innerviert. Vielleicht haben auch Rami communicantes 4—9 N. spinalium dextr. ad plexum solarem Teil am Reflex. In Fällen von Carcinoma oesophagi habe ich niemals die ausschließlich rechtsseitige Kontraktur der Interkostalräume gesehen, sondern entweder die linksseitige (im frühen Stadium) oder die beiderseitige (im späten). Man untersucht mit den Fingerspitzen zwischen den Achsellinien.

---

1) **K. Gerson.** Alkoholseifen.

(Med. Klinik 1908. p. 130.)

G. hat dem »Sapalcol«, einem alkoholhaltigen weichen Seifenbrei in Zinntuben, fein gepulverten Sandstaub (10%) zugesetzt. Der Alkoholwert dieser Sapalcol-Sandstaubsseife (Fabrik chem. Produkte Arthur Wolff jun., Breslau) beträgt etwa 50%. Aus der Tube wird ein 6 cm langes Stück ausgedrückt und auf die Hände und Unterarme verrieben; darauf nimmt man nur soviel Wasser hinzu, daß ausgiebige Schaumbildung erfolgt. Nach 5 Minuten langer Waschung werden die Hände in Sublimat, Sublaminlösung oder Seifenspiritus kurz abgespült. Nach der Operation werden Hände mit empfindlicher Haut mit Kaloderma eingerieben. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

2) **M. Madlener** (Kempten). Ramiezwirn als chirurgischer Faden.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Das aus der Bastfaser der in China usw. angebauten Ramie (einer unserer gemeinen Brennessel ähnlichen Pflanze) gewonnene Garn zeichnet sich durch große Festigkeit (besonders in nassem Zustande), Leichtigkeit und Billigkeit aus. Es wird ähnlich wie die Kocher'sche Sublimatseide sterilisiert und ist von Stiefenhofer in München (Carlsplatz 6) in sechs verschiedenen Stärken beziehbar. M. hat es an Stelle des Catguts und der Seide zu allen äußeren und versenkten Nähten wie Ligaturen verwendet und nur in wenigen Fällen Ausstoßung von Fäden, sonst in den zahlreichen anderen stets reaktionslose Einheilung usw. beobachtet. Für die Ligaturen und versenkten Nähte empfiehlt sich die Benutzung der feinen Fadennummern, sowie stets die Anfeuchtung des Ramiegarns vor dem Gebrauch, da es dann zugfester ist, als das trockene (s. dieses Zentralblatt 1908 Nr. 3. Ref.).

Kramer (Glogau).

---

3) Folia urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane. Herausgegeben von James Israel, Kollmann, Kulisch, Wagner (Leipzig).

Leipzig, **Werner Klinkhardt,** 1907.

Unter dem Namen Folia urologica erscheint seit kurzem eine internationale Zeitschrift für das Gebiet der Harnkrankheiten, die sich in zwei wichtigen Punkten von anderen Zeitschriften unterscheidet.

Erstens sind in gleicher Weise die vier hauptsächlichsten Kultursprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch) für die Aufsätze zugelassen, und zweitens befindet sich am Ende jeder Arbeit eine kurze Übersicht über den Inhalt in der gleichen Sprache. Außerdem sind in allen vier Sprachen sogenannte Thesen angefügt, die in noch gedrängterer Form allen Lesern von dem Inhalte Kunde geben.

Bei der übergroßen Fülle medizinischer Literatur, die jeder wissenschaftlich interessierte Arzt heutzutage durcharbeiten muß, ist diese Art der Veröffentlichung entschieden als eine große Erleichterung zu begrüßen; an der Hand der Thesen wird jeder das für ihn besonders Lesenswerte schnell herausfinden können. Auch die Zulassung verschiedener Sprachen ist entschieden durchaus zu billigen.

Gerade auf dem Gebiete der Urologie war bisher zwischen einzelnen Nationen eine Art Scheidewand entstanden, besonders nahmen französische Autoren oft überraschend wenig Notiz von deutschen Forschungsergebnissen und Fortschritten namentlich auf instrumentellem Gebiete (Cystoskopie). Ref. hatte bereits früher wiederholt Gelegenheit, hier auf diesen Übelstand hinzuweisen; in großen französischen Monographien fanden sich zwei Seiten über Cystoskopie.

Diesem Zustande nationaler Eigenbrödelei wird durch eine Zeitschrift nach Art der Folia urologica energisch zu Leibe gegangen. Wir sehen mit großem Interesse der weiteren Entwicklung des Blattes entgegen. **Willi Hirt** (Breslau).

---

4) **W. Stoeckel** (Marburg). Atlas der gynäkologischen Cystoskopie.

Berlin, **August Hirschwald,** 1908.

S. bringt in diesem Atlas einen erwünschten Anhang und die notwendige Ergänzung zu seinem bekannten Buche: »Die Cystoskopie des Gynäkologen«. Die Abbildungen sind zum Teil unfarbig, zum Teil farbig reproduziert, wodurch es dem Verf. möglich war, einen erstaunlich billigen Preis für das wertvolle Werk durchzusetzen. Die farbige Reproduktion ist überall da gewählt, wo einfache Wiedergabe der Helligkeitsdifferenzen nicht genügt hätte. Ref. möchte betonen, daß er die unfarbigen Bilder für ebenso naturgetreu und anschaulich hält, als die kolorierten. Die Auswahl der Bilder, der knappe, präzise Text und die systematische Anordnung des Ganzen ermöglichen auch dem Anfänger, sich sofort in die Materie hinein zu finden. Das Werk ist somit für das Selbststudium ebenso zu empfehlen, wie es

auch dem Ref. als erfreuliches Hilfsmittel zu dem cystoskopischen Unterricht willkommen war. — Die Tafeln I—III erläutern bildlich die Verhältnisse der normalen Blase, des Sphincter internus, der Harnleitermündungen und der physiologischen Abarten. Die Bilder der Sphinkterzerfaserung und der Cystokele führen dann zwanglos über zur Illustration der pathologischen Vorgänge und Zustände, als da sind: »Polypen und Pseudopolypen am Sphinkter, Divertikelbildung, Altersatrophie, Fistelbildung nach gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen (Pubotomieverletzungen), Einwanderung von Tupfern, Seidenligaturen und Fremdkörpern in die Blase, Einbruch von Geschwülsten bzw. primäre Karzinombildung in der Harnblase«. Die farbigen Bilder veranschaulichen das wechselnde Kolorit verschiedener Blasengegenden im normalen Zustande sowie bei Cystitis subacuta und chronica (Leukoplakie), bei Ulzerationen, bullösem Ödem, ferner bei puerperaler Quellung und Stauung; endlich bringt der Atlas noch vollendete Bilder von Blasensteinen und seltenere Beobachtungen, wie petechiale Blutungen und Einwanderung von Instrumenten in die Blase. Verf. illustriert auch die Untersuchung der weiblichen Blase in Seitenlage, sowie in Knie-Brustposition — endlich einige typische urethroskopische Befunde.

Diese Ausführungen zeigen zur Genüge die geschickte Auswahl und die Reichhaltigkeit der Bilder; das eigene Studium möge die Leser von der Güte des Gebotenen überzeugen. **Kroemer** (Berlin).

---

5) **Kneise** (Halle a. S.). Handatlas der Cystoskopie.

Halle a. S., **Gebauer-Schwetschke**, 1908.

Vorliegender Atlas, welcher zur gleichen Zeit wie das Stoeckelsche Werk erschien, ist wie letzteres eine Widmung an den Direktor der Charité-Frauenklinik, Herrn Geh.-Rat Bumm. Es ist kein Zufall, daß von Gynäkologen (Stoeckel — Kneise — Polano) fast zur selben Stunde so bedeutende Publikationen auf diesem Gebiet erscheinen. Die Gynäkologie stattet damit der allgemeinen Urologie, insbesondere den Manen Nitze's, ihren Dank ab für die von jener erfahrene Anregung. K., der alle in seinem Atlas niedergelegten Bilder selbst nach der Natur in Aquarell- und Gouachefarben ausgeführt hat, gibt die gesehenen Bilder mit einer erstaunlichen Naturtreue wieder, ohne die Schematisierung des nicht medizinisch gebildeten Zeichners. — Die künstlerisch ausgeführten Bilder der Cystitisformen sind z. B. wohl nicht zu übertreffen. In gleicher Vollendung präsentieren sich die Tafeln, welche die Geschwülste und Steine in der Blase erläutern. Verf. ordnet sein Material von 84 Bildern auf 13 Tafeln, von denen drei der normalen Blase, drei andere den entzündlichen Veränderungen der Blasenschleimhaut gewidmet sind. Tafel VII bringt die Darstellung der Prostatahypertrophie, Tafel VIII die Steinbefunde, Tafel IX und X Blasen- und Harnleiter-Blasengeschwülste, Tafel XI und XII verschiedene seltenere Erscheinungen

(Varia), und die Schlußtafel illustriert die wechselnden Bilder, die der Untersucher bei der Entrierung des Harnleiters mit dem Harnleiterkatheter erhält.

K. schickt jedem Kapitel eine zusammenfassende Besprechung voraus. Die Abbildungen selbst sind durch begleitende Spezialerläuterungen verständlich gemacht. Endlich folgen am Schluß noch die kurzen Krankengeschichten der besonders wichtigen Fälle zur Orientierung für den Leser, der das Buch mit Befriedigung studieren muß. K. ist ein begeisterter Verfechter der Endoskopie. Das fühlt man beim Lesen seiner lebendigen Schilderungen. Die Ausstattung des Atlas ist vornehm und geschmackvoll. Das Ganze hat einen künstlerischen Wert. Ref. hat mit Freuden die Besprechung der beiden von K. und Stoeckel dem einstigen gemeinsamen Chef, Prof. Bumm, gewidmeten cystoskopischen Atlanten übernommen, weil er angesichts der Fülle und Güte des Gebotenen der Überzeugung ist, daß beide Werke sich auf dem Grenzgebiete der Urologie sowohl bei Chirurgen als bei Gynäkologen eine dauernde Wertschätzung sichern werden. Ref. möchte sie in seiner Bücherei nicht missen.

Kroemer (Berlin).

---

6) **N. N. Petrow** und **N. S. Pereschiwkin.** Zur Frage von der diagnostischen Bedeutung der Indigokarminprobe.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 4 u. 5.)

Verff. prüften die Voelcker-Joseph'sche Indigokarminprobe an 9 Hunden und 17 Kaninchen 88mal nach. Letzteren wurden 4—8 mg Farbe injiziert; nach Feststellung des Ausscheidungstypus der Farbe wurde eine Niere entfernt, eine neue Probe gemacht; dann die zurückgelassene Niere geschädigt (Injektion von Spiritus amylicus ins Parenchym oder von kantharidinsaurem Kali nach Liebreich intravenös) und wieder eine Probe gemacht. Endlich wurden die Nieren mikroskopisch untersucht. Resultate: Die Ausscheidung geschieht typisch (beginnt beim Kaninchen nach 5—10 Minuten, beim Hunde nach 10—18 Minuten, erreicht bei ersterem nach 30, bei letzterem nach 60 Minuten ihren Höhepunkt); nach Entfernung einer Niere bleibt der Typus derselbe; nach schwerer Schädigung der restierenden Niere treten bedeutende Veränderungen der Ausscheidung auf (Verspätung, Verminderung); nach leichteren sind die Veränderungen bald gering. Nach Kantharidininjektion ist zuerst — im Stadium der parenchymatösen Nephritis — die Ausscheidung wenig verändert, später — bei Übergang der Entzündung aufs Interstitialgewebe — schwer geschädigt. — Dann prüften Verff. die Probe klinisch in 43 Fällen, 30mal bei gesunden Nieren, 13mal bei kranken. Meist wurde nach Injektion der Farbe (Indigokarmin Grübler oder Brückner-Lampe) sofort das Cystoskop eingeführt und die Harnleitermündungen beobachtet. 40—160 mg rufen keine nennenswert unangenehme Folgen hervor. Die Ausscheidung beginnt nach 3 bis 8 Minuten, bei normalen Nieren spätestens bis 15 Minuten. Ver-

minderung der Menge des Getränkes (künstliche Oligurie) macht die Probe besonders deutlich. Die Probe hilft in pathologischen Zuständen der Blase die Harnleitermündungen aufzufinden, Stenosen des Harnleiters von vollständiger Undurchgängigkeit zu unterscheiden; sie erleichtert die Differentialdiagnose von Nieren- und anderen Unterleibsgeschwülsten. Bei schweren Veränderungen des Nierenparenchyms ist die Ausscheidung vermindert und verlangsamt. (Eine Ausnahme scheint parenchymatöse Nephritis zu bilden.) Bei geringen Schädigungen kann die Ausscheidung fast normal sein. Die Probe ist einfach, kann in vielen Fällen die Harnleiterkatheterisation ersetzen (wenn der gemeinsame Harn normal, klinisch aber eine Niere krank ist). Ist aber der gemeinsame Harn pathologisch, so muß man die Harnleiter katheterisieren, um die gesunde Niere zu finden.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

---

7) **Asch.** Die Urethrotomie und die Ausschabung der Strikturen in urethroskopischer Beleuchtung.

(Folia urologica Bd. I. Hft. 5.)

Die urethroskopische Untersuchung einer großen Anzahl einschlägiger Fälle zeigt, daß die Rezidive von Strikturen der Harnröhre nach Ausführung der Urethrotomia interna oder externa zurückzuführen sind auf a. nicht durchschnittene Stellen der Strikturen und b. auf narbige Wucherungen im Operationsschnitt selbst.

Jeder Urethrotomie ist daher eine urethroskopische Untersuchung nachzuschicken, und die gefundenen narbigen Wucherungen und Reste von Strikturen sind mit dem scharfen Löffel auszukratzen.

Die Behandlung der Strikturen durch Schnitt kann jedoch in den meisten Fällen durch Ausschabung mit dem scharfen Löffel ersetzt werden. Kontraindiziert ist diese bei infektiöser Erkrankung der oberen Harnwege; in diesem Falle ist die Urethrotomie auszuführen.

Bei tuberkulösen Strikturen scheint die Ausschabung keinen Erfolg zu haben.

Willi Hirt (Breslau).

---

8) **B. Goldberg.** Das Prostatasekret bei der sogenannten Prostatahypertrophie.

(Folia urologica Bd. I. Hft. 5.)

Die Diagnose Prostatahypertrophie erfordert nicht nur eine genaue Tastung, sondern auch die Untersuchung des exprimierten Sekretes. Bei Prostatikern, die nie gonorrhoisch und nicht durch Katheter infiziert waren, findet man dennoch sehr häufig Leukocyten im Sekret. Bei diesen ist das Sekret spärlich und schwer erhältlich.

In unmittelbarer Folge schwerer langwieriger Gonorrhöe werden ältere Männer von allen bei Prostatahypertrophie bekannten Beschwerden befallen; es handelt sich dann aber lediglich um chronische kystoparetische Prostatitis, wie sie auch jüngere Individuen befallen kann.

Das Verhalten des Lezithin im Sekret bei Prostatahypertrophie

ist zum Teil durch verminderte sekretorische Aktivität, zum Teil durch Retention, zum Teil endlich durch Wirkungen der Leukocytose zu erklären.

Willi Hirt (Breslau).

9) **J. Albarran.** Lésions du rein du coté opposé dans la tuberculose rénale unilatérale.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXVI. Hft. 2.)

Bei der einseitigen Nierentuberkulose kann die andere Niere Veränderungen aufweisen, die sich durch verschiedene Symptome manifestieren. Man kann fünf verschiedene Gruppen unterscheiden: 1) Es besteht eine ganz ähnlich nur wenig ausgesprochene Albuminurie mit oder ohne gleichzeitige Polyurie, die meist einige Zeit nach der Operation geringer wird und dann ganz verschwindet. 2) In anderen Fällen besteht die Albuminurie mit oder ohne Polyurie und Zylinderurie mehrere Jahre; durch kleine Ursachen kann sie schlimmer werden. 3) Eine parenchymatöse oder hydropigene Nephritis mit langsamer oder rascher Entwicklung. 4) Eine hämorrhagische Nephritis. 5) Eine einfache Zylindrurie. Alle diese klinischen Varietäten scheinen verschiedenen Graden ähnlicher Affektionen zu entsprechen. Vom klinischen Standpunkt aus genügt die Differentialdiagnose zwischen doppelseitiger Nierentuberkulose und den ebengenannten, verschiedenen, nicht spezifischen Affektionen der anderen Seite; es ist außerdem wichtig, die gutartigen Formen von den schweren zu unterscheiden. Bei den sehr häufigen Fällen von einfacher Albuminurie kann die Exstirpation der tuberkulösen Niere ohne Gefahr vorgenommen werden. Und zwar soll hier die Nephrektomie so bald als möglich vorgenommen werden, um den schädlichen Einfluß der kranken Niere auf die nicht tuberkulöse Niere zu beseitigen. Dagegen ist die Exstirpation der tuberkulösen Niere kontraindiziert in den glücklicherweise seltenen Fällen, in denen die Albuminurie nur ein Vorläufer einer schweren hydropischen Nephritis auf der entgegengesetzten Seite ist. Durch die Hinwegnahme der tuberkulösen Niere wird die Nephritis nicht aufgehalten. Die schädliche Einwirkung einer erkrankten Niere auf das Schwesterorgan kann auf verschiedene Weise erklärt werden.

Paul Wagner (Leipzig).

10) **Cathelin.** Le diagnostic et le traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

(Folia urologica Bd. I. Hft. 2.)

C. hat 20mal mit einem Todesfalle wegen Nierentuberkulose die Nephrektomie gemacht. Bei einseitiger Erkrankung soll frühzeitig nephrektomiert werden. Die Infektion der anderen Niere erfolgt auf dem Blutwege vermittels des Canalis venosus reno-capsulo-diaphragmaticus.

Den Wert des Harnleiterkatheterismus für die Herabminderung der Mortalität nach Nephrektomie erkennt C. an, doch macht er andere Gründe dafür verantwortlich als Casper.

Bei Nierentuberkulose und Cystitis ist der C.'sche Urinseparator dem Harnleiterkatheter vorzuziehen. C. macht stets die extrakapsuläre Nephrektomie und empfiehlt im besonderen die stückweise Forcipressur des Hilus. **Willi Hirt** (Breslau).

11) **S. P. Fedorow.** Über die Wanderniere.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 1.)

An der Hand von etwa 25 operierten Fällen kommt F. zu dem Schluß, daß die meisten Fälle von Wanderniere chirurgisch behandelt werden müssen. Das Leiden wird oft von Typhlokolitis begleitet, und dann muß man genau prüfen, was hier primär ist (Katheterisation des Nierenbeckens, zwecks Feststellung einer etwa vorhandenen Dilatation, Hervorrufung von Kolik durch Füllung des Beckens, Harnuntersuchung).

Zwei Fälle werden zur Illustration angeführt: in beiden Diagnose Appendicitis, einmal war sogar anderswo der Wurm exzidiert. In beiden nach Nephropexie Schwinden der Schmerzen. Fünfmal wurde gleichzeitig mit der Nephropexie die Appendektomie ausgeführt. Besonders angezeigt ist die Nephropexie in Fällen mit beständigen Schmerzen, die durch Vergrößerung der Niere (infolge Stauungshyperämie, oder chronischer Uro- oder Hydronephrose), oder durch chronische Pyelitis bedingt werden. Weiter bringt F. zwei Fälle, wo die Niere infolge cystischer Degeneration mobil wurde, und wo nach Nephropexie alle Schmerzen schwanden. Oft ist das einzige Symptom der Wanderniere häufiger Harndrang; auch hier bringt die Annähung prompte Heilung. Widerraten ist die Operation bei Hysterischen — zweimal blieb sie bei F. ohne jeden Erfolg.

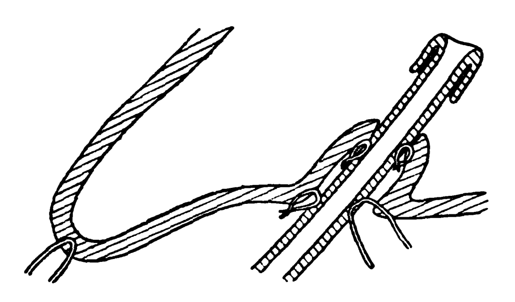
Bei jeder Nephropexie exzidierte F. kleine Stückchen aus der Rindenschicht, die von Prof. Moïssejew untersucht wurden; er fand dabei stets Dilatation der gewundenen Kanälchen mit Ausfüllung durch körnige Massen und Abplattung des Epithels; eine Art vakuoläre Degeneration der Epithelzellen; Verödung und hyaline Degeneration einzelner Kanälchen; Dilatation der Bowman'schen Kapseln; entzündliche Bindegewebsproliferation zwischen den Kanälchen und in der Umgebung der zu- und abführenden Gefäße der Glomeruli — alles Veränderungen infolge Stauung des Harns und des Venenblutes, zuweilen auch durch Verminderung der Zufuhr des Blutes durch die Arterien. Ferner ließ F. durch D. P. Kusnetzki Funktionsprüfungen mit Hilfe der »Verdünnungsmethode« (experimentelle Polyurie) anstellen, welche zeigten, daß die Wanderniere etwas schlechter als die normale arbeitet. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob nach Annähung solche Nieren wieder besser arbeiten, ob durch die Operation die Funktion gebessert wird; wenn die Antwort auf diese Frage positiv ausfällt, wird die Nephropexie dadurch allein, unabhängig von den durch die Beweglichkeit der Niere verursachten Schmerzen, indiziert sein.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

12) **P. Lutaud.** Sur un procédé d'urétéro-cystonéostomie dans le traitement des fistules urétéro-vaginales et urétéro-cervicales.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 14.)

L. beschreibt ein Verfahren von Ricard, das er durch untenstehende Skizze erläutert. Nach medianer Laparotomie wird der Harnleiter freigemacht und möglichst nahe dem Narbengebiete durchtrennt. Sein renales Ende wird seitlich etwas gekerbt und umgestülpt.



(Bezüglich des anderen Endes bemerkt L.: M. Ricard ne s'occupe pas du bout vésical.) Die Umstülpung wird durch zwei Catgutnähte fixiert. Durch ein kleines Loch in der Blase wird der Harnleiter in die Lichtung ca. 2 cm weit eingeführt. Durch zwei Reihen die Sero-muscularis der Organe fassender Catgutnähte werden Blase und Harnleiter vereinigt.

Großes Gewicht legt Ricard darauf, daß zum Schluß die Blase durch eine Naht derart an das Beckenperitoneum geheftet wird, daß die Blase vor den Harnleiter gehoben wird, wodurch auch die Blasen-Harnleiternähte entspannt werden sollen. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

13) **Bland-Sutton.** On the treatment of the pedicle and the ureter in nephrectomy.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1908. VI, I.)

Verf. betont die Notwendigkeit einer exakten Versorgung des Nierenstiels nach der Nephrektomie. Besondere Sorgfalt verdient die Isolierung des Harnleiters, die bei Nierenruptur und -geschwulst leicht ist, während sie bei Hydronephrosen Schwierigkeiten bieten kann, indem das proximale Harnleiterende in einen mehr oder minder großen Hohlraum verwandelt und von abnorm verzweigten Gefäßen umgeben sein kann.

Bei Pyonephrosen und tuberkulösen Nierenerkrankungen kann die Freilegung des Harnleiters unmöglich sein. Es ist dann nötig, einen Teil des Nierenbeckens mit in den Stumpf hineinzunehmen, wodurch jedoch Unzuträglichkeiten bedingt werden. Aus der eigenen Erfahrung — 58 geheilte Nephrektomien in den letzten 7 Jahren — erwähnt Verf. drei Fälle, in denen es infolge ungenügender Harn-

leiterfreilegung zu jahrelangen Fisteln, Abszessen und Koliken infolge Fadenabgangs durch Harnleiter und Blase kam.

Strauss (Nürnberg).

14) **A. Bittorf.** Die Pathologie der Nebennieren und der Morbus Addisonii. 166 S.

Jena, **Gustav Fischer,** 1907.

Die Arbeit will eine Klinik der Nebennierenkrankheiten geben. An die Anatomie und Entwicklungsgeschichte schließt sich ein ausführlicher Abschnitt über die Physiologie des Organs. Die experimentellen Untersuchungen ergaben folgendes: Bei Exstirpation beider Nebennieren tritt allgemeine Hinfälligkeit und Muskelschwäche, Sinken der Körpertemperatur und des Blutdruckes, Ernährungsstörungen, Haut- und Schleimhautpigmentation, zentrale Asthenie, schwere nervöse Störungen bis zu epileptiformen Krämpfen und Koma auf. Rinde und Mark sind gleich lebenswichtig. Das Organ hat wahrscheinlich eine entgiftende und sicher eine sekretorische Funktion.

Die Erscheinungen des akuten Ausfalles der Nebennieren verlaufen unter dem Bilde der Peritonitis oder eines schweren Typhus, ähnlich wie bei Pankreasblutungen bzw. Nekrose.

Bei der chronischen Nebenniereninsuffizienz sind die Erscheinungen die des Addison. Die primär idiopathische Form zeigt eine Atrophie oder chronisch interstitielle Entzündung mit Schrumpfung und Untergang des Parenchyms. Klinisch kann man vier Symptomgruppen scheiden: asthenisch-nervöse, zirkulatorische, gastrointestinale Störungen und Auftreten abnormer Pigmentationen. Häufiger als die idiopathische Erkrankung sind Tuberkulose, Syphilis und Nebennierengeschwülste. Ein häufiger Befund dabei ist die Vergrößerung des lymphatischen Apparates. Die Sympathicusveränderungen, auf die man eine Zeitlang einen großen Wert legte, sind nach der jetzigen Auffassung wahrscheinlich nur zufällige, nicht wesentliche Komplikationen.

Für die Chirurgen stehen im Vordergrunde des Interesses die Verminderung oder Änderung der Funktion der Nebennieren durch Geschwülste suprarenalen Ursprunges, die Hypernephrome. B. beobachtete in der Strümpell'schen Klinik zwei Nierengeschwülste, welche die Symptome des rudimentären Addison zeigten und beide echte Hypernephrome waren. Die Kranken zeigten Pigmentation des Gesichts, der Hohlhand und Finger, Vergeßlichkeit, leichte psychische Störungen, Senkung des Blutdruckes; die bestehende Mattigkeit und Abmagerung können auf Kosten der Geschwulst kommen. Auf die psychischen Veränderungen scheint man bisher nicht genügend geachtet zu haben. Es handelt sich anscheinend um eine abnorme Erschöpfbarkeit für ganz bestimmte Funktionen, wohl auf spezifisch toxischer Basis. Eklatante Besserung nach der Operation. Zur Erklärung sind zwei Möglichkeiten denkbar. Da ja wahrscheinlich die Nebennieren selbst gesund sind, so können die Symptome

entweder durch die Geschwülste als solche oder durch die Wirkung derselben auf die Nebennieren hervorgerufen sein. Man kann sich einesteils vorstellen, daß in den leicht zum Zerfalle neigenden Hypernephromen Sekretion vorgeht, die qualitativ geändert ist, und daß dieses pathologische Sekret die Krankheitserscheinungen hervorruft; oder, was wahrscheinlicher ist, es entstehen durch die Geschwulstzellen selbst und ihre nekrotischen Teile Stoffe, welche die Nebennierenzellen in ihrer Sekretion hemmen, so daß gar kein Sekret oder wenigstens ein verändertes entsteht.

B. geht dann auf die Pathogenese des Addison näher ein, sowie auf die Veränderungen der Nebennieren bei Intoxikationen und bei Erkrankungen anderer Organe, und gibt zum Schluß seine eigenen Untersuchungen. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

---

15) **J. A. Amann** (München). Ureterdeckung und Drainage bei ausgedehnter Beckenausräumung wegen Uteruskarzinom.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXI. Hft. 1.)

Die abdominale Radikaloperation des Uteruskrebses nötigt den Operateur zu weitgehender Bloßlegung der Beckengefäße und des Harnleiters, welch letzterer nach beendigter Operation schlaff in das Becken hineinhängt. Daher entstehen im Verlaufe der Rekonvaleszenz häufig Nekrosen und Harnleiterfisteln. — A., welcher sich um den Ausbau der Technik bei der Karzinomoperation mehrfach verdient gemacht hat, sucht die sekundären Harnleiternekrosen durch sorgfältige Fixation und Deckung zu vermeiden, indem er ihn über den Stumpf der Art. uterina lagert, diese mit dem vorderen und seitlichen bzw. hinteren Bauchfell vereinigt und nach vorn und abwärts den Harnleiter in das Blasenperitoneum einwickelt. Dieses letztere wird unter Raffung der Blase mit dem vorderen Scheidenwundrande vereinigt. Die hintere Scheidenwand wird gespalten, damit der hier durchgezogene Jodoformgazedrain die tiefsten Buchten der Beckenwunde bequem erreicht. Die ganz tiefe Wandtasche wird gegen den Bauch durch die quer über das Becken gelagerte, vesikal serososerös fixierte Flexura sigmoidea und den Blinddarm abgedichtet. Die Arbeit ist durch klare Abbildungen illustriert. A. hat seit Jahren keine Harnleiterfistel mehr erlebt. **Kroemer** (Berlin).

---

16) **Bland-Sutton.** A clinical lecture of cancer of the ovary.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Verf. kommt unter Anführung neuer Fälle nochmals auf seine Lehre zurück (siehe Referat im Zentralblatt 1906 Nr. 38), daß die bei Laparotomien gefundenen Ovarialkarzinome meist nicht primäre Geschwülste, sondern bereits Metastasen, und oft riesenhafte Metastasen eines kleinen Krebses an Gallenblase, Magen, Brust, Kolon sind. Die primäre Geschwulst wird bei der Operation meist übersehen wegen ihrer versteckten Lage und wegen ihrer Kleinheit. Verf. hält eine gründliche Aufbesserung unserer Lehre von den Eierstockskrebsen für

*

dringend nötig, um zur Klarheit zu kommen über die Frage, wie viele von ihnen primär, wie viele bereits Metastasen sind, und um zu erklären, warum gerade das Ovarium eine so auffallende Neigung hat, so gewaltige Metastasen aus sich zu entwickeln. **Weber** (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus der chirurgischen Privatklinik des Prof. Dr. Hans Kehr in Halberstadt.

Plastische Deckung eines Choledochusdefektes durch die Gallenblase.

Von

Dr. Hans Liebold.

Plastische Operationen am Ductus choledochus auszuführen, ist dann erst indiziert, wenn die sonst üblichen Methoden, durch Schluß des Defektes die Galle in den Darm abzuleiten, versagen oder auf Grund der anatomischen Verhältnisse von vornherein sich verbieten. Außer Plastiken mit Hilfe von Netzzipfeln (Enderlen und Justi) wurden solche bisher von Kehr und von v. Stubenrauch angegeben, indem sie durch Serosa-Muscularis- oder Serosa-Muscularis-Mucosalappenbildung aus der Magen- bez. Duodenalwand den Choledochusdefekt zu decken suchten. Einen anderen von Kehr in seiner »Technik der Gallensteinoperationen« p. 282 bereits angedeuteten Weg, in Fällen, bei denen die Gallenblase selbst noch zur Verfügung steht, durch einen aus der letzteren entnommenen Lappen plastische Deckung erzielen zu können, gelang unter Verwendung der gesamten Gallenblase uns erstmalig zu beschreiten. Bei der Einfachheit und Sicherheit der Ausführung sowie dem vorzüglichen Erfolge rechtfertigt sich die Veröffentlichung, um für ähnliche Fälle ihre Anwendung zu empfehlen.

Anamnese: Die 34jährige Pat. bekam 1902 nach schwerer Influenza die ersten typischen Gallensteinkoliken, die sich unter Kurgebrauch von Vichy und Karlsbad bis 1906 in erträglichen Grenzen hielten. Juli 1906 ohne vorhergegangene Anfälle plötzlich Einsetzen von Ikterus, der nach kleinen Schwankungen Oktober 1906 sehr intensiv wurde und mit Fieber bis 40° verbunden war. Im Januar 1907 wegen dieses chronischen Choledochusverschlusses Operation durch einen russischen Chirurgen, der aber, wie er uns selbst schrieb, infolge der ausgedehnten Verwachsungen den Choledochus nicht freilegen konnte. Er begnügte sich deshalb mit einer Eröffnung der Gallenblase. Resultat: Komplette Gallenfistel. Pat. ging nach Neuenahr; da dort die Fistel nicht heilte, auch Fieber und Koliken fortbestanden, Pat. wurde sie uns von dem dortigen behandelnden Internisten zugeschickt.

Befund: Sehr elende, stark ikterische Pat. Befund an Leber und Gallenblase negativ. In der Mitte des von der Operation herrührenden Pararektalschnittes eine Fistelöffnung, die Eiter absondert, aber keine Galle. Sondierung der Gallenblase nicht zu erreichen. Urin enthält Gallenfarbstoff, sonst o. B.

Diagnose: Choledochusverschluß durch Steine.

Operation: 27. Juni 1907. Czerny's Hakenschnitt. Die Fistel führt nicht in die Gallenblase, sondern in eine kleine Abszeßhöhle zwischen Bauchwand und Gallenblase. Letztere klein, geschrumpft, ringsum stark verwachsen. Mühsame Freilegung des Lig. hepato-duodenale. Pankreaskopf hart; Magen groß; Duodenum durch Adhäsionen verdeckt. Der freipräparierte Choledochus erweist sich als ein

nur gänsekielstarker Strang! Bei seiner Inzision fließt keine Galle. Auf eine Strecke im supraduodenalen Teile von 3 cm Länge ist der Gang so hochgradig verengt, daß man von einer Obliteration sprechen kann (vgl. *1—2* in Fig. 1). Sondierung der Papilla Vateri gelingt schließlich. Im Hepaticus stecken zwei Steine, die nach Spaltung des Hepaticus bis an die Leber heran entfernt werden. — Die Inzision des Choledochus hatte aber eine Querdurchtrennung des Ganges herbeigeführt, so daß zu guter Letzt die beiden Lumina über 3 cm weit auseinander gewichen waren.

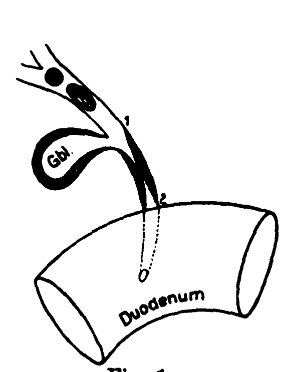


Fig. 1.
Von 1—2 enger, fast obliterierter Choledochus.

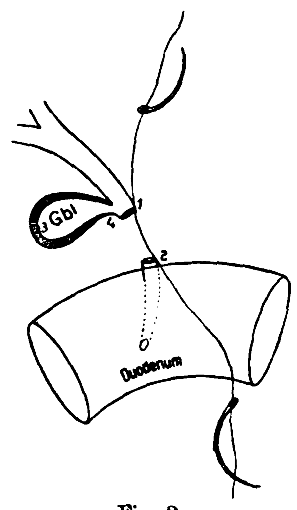


Fig. 2.
Vernähung der hinteren Choledochuswand. Spaltung der medialen Fläche der Gallenblase von 3—4.

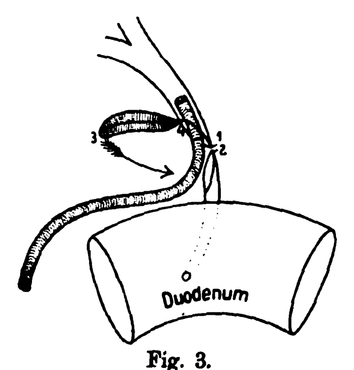


Fig. 3.
Gallenblase ist an der medialen Fläche gespalten und wird in der Pfeilrichtung auf den Choledochusdefekt gelegt. Zugleich Hepaticusdrainage.

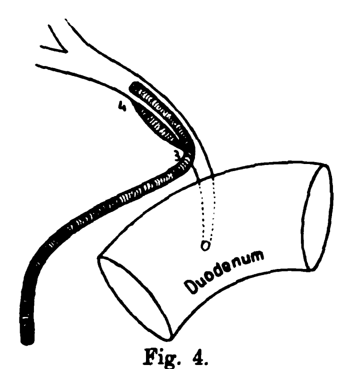


Fig. 4.
Die Operation ist beendet. Bei 3 ist die Gallenblase so auf den Choledochusdefekt aufgenäht, daß die Schleimhaut gegen die hintere Choledochuswand schaut.

Nun wird die Hinterwand des Choledochus durch Vereinigen der beiden Choledochusenden mittels dreier Suturen wieder hergestellt (vgl. *1—2* in Fig. 2). Darauf Einführen und Fixieren eines Nélaton-Schlauches in den Hepaticus (Fig. 3).

Die geschrumpfte, etwa walnußgroße Gallenblase wird vom Leberbett abgelöst und so mobilisiert, ohne daß die Art. cystica dabei verletzt wird. Spaltung der Gallenblase und des Ductus cysticus an der medialen Fläche. Dieser hierdurch entstehende Lappen wird auf den Choledochusdefekt, zugleich um das Drainrohr herum so aufgenäht, daß eine neue vordere Wand des Choledochus, die mit Schleimhaut ausgekleidet ist, sich bildet (vgl. *3—4* in Fig. 3 und sodann *3—4* in Fig. 4). Tamponade um das Lig. hepato-duodenale herum; Einführen eines Gazestreifens in die alte Bauchdeckenfistel. Dauer der Operation 70 Minuten. Den Gang derselben dürften die Fig. zur Genüge erläutern.

Verlauf: Gallenfluß während der ersten Tage sehr reichlich durch das Drainrohr. Öfters kolikartige Schmerzen und Temperatursteigerung bis 38,3°.

7. Juli. Am 10. Tage post op. Entfernung des Hepaticus-Drainagerohres; es werden zwei kleine nekrotische Gewebsfetzen herausgespült. Seitdem völlig beschwerdefrei.

14. Juli. Stuhl erstmalig leicht gefärbt, seit 20. Juli völlig normal. Verband bleibt 3—4 Tage trocken, bis Galle hindurchdringt.

10. August. Die von der früheren Operation herrührende Fistel ist geschlossen, aus dem neuen Wundtrichter tritt Galle nur noch tropfenweise aus.

31. August. Entlassung: Pat. hat sich glänzend erholt, beträchtlich an Gewicht zugenommen. Wundtrichter ist geschlossen. Ikterus ist völlig verschwunden.

1. Januar 1908. Laut Bericht ist das Befinden der Pat. dauernd ausgezeichnet.

Mit dieser neuen Methode wurde unter den gegebenen Verhältnissen zweifellos das Ziel, den Choledochus wegsam zu machen und die komplette Gallenfistel zu beseitigen, am leichtesten und sichersten erreicht. Sonst hätte man entweder eine Hepatico-Duodenostomie oder eine zirkuläre Naht ausführen müssen. Die erstgenannte Operation wäre bei den ausgedehnten Verwachsungen technisch sehr schwer und mit Rücksicht auf die Schwäche der Pat. auch zu langwierig gewesen. Und für die zirkuläre Naht war die räumliche Entfernung zwischen *1* u. *2* (vgl. die Fig.) so groß, daß die Spannung der Naht unzweifelhaft zu bedeutend geworden wäre. Wir wollen die Operation immerhin nur als Ultimum refugium ansehen, da die in das Choledochuslumem sehende Gallenblasenschleimhaut doch einmal Veranlassung geben könnte, neue Steine zu bilden, wenn in den Tiefen der Luschkaschen Gänge Steintrümmer zurückgeblieben sind. Aber der Fall bleibt ein schöner Beweis dafür, daß eine kompliziertere Plastik an den Gallengängen sehr wohl durchführbar ist.

Literatur:

Enderlen und Justi, Über die Heilung von Wunden der Gallenblase und die Deckung von Defekten der Gallenblase durch transplantiertes Netz. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXI. p. 235.

Ehrhardt, Zur Ätiologie der Rezidive und Pseudorezidive nach Gallensteinoperationen. Deutsche med. Wochenschr. 1907.

Kehr, Technik der Gallensteinoperationen. 1905.

Kehr, Liebold, Neuling, 3 Jahre Gallensteinchirurgie. 1908.

v. Stubenrauch, Über plastische Anastomosen zwischen Gallenwegen und Magendarmkanal zur Heilung der kompletten äußeren Gallenfistel. Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXXV. Kongreß. 1906.

II.

Aus der I. chirurgischen Abteilung der Budapester Bezirkskrankenversicherungskasse.

Wegen Sehnenscheidentuberkulose ausgeführte Muskelsehnenresektion; Tendomusculoanastomosis. Heilung mit vollkommener Funktion[1].

Von

Dr. Karl v. Schiller,

Operateur.

Auf der Abteilung des Herrn Oberarztes Dr. Joseph Lévai hatte ich einen Fall zu operieren wegen Sehnenscheidentuberkulose des M. extensor pollicis longi l. sin., wo nicht nur die Sehnenscheide tuberkulös erkrankt war, sondern wo auch der Muskelbauch tuberkulös erkrankt war; meiner Überzeugung nach war in diesem Falle die Muskeltuberkulose das primäre Leiden; außerdem war die Sehne aufgefasert, usuriert, so daß ich gezwungen war, ein ca. 10 cm langes Muskelsehnenstück zu resezieren. Der Defekt wurde durch doppelte Muskel-Sehnenanastomose behoben und ergab ganz tadellosen Erfolg; der Pat. wurde mit vollkommener Extensionsfunktion seiner II. Phalanx geheilt und wurde wieder gänzlich arbeitsfähig. —

Mein Fall ist folgender:

Jakob Rehoru, 23 Jahre alt, Schneidergehilfe, gibt an, daß er seit ca. 2 Jahren während der Bewegung seines linken Daumens ab und zu im unteren Drittel seines Unterarmes Schmerzen verspürt habe; nachher schwoll ihm sein Unterarm öfter an, die Geschwulst verschwand aber immer in einigen Tagen. Seit einem Jahre aber bemerkt er an seinem Unterarm eine immer größer werdende Geschwulst. Sein Vater starb mit 26 Jahren an Lungenkrankheit, seine Mutter ist am Leben und ist gesund. Er hat keine Geschwister.

Die Schmerzen wurden immer größer bei der Bewegung, ebenso nahm die Geschwulst an Größe immer mehr zu, so daß er sich am 5. Mai 1907 auf unsere Abteilung aufnehmen ließ.

Status praesens: Am linken Unterarme, über dessen radialer Seite und über dessen dorsaler Fläche, vom unteren Drittel angefangen, ist eine ca. 15 cm lange, bis zu der Mitte des Dorsum manus sin. reichende, ca. 3 cm hohe, in der Mitte 3 cm breite, im ganzen spindelförmige, über der Regio carpi eine Delle zeigende, scharfrandige Geschwulst sichtbar, über welcher die Haut livid verfärbt, in Falten abhebbar und verschieblich ist; der Tumor ist pastös, zeigt Pseudofluktuation, auf Druck etwas Schmerzhaftigkeit.

Bei Bewegung des Daumens geringer Schmerz. Die Geschwulst wird während der Extension etwas praller. Die Bewegung des Daumens ist ca. 30% geringer, namentlich in der Extensionsrichtung. Diagnose: Tendovaginitis tuberculosa extensoris pollicis longi sin.

Ich vollzog die Operation in Stellvertretung des Herrn Dr. Lévai am 6. Mai 1907 in der Chloroformnarkose.

Bei der Operation fand ich eine fungöse Tuberkulose der Sehnenscheide des M. extensoris pollicis longi sin., die Sehne hat ihren Glanz verloren, war graurot verfärbt, aufgefasert und usuriert; daneben fanden sich mehrere Corpora oryzoidea und etwas blutig opake Synovialflüssigkeit. Die Verfärbung und Auffaserung der

---

[1] Vorgestellt in der VII. Sitzung der chirurgischen Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereins 1907.

Sehne ging in eine grauweiß verfärbte Stelle des Muskelbauches über, welche in einer Ausdehnung von ca. $1^1/_2$ cm an manchen Stellen kallös, an manchen Stellen dagegen grausulzig aussah. Es handelte sich in meinem Falle um eine wahrscheinlich primäre Muskeltuberkulose, die auf die Sehnenscheide überging und zur Usurierung und Auffaserung der Sehne führte. Deswegen konnte ich mich nicht mit der Exstirpation der Sehnenscheide allein begnügen, sondern mußte die miterkrankte Sehne und auch einen Teil des kranken Muskels mit entfernen.

Ich resezierte ein ca. 10 cm langes Muskelsehnenstück aus dem M. extensor pollicis longus sin. Um diesen Defekt zu heben, führte ich zentral eine Anastomose der Muskeln, peripher eine Anastomose der Sehnen zwischen dem M. extensor pollicis longus sin. und dem M. extensor indicis proprius sin. aus unter Anwendung. von Seidennähten. Gipsschienenverband. Am 11. Mai verließ Pat. nach total afebrilem Verlauf das Spital. Die Nähte wurden am 12. Tage entfernt. Bei dieser Gelegenheit konnte ich mich überzeugen, daß Pat. die II. Phalanx seines linken Daumens schon etwas extendieren konnte. — Heilung per primam intentionem. Nach 4 Wochen Abnahme des Gipsverbandes, vorsichtige Bewegungen. Nach 8 Wochen sind in der Umgebung der Narbe tuberkulöse kleine Abzesse und Fisteln, im ganzen sechs, entstanden, die ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponiert wurden. Nach der Heilung der Fisteln wurde die Extension des Daumens eine ganz ausgezeichnete, so daß Pat. am 16. September 1907 mit vollkommener Extension seines linken Daumens wieder seine Arbeit aufnehmen konnte.

Leider ging das Präparat in Verlust, so daß ich es mikroskopisch nicht untersuchen konnte. Die bakteriologische Untersuchung ergab auf Krompecher'schen Glyzerinkartoffeln typische Tuberkelbazillenkolonien.

Weil im Körper nirgends ein tuberkulöser Herd zu entdecken war und außerdem in den anamnestischen Daten jene Aussage des Pat. zu verwerten ist, daß er früher bei Bewegungen Schmerzen verspürte, und daß nach einigen Monaten sein Unterarm anzuschwellen begann, sowie daß makroskopisch in der Muskelsubstanz chronische fibröse Tuberkulose vorhanden war, so scheint es mir wahrscheinlich, daß in meinem Falle die Muskeltuberkulose das primäre Leiden war, und daß die Tuberkulose von hier auf die Sehenscheide überging und so zur Auffaserung und Usurierung der Sehne führte. Die primäre Muskeltuberkulose ist ziemlich selten, Zeller berichtet aus der Literatur 13 zweifellose Fälle und fügt 2 neuere Fälle aus der Tübinger Klinik bei. Frieda Kaiser stellte im Jahre 1905 17 unzweifelhafte Muskeltuberkulosefälle zusammen. —

Zur Hebung der durch den Defekt hervorgerufenen Funktionsstörung schien mir die doppelte Muskelsehnenanastomose als das beste. Ich hoffte weder von der Autoplastik, noch von der Heteroplastik guten Erfolg, weil diese nur bei vollkommener Asepsis des Bodens einen guten Erfolg verheißen, und das war in meinem Falle doch nicht der Fall, weil ja bei Exstirpation einer Sehnenscheidentuberkulose es sich kaum verhüten läßt, den Grund der Wunde mit Tuberkulose zu infizieren, und dieses hätte ja den Erfolg so der Auto- wie der Heteroplastik vereitelt. — Und daß dieser Gedankengang richtig war, beweist ja die nachträgliche Fistel- und Abszeßbildung, die die Heilung verlangsamte, aber zur Ausheilung kam, und daß schließlich der Kranke mit vollständiger Extensionsfunktion vollkommen arbeitsfähig wurde.

In ähnlichen Fällen, wo man wegen Tuberkulose gezwungen ist, Muskelsehnenstücke zu resezieren, empfehle ich die Tendomuskuloanastomose zur Ausführung, zur Heilung des durch die Resektion erzeugten Defektes, welche in meinem Falle eine tadellose Funktion ergab. —

E. Zeller, Über primäre Tuberkulose der quergestreiften Muskeln. Beiträge zur klin. Chir. Bd. XXXIX. Hft. 3. 1902.

Frieda Kaiser, Zur Kenntnis der primären Muskeltuberkulose. Arch. f. klin. Chir. Bd. LXXVII. Hft. 4. 1905.

---

17) **Cranwell.** Lecciones de clínica quirúrgica.
Buenos-Aires, 1908. 300 S.

Das hervorragend gut ausgestattete Werk, das eine große Anzahl farbiger Tafeln und Abbildungen bringt, berichtet über die im Jahre 1906 in der chirurgischen Universitätsklinik in Buenos Aires ausgeführten Operationen und die bei dieser Gelegenheit gehaltenen klinischen Vorlesungen. Einen großen Raum nehmen die Operationen der Echinokokkuscysten, besonders der Gehirncysten, ein, die ja auch anderweit von C. vorzugsweise bearbeitet worden sind. Ausführlich werden die Methoden der chirurgischen Behandlung des Magengeschwüres besprochen, die Gallensteinoperationen usw. Interessante Fälle von Aktinomykoseerkrankung, sowie einige außergewöhnliche Beobachtungen von bösartigen Geschwülsten an den Extremitäten seien noch erwähnt. — Das ganze Buch ist nach Inhalt und äußerem Gewand ein Beweis für die außerordentliche Leistungsfähigkeit der südamerikanischen Chirurgen, an deren Spitze, wie dies auch die Arbeiten in den Fachzeitschriften beweisen, die an dieser Stelle oft referiert worden sind, die Argentinier ihren unbestrittenen Platz haben. **Stein** (Wiesbaden).

18) **Senger.** Über eine Gefahr des Benzins zu Reinigungszwecken bei der Hautdesinfektion.
(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

Nach Reinigung der Haut des Gesichts und der Nasengegend mit Benzin bei einem Hasenschartenkinde trat plötzlicher Kollaps auf, der zwar überstanden wurde, aber doch so bedrohliche Erscheinungen gemacht hatte, daß S. Veranlassung nimmt, vor Anwendung des Benzins in genannten Gegenden zu warnen, vor allem rät, die Benutzung bei zarten Kindern zu unterlassen. Selbst bei Erwachsenen sind Todesfälle nach kurzem Einatmen von Benzindämpfen vorgekommen.
Langemak (Erfurt).

19) **Lord Lister.** Note on the praeparation of catgut for surgical purposes.
(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

Eine kurze Mitteilung über Catgutzubereitung und -Aufbewahrung. Unter den vielen Mitteln, die der berühmte Gelehrte durchgeprobt hat, bewährte sich ihm das Chromsulfat mit Zusatz von etwas Sublimat weitaus am besten. Das so behandelte Catgut ist zugkräftig, weich und wird langsam aufgesogen. Über die Zubereitung dieser Art von Catgut macht L. genaue Angaben und gibt Nachweise seiner antiseptischen und aseptischen Eigenschaften. **Weber** (Dresden).

20) **Hock** (Prag). Kongenitale Verengerungen der Harnröhre.
(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Drei Beiträge zur Klärung des noch wenig bekannten Krankheitsbildes.

1) Bei einem 17jährigen Schüler war die Mannigfaltigkeit der Symptome interessant: Außer dem typischen Symptom der erschwerten Harnentleerung noch Incontinentia nocturna et diurna, sowie Hämaturie, zwei bei der angeborenen Striktur sehr seltene Erscheinungen. Die Urethrotomia externa brachte Heilung.

2) Der zweite Fall zeigt in klassischer Weise den deletären Einfluß lange dauernder Stauung bei angeborener Striktur. Außer einer Verengung am Orificium externum bestanden bei dem 47jährigen Pat. noch zwei enge Stellen. Urämische Darmstörungen hatten schon vorher bestanden und das Krankheitsbild verschleiert. Der Fall endete unter den Erscheinungen der Harnkachexie letal.

3) Eine Verengerung des Orificium externum hatte bei dem 17jährigen Pat. erschwerte Harnentleerung verursacht. Spaltung und Naht brachten Heilung. Nach 2 Jahren erneute Beschwerden; es fand sich in der Gegend des Bulbus eine sehr enge Striktur. Gonorrhöe war nie vorhergegangen.

Das Vorkommen von mehreren Verengerungen der Harnröhre spricht für angeborene Striktur. In weniger klaren Fällen wird man mit Rücksicht auf die

Häufigkeit der Infektionskrankheiten im Kindesalter stets die Möglichkeit einer solchen Ätiologie zu erwägen haben. **Langemak** (Erfurt).

21) **J. Elscat.** Malformations congénitales et acquises de l'urèthre.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXVI. Hft. 1.)

Verf. berichtet über vier Fälle von angeborenen und erworbenen Mißbildungen der Harnröhre. Im ersten Falle handelt es sich um einen 5jährigen Knaben mit kongenitalem Divertikel des kavernösen Teiles der Harnröhre. Im Anschluß hieran hatte sich eine urinhaltige Tasche gebildet. Nach Exstirpation derselben trat Heilung ein. — Der zweite Fall betraf einen 18jährigen Kranken mit kongenitalem Divertikel der hinteren Harnröhre. Im skroto-perinealen Winkel hatte sich ein etwa eigroßer, urinhaltiger Abszeß gebildet. Der Müller'sche Kanal persistierte teilweise. Exstirpation der Tasche; Heilung. — Im dritten Falle handelte es sich um einen 55jährigen Kranken mit sehr enger, harter Striktur der Pars cavernosa urethrae und mit ausgesprochener retrostrikturaler Harnröhrenerweiterung. Urethrotomia externa, Blasendrainage. Tod 12 Tage später unter den Symptomen einer akuten Nephritis. — Der vierte Fall endlich betraf einen 31jährigen Kranken mit kongenitaler Inversion des Penis und mit kongenitaler und gonorrhoischer Harnröhrenstriktur. Divertikel in der Pars membranacea prostatica. Besondere Schwierigkeiten beim Katheterisieren. **Paul Wagner** (Leipzig).

22) **Soubeyran.** Traitement de l'hypospadias pénien juxta-balanique par la mobilisation de l'urètre avec collerette méatique.

(Archives générales de chirurgie Bd. I. Hft. 6.)

Bei einem 10jährigen Knaben wurde die Beck-Bardenheuer'sche Hypospadieoperation versucht, obwohl die Harnröhrenmündung über 1 cm hinter der Eichelfurche lag. Um die zu starke Spannung der Harnröhre zu vermeiden, wurde dieselbe ausgiebig durch einen Kreuzschnitt freigelegt und dann in die Eichel an gehöriger Stelle eingenäht, nachdem auch in der Eichel ein reichlich weiter Kanal geschaffen und durch Drehung der Messerschneide ebenfalls kreuzförmig gestaltet worden war.

Die ursprüngliche Harnröhrenmündung wurde in der neugeschaffenen kreuzförmigen Eichelöffnung in der Weise fixiert, daß durch jeden der vier Zipfel des Kreuzschnittes eine Naht gelegt wurde. Zwei weitere Catgutfäden befestigten die Harnröhre an das Corpus cavernosum des Gliedes.

Der Erfolg der Operation war ein recht guter. **Strauss** (Nürnberg).

23) **Castaño.** Calculo uretral de grandes dimensiones.

(Revista de la sociedad med. argentina Bd. XV. Nr. 86.)

Mitteilung eines Falles von Harnröhrenstein von ganz ungewöhnlichen Dimensionen bei einem 28jährigen Manne. Der Stein saß in der Pars membranacea, war 6,5 cm lang, hatte einen Umfang von 13 cm und wog 100 g.

Stein (Wiesbaden).

24) **R. v. Hippel.** Fremdkörper der Harnröhre mit ungewöhnlichen Komplikationen.

(Med. Klinik 1908. p. 155.)

Tripper, harter Schanker, undurchgängige narbige Harnröhrenverengerung im vorderen und mittleren Drittel der Pars cavernosa, Fremdkörper in der Pars membranacea eines schwachsinnigen Mannes. Amputatio penis; im Anschluß daran Extraktion eines 20 cm langen Baumästchens aus der Pars membranacea. Verf. glaubt, daß zuerst der Fremdkörper eingebracht wurde, zur Striktur führte, und daß schließlich ein Tripper und Syphilis hinzukam. **Georg Schmidt** (Berlin).

25) **Chworostanski.** Blasensteine und Rachitis.

(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

Im Juli 1905 hatte C. in der gleichen Zeitschrift einen Bericht über die Untersuchung von 34 Fällen gebracht, wo auf das Zusammentreffen der beiden

Erkrankungen hingewiesen wurde. Jetzt führt C. 67 Fälle an, bei denen er in 93% das gleiche Zusammentreffen einwandfrei feststellen konnte. In der letzten Reihe finden sich zum erstenmal zwei Mädchen, während er es bisher ausnahmslos mit Knaben in den ersten Lebensjahren zu tun gehabt hatte.

Verf. hat sich in vorliegender Arbeit auf chemische oder pathologische Erörterungen nicht eingelassen und bringt nur das Material an Krankengeschichten. Ob er in der ersten Arbeit zu irgendwelchen Erklärungen oder Schlüssen kommt, ist mir nicht bekannt. Der Jahrgang liegt mir nicht vor.

Oettingen (Berlin).

26) **Rudneff.** Über Sectio alta und metallische Blasennaht nach Rasumoffsky.

(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

R. hat in 27 Fällen die metallische Blasennaht nach Rasumoffsky ausgeführt (s. Zentralbl. f. Chir. 1907, Nr. 18, p. 516) und ist mit der Methode sehr zufrieden. Er hat es bei 27 Fällen allerdings nur auf 74% pr. int. gebracht, doch kann das der Methode nicht zur Last gelegt werden, da Kopyloff bei 40 Fällen bereits 90% pr. int. verzeichnen konnte. Betreffs Ausführung der Naht ist auf das oben genannte Referat (mit Abbildung) hinzuweisen. R. geht in der Indikation zur metallischen Blasennaht viel weiter als Rasumoffsky, indem er auch bei leicht zersetztem Harn die Blase mit Draht schließt, empfiehlt aber, in den unteren Wundwinkel einen Bausch zu schieben, um im schlimmsten Falle einer sich bildenden Fistel den Weg vorzuzeichnen. Zugleich gibt R. den Rat, die Drahtenden nicht zu fest über dem Bausch zusammenzuziehen, weil sonst durch den Druck zirkuläre Nekrosen mit anschließender Infektion der Stichkanäle drohen.

Oettingen (Berlin).

27) **N. Burdenko.** Ein Fall von intraperitonealer Harnblasenruptur. Heilung.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Dieser von Zoege von Manteuffel operierte Fall ist unter den operierten, die in Heilung ausgegangen sind, der 52.

Der 34jährige Mann fiel beim Raufen rücklings, und sein Gegner fiel ihm sitzend auf den Bauch. Er wurde zunächst bewußtlos, konnte aber nachher gehen. Trotz Harndrang konnte er nicht urinieren, und wiederholter Katheterismus förderte immer nur wenig blutigen Harn zutage. Nachts Erbrechen und Schmerzen. 30 Stunden nach der Verletzung Einlieferung in die Klinik. Heftige Schmerzen im leicht aufgetriebenen Leibe, Singultus. Dreieckige Dämpfung von der Symphyse aufwärts bis zum Nabel. Links seitlich reichte die unverschiebliche Dämpfung bis gegen die Rippen. In der Blase fanden sich 600 ccm fleischwasserfarbenen Urins. Diagnose: Blasenruptur unbekannter Lokalisation.

Operation: Sectio alta, Ausräumung eines »Hämatoms auf der Blasenwand«. Von der Blase aus, in der Darmschlingen lagen, konnte ein 4—6 cm langer Riß in ihrem Scheitel festgestellt werden. Eröffnung des Peritoneums; injizierte, geblähte Därme, stellenweise mit Fibrinbeschlägen und Adhäsionen. Reichliche Mengen Urin wurden ausgetupft. Zweietagige, hinten beginnende Seidenknopfnaht der Blase. An die Naht wurde ein Mikulicztampon gelegt. Die Blase wurde drainiert, weil Pat. neben einer alten Striktur eine seit wenigen Tagen exazerbierte Gonorrhöe hatte. Vom 10. Tag ab wurde die Blase gespült. Entfernung des Tampons erst am 12. Tage, der Drainage am 14. Tage.

Pat. verließ die Klinik völlig geheilt nach 38 Tagen.

V. E. Mertens (Kiel).

28) **Calabrese.** Tubercolosi della vescica urinaria e sua cura chirurgica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 14. — Soc. med.-chir. di Bologna.)

Die Blasentuberkulose eines Mannes, der nacheinander zwei später an Miliartuberkulose gestorbene Schwestern zu Frauen hatte, wurde mit gleichzeitiger Sectio

alta und Anlegung einer perinealen Blasenfistel behandelt und ist seit 19 Monaten geheilt geblieben. C. hält das angegebene Verfahren für angebracht bei nicht ulzerierten Blasentuberkulosen. **Dreyer** (Köln).

29) **A. Popescu.** Ein neuer operativer Vorgang zur Heilung der nach der Operation vesikovaginaler Fisteln auftretenden Harninkontinenz.

(Revista de chirurgie 1908. Nr. 1.)

Nach Operationen von Blasen-Scheidenfisteln bleibt oft Harninkontinenz zurück, die Verf. auf Zerrungen, denen die Blase und der Harnkanal von seiten der Scheide durch die Operationsnarbe ausgesetzt sind, zurückführt. Man findet infolgedessen die Mündung der Harnröhre viel mehr nach hinten verlegt, als dies gewöhnlich der Fall ist; die Schleimhaut ist nach außen umgestülpt und die Harnröhre steht offen. Um dem entgegen zu arbeiten, hat Verf. folgenden Operationsmodus durchgeführt. Durch einen die Harnröhrenmündung umgebenden Zirkelschnitt, der in die Tiefe verlängert wird, legt man einen Teil der vorderen Harnröhre frei. Die Schleimhaut gegen die Klitoris hin wird gespalten, und in die derart gespaltene Rinne die abpräparierte Harnröhre hineingelegt und viel höher, als sie sich bisher befunden hatte, fixiert. Darüber werden die zu beiden Seiten abgelösten Schleimhautstücke genäht, wodurch auch eine Verengerung der Harnröhre erzielt wird.

E. Toff (Braila).

30) **A. v. Khautz jun.** Anurie bei Douglasabszeß. (Aus der chirurg. Abteilung der Rudolfstiftung in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Ein 16jähriger Bursche wurde mit der Diagnose »Harnretention« eingeliefert. Die Untersuchung ergab die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Douglasabszesses nach Appendicitis; der Katheter entleerte nur einige Kubikzentimeter Urin. Demnach bestand eine mehr als 24stündige Anurie. Bald nach Eröffnung des Abszesses vom Mastdarme her ging Urin ab.

Die Anurie ist wohl kaum als rein renal anzusehen. Am wahrscheinlichsten ist, daß der prall gefüllte Abszeß die Harnleiter komprimierte wie eine Ovarialcyste. Auch eine Fortpflanzung des entzündlichen Prozesses und dementsprechende Schwellung der Harnleiter kann vielleicht angenommen werden. Eine Hydronephrose war nicht nachweisbar, braucht auch nicht immer bei Verschluß der abführenden Wege zu entstehen. — Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

31) **E. Desnos.** Urétère surnuméraire ouvert dans le vagin. Urétéroneocystostomie. Guérison.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXV. Hft. 24.)

Der vorliegende Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, das Verf. bereits als 5jähriges Kind wegen Incontinentia urinae untersucht hatte. Damals konnte keine sichere Diagnose gestellt werden; jetzt aber ergab eine genaue Untersuchung in Narkose, daß Urin durch eine feine Öffnung in der linken Scheidenwand austrat. Weitere Untersuchungen ergaben, daß der Urin nicht aus der Blase kam. Die Cystoskopie ergab nur eine deutliche rechte Harnleitermündung. Verf. nahm deshalb an, daß der linke Harnleiter abnorm in die Scheide ausmündete. Hoher Blasenschnitt; es fand sich auch eine ganz normale linke Harnleitermündung. Es konnte sich also nur um einen überzähligen Harnleiter, resp. um eine abnorme Gabelung des einen Harnleiters handeln. Verf. machte eine Ureteroneocystostomie, indem er den überzähligen Harnleiter durch eine kleine Inzision in das Blasenlumen einnähte. Heilung. **Paul Wagner** (Leipzig).

32) **H. Mohr.** Harnleiterverengerung als Spätfolge eines Beckenbruches.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen Bd. XIV. Hft. 11.)

Der Fall, der allerdings weder durch Autopsie in vivo, noch durch die pathologisch-anatomische Untersuchung gesichert ist, betraf einen 31jährigen Kranken

mit Bruch in der Gegend der linken Kreuz-Darmbeinfuge. Wahrscheinlich kam es infolgedessen zu einer starken Blutansammlung im linken M. ileopsoas und besonders zwischen ihm und dem Bauchfellüberzuge. Der Harnleiter lag in seinem Verlauf über dem Muskel in dieser Bluthöhle. Nach allmählicher Aufsaugung und Organisation des Blutes wurde er vom neugebildeten, später schrumpfenden Narbengewebe immer fester umsponnen und seine Lichtung durch narbige Umschnürung oder durch Zerrung und Knickung schließlich soweit verlegt, daß Störungen des Urinabflusses eintraten. In den ersten $1^1/_4$ Jahren nach dem Unfalle machten diese Veränderungen anscheinend nur geringe Beschwerden; erst dann traten die Erscheinungen einer intermittierenden Hydronephrose auf, ohne fühlbare Erweiterung des Nierenbeckens und Harnleiters. Die Beschwerden haben in den letzten Monaten nicht zugenommen. **Paul Wagner** (Leipzig).

33) **E. Rouffart.** Abouchement des urétères dans le gros intestin.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1907. Nr. 8 u. 9.)

Bei einer 28 Jahre alten Frau mit Krebs des Uterus mußte R. Uterus, Ovarien, Adnexe und einen Teil der Blase entfernen. Er machte dann zunächst die Einnähung der Harnleiter in die zugenähte Blase. Alsbald kam ein Rezidiv des Karzinoms, so daß nun die ganze Blase entfernt und die Harnleiter in den Dickdarm eingenäht wurden. Heilung. 3 Monate nach der Operation schreibt die Operierte, daß es ihr gut geht. R. gibt eine Übersicht über die einschlägige Literatur.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

34) **G. Bolognesi.** Le matérial de suture et sa stérilisation étudiés dans la réparation du rein.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXV. Hft. 23.)

Die breit angelegten, sehr interessanten experimentellen Untersuchungen des Verf.s kommen darauf hinaus, daß im Nierenparenchym alle Arten von Nahtmaterial angewendet werden können, vorausgesetzt, daß eine sorgfältige Sterilisation der Fäden stattgefunden hat. Bei auf antiseptischem Wege sterilisiertem Nahtmaterial und bei durch Glühhitze sterilisierten Metallfäden kommt es leicht zu den Erscheinungen einer »Dégénérescence calcaire«; diese Erscheinungen treten niemals ein bei auf aseptischem Wege, d. h. durch Hitze sterilisierter Seide.

Paul Wagner (Leipzig).

35) **Hoffmann.** Nephritis following external applications of balsam of Peru.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 25.)

Ein 7jähriger Knabe war an Krätze erkrankt und wurde 2mal täglich mit 10%iger Perubalsamsalbe behandelt; innerhalb 5 Wochen war die Heilung beendet. Es war stets der ganze Körper eingerieben worden.

3 Wochen nach beendeter Kur war eine schwere Nephritis vorhanden mit Ascites, schweren Ödemen der ganzen Körperoberfläche, gespanntem frequentem Puls und dem Befunde schwerer hämorrhagischer Entzündungserscheinungen der Nieren im Urin.

Heilung unter bekannter Therapie in 2 Monaten.

Es ist also bei Anwendung dieses mit Recht so beliebten Mittels Vorsicht geboten. **W. v. Brunn** (Rostock).

36) **F. Schmidt.** Über einseitigen Nierenmangel bei Übergang der Ureter in die Samenblase.

(Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. XLII. p. 516.)

Im Jahre 1906 kamen im Leipziger pathologischen Institut zwei Fälle zur Sektion, in denen bei rudimentärer Niere der einen Seite der Harnleiter in die Samenblase derselben Seite einmündete. Außerdem findet sich in der Sammlung des Instituts ein aus dem Jahre 1901 stammendes Präparat, das ähnliche Verhält-

nisse zeigt. In der Literatur hat Verf. noch elf in diese Rubrik gehörende Fälle gefunden, sodann drei mit Kommunikation zwischen Harnleiter und Ductus ejaculatorius. Entwicklungsgeschichtliche Betrachtungen beschließen die interessanten Mitteilungen. **Paul Wagner** (Leipzig).

37) **B. Rossi.** Contributo alla cura delle lesioni traumatiche del rene.
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 11. — Soc. di med. e biol. di Milano.)

Unter sechs sämtlich glücklich auslaufenden Fällen von Nierentraumen wurden drei konservativ, einer 20 Stunden nach der Verletzung wegen bedrohlicher Blutung und zwei Fälle 8 bzw. 12 Tage nach der Verletzung wegen des Auftretens entzündlicher Erscheinungen operativ behandelt. Selbst in einem der letzten Fälle wo eine Hälfte der Niere vom Hilus völlig abgetrennt war und deshalb entfernt werden mußte, wurde die Funktion dieser Niere, wie die Cystoskopie lehrte, erhalten, wenn auch weniger Urin als von der anderen abgesondert wurde.

Dreyer (Köln).

38) **E. Bircher.** Die Behandlung der Nierentuberkulose mit Röntgenstrahlen. (Aus der chirurgischen Krankenanstalt zu Aarau. Dr. H. Bircher.)
(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

B. berichtet über zwei Fälle von Nieren- und Blasentuberkulose (im ersten Falle beiderseits), in denen durch die tägliche Bestrahlung der Nieren eine erhebliche Besserung (Klarwerden des Urins, Abnahme des Eiweißgehalts, Schwinden der Tuberkelbazillen, Fieberabfall, zunehmende Kräftigung des allgemeinen Zustandes) von 2—3 Jahre langer Dauer zu beobachten war. Die Bestrahlung muß vorsichtig ausgeführt werden, um eine schädliche Einwirkung auf die Epithelien des Nierenparenchyms zu vermeiden; ihre günstige Wirkung dürfte auf der Erzeugung einer interstitiellen Bindegewebswucherung mit nachfolgendem Zerfall der Tuberkelelemente beruhen.

B. empfiehlt das Verfahren für die nicht operationsfähigen Fälle bzw. bei den die Operation verweigernden Kranken. **Kramer** (Glogau).

39) **K. Fischer.** Ein Beitrag zur Nierenchirurgie.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 736.)

Die Arbeit bringt zwei interessante Beiträge zur Chirurgie der Nieren:

1) Ein 34jähriger Mann litt seit seiner Jugend an leichten Schmerzen in der Oberbauchgegend, die, seit ein Trauma diese Körpergegend betroffen hatte, zunahmen. Es kam vor allem zu Magensymptomen, zu Appetitlosigkeit und Verstopfung, Abmagerung und Schlaflosigkeit. Durch Aufblähung des Magens und Darmes ließ sich feststellen, daß die große Geschwulst im linken Hypochondrium retroperitoneal lag und nicht der Milz angehörte.

Im übrigen schwankte die Diagnose zwischen Pankreascyste und Hydronephrose, welch erstere als wahrscheinlicher angenommen wurde, da der Urin völlig normal war, und man bei der Cystoskopie Urin aus der Harnleitermündung ausfließen zu sehen glaubte, was sich als Irrtum herausstellte.

Bei der Operation erwies sich die Geschwulst als Hydronephrose. Diese wurde nach Abschluß der freien Bauchhöhle durch Vernähung ihres Bauchfellüberzuges mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand durch Punktion entleert und dann exstirpiert. Tamponade. Glatte Heilung.

Der Cysteninhalt enthielt außer Harnbestandteilen ein saccharifizierendes Ferment, so daß auch eine Probepunktion keinen sicheren Aufschluß gegeben hätte. Ursache der Hydronephrose war eine zirkuläre Einschnürung am Anfangsteile des Harnleiters, die sich in das Nierenbecken einstülpte und vielleicht traumatisch bedingt war.

2) In dem anderen Falle handelte es sich um eine hydronephrotische Steinniere, die bei einer 29jährigen Pat. seit 5 Jahren durch Koliken und Griesabgang,

Urintrübung, Schüttelfröste, Nierenschmerz usw. sich bemerkbar machte. Die Niere war nicht tastbar; der Gesamturin war trübe, enthielt rote und weiße Blutkörperchen, Nierenepithelien, Zylindroide und hatte ein niederes spezifisches Gewicht von 1013—1015. Cystoskopisch ließ sich feststellen, daß die andere Niere normalen Urin absonderte, während aus dem rechten Harnleiter der erwähnte krankhafte Urin mit einem Gefrierpunkt von 0,545—0,555 abfloß. Die Phloridzinprobe fiel beiderseits negativ aus.

Nachdem durch Röntgenaufnahmen die Anwesenheit von Nierensteinen und durch Harnleiterkatheterismus deren Lage außerhalb des Harnleiters festgestellt war, konnte die Diagnose auf eine hydronephrotische Steinniere von etwa der Größe des normalen Organs gestellt werden. Die lumbale Nephrotomie bestätigte die Diagnose. Die noch reichlich parenchymhaltige Sackniere wurde nach Zondeck gespalten, es wurden drei große und mehrere kleine Steine entfernt, und als sich am Abgange des Harnleiters ein Ventilverschluß herausstellte, wurde eine Ureterplastik nach Art der Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz ausgeführt. Naht der Niere mit Catgut. Drainage des Nierenbeckens bis in den Harnleiter. Es erfolgte glatte Heilung; nach einem Jahre war die Fistel geschlossen und die Pat. voll arbeitsfähig. **Reich** (Tübingen).

40) **Tedenat.** Hypernéphromes du rein.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXV. Hft. 24.)

Verf. beobachtete eine 57jährige Kranke mit linksseitiger Nierengeschwulst; verschiedene Anfälle von heftigen Nierenkoliken und von stärkeren Hämaturien. Die Nephrektomie ergab ein gänseeigroßes Hypernephrom. Die Heilungsdauer beträgt bisher 7½ Jahre.

In einem zweiten Falle von Nephrektomie wegen Hypernephrom — 46jähriger Mann — traten 2 Jahre später Metastasen in der Leber auf. Ascites; rasch fortschreitende Kachexie. Tod. **Paul Wagner** (Leipzig).

41) **Lejars.** Tumeur polykystique pararénale combinée à deux reins polykystiques.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 272.)

In Anamnese und klinischem Befund wurde kein Anhalt für eine Geschwulst des uropoetischen Systems gefunden, vielmehr bei bestehender habitueller Verstopfung an eine Dickdarmgeschwulst gedacht. Bei der Laparotomie wurde dann eine retroperitoneale Geschwulst von Nierenform mit deutlichem Hilus und Polen entfernt, die 270 g wog und viele Cysten aufwies. Man hielt sie für eine Cystenniere. Die Autopsie brachte das überraschende Resultat, daß die entfernte Geschwulst pararenal war, daß beide Nieren cystisch degeneriert waren, und daß gleichzeitig die Leber an der Unterfläche mehrere kleine Cysten zeigte, die nicht tief in das Parenchym eindrangen. **Kaehler** (Duisburg-M.).

42) **O. Hanasiewicz.** Hodenhautgangrän nach Gebrauch von Jodtinktur.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Die wegen einer Epididymitis mehrfach aufgepinselte Jodtinktur hatte bei dem 19jährigen Manne zu außerordentlich umfangreicher Gangrän des Hodensackes geführt, so daß beide Hoden freilagen und der große Hautdefekt mit Thiersch-schen Transplantationen gedeckt werden mußte. **Kramer** (Glogau).

43) **P. Delbet.** Noyaux d'épididymite blennorrhagique améliorés par les injections interstitielles de thiosinamine.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXVI. Hft. 1.)

Der Fall betraf einen 17jährigen Kranken. Verf. machte im ganzen 5 Injektionen von 5—10 Tropfen einer 10%igen Lösung. Besserung des lokalen Zustandes, besonders auch der Schmerzen. **Paul Wagner** (Leipzig).

44) **Fox.** Focal nekroses in the testicle in typhoid fever.

(Bull. of the Ayer clin. laboratory of Pennsylvania hospital 1907. Nr. 4.)

F. fand als Sektionsbefund unter 26 Fällen von Typhus in 12 herdförmige, oft multiple Nekrosen in den Hoden, die nach F.'s Untersuchungen durch Toxinwirkung der Typhusbazillen zustande kommen; letztere konnten siebenmal nachgewiesen werden. **Mohr** (Bielefeld).

45) **G. W. Nicholson.** New growths of the testicle.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Das Material setzt sich zusammen aus 24 Fällen von Karzinom, sämtlich Medullarkrebse, kein Scirrhus. Nur von 9 Pat. gelang es etwas über das spätere Schicksal zu eruieren. Davon lebte einer noch nach 5 Jahren, einer nach 4, einer nach 3 und einer nach 1 Jahre nach der Operation. Zwei starben bald nach der Operation, einer war nach 18 Monaten sterbend.

Unter sieben Fällen von Rundzellensarkom starben zwei noch im Hospital, einer 2 Monate später, über das Schicksal der anderen ließ sich nichts ermitteln.

Von den sechs wegen Endotheliom Operierten sind bei einem Kranken 4, beim anderen 2 Jahre seit der Operation verflossen, ein 75jähriger Pat. starb 3 Monate später, über die anderen ließ sich nichts erfahren.

Auffallend groß ist die Zahl der wegen Embryom Operierten. N. rechnet dazu im Sinne von Wilms die Dermoide und Teratome, sowie die zahlreichen Mischgeschwülste, da sich in ihnen die dreiblättrige Keimanlage nachweisen läßt. Der jüngste Pat. war 1 Jahr 10 Monate alt. Drei Todesfälle innerhalb des 1. Jahres wurden N. bekannt; ein Kranker lebte noch nach 6, einer nach 10 Jahren, über die übrigen konnte er nichts erfahren.

Gesondert bespricht er vier Fälle von Chorionepitheliom, bei welchem Langhans'sche Zellen und Syncytium nachgewiesen wurde. Zwei Todesfälle 6 Wochen nach der Operation. Ein Kranker hatte nach 6 Wochen ausgedehnte Metastasen; über den vierten konnte N. nichts ermitteln. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

46) **Le Conte and Crispin.** A case of sarcoma of a retroperitoneal undescended testis strangulated by a twist.

(Bull. of the Ayer clin. laboratory of Pennsylvania hospital 1907. Nr. 4.)

Die Erkrankung begann bei dem 28jährigen Pat. akut unter den Erscheinungen einer Appendicitis perforativa mit schmerzhafter Geschwulstbildung in der rechten Darmbeingrube. Hodensack und Leistenkanal waren beiderseits ohne Hoden, Penis normal entwickelt. Operation mit der Diagnose: Wurmfortsatzperitonitis. Im Bauche nur geringe Mengen blutigen Serums; blauschwarz verfärbte, orangengroße, einer torquierten Eierstockscyste gleichende Geschwulst mit einem nach dem rechten inneren Leistenringe zu verlaufenden Stiele; die Geschwulst war um 360° um ihre Achse gedreht und entsprach offenbar dem ektopischen rechten Hoden. Der linke Hoden konnte in der Bauchhöhle nicht nachgewiesen werden. Nach Abtragung der Geschwulst glatte Heilung. Die sehr eingehend mitgeteilte Untersuchung des Präparates ergab, daß eine Stieldrehung des von einem Rundzellensarkom ergriffenen ektopischen Hodens vorlag.

Zwei ähnliche Literaturfälle werden kurz mitgeteilt. **Mohr** (Bielefeld).

47) **Edgar.** Breisky's Kraurosis vulvae: four cases, three of them complicated with epithelioma.

(Glasgow med. journ. 1907. Dezember.)

Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten von vier selbst beobachteten und operierten Fällen von Kraurosis vulvae; in drei dieser Fälle waren zugleich karzinomatöse Veränderungen nachzuweisen. Genaue Beschreibung der histologischen Verhältnisse.

Jedesmal wurde die ganze Bedeckung der Vulva vom Mons veneris bis zur Afteröffnung, einmal dazu noch die ganze Umgebung des Afters exstirpiert.

Die erste Pat. starb 2 Jahre nach dem Eingriff, die zweite war nach 2 Jahren noch gesund, die dritte noch nach 3 Monaten, die vierte war erst kurz vor der Publikation operiert worden. Alle wurden durch den Eingriff von ihren Beschwerden befreit. **W. v. Brunn** (Rostock).

48) **H. T. Hicks.** Primary embolic chorion-epithelioma of the vagina. (Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Eine 28jährige Frau, die an einer Lungenentzündung erkrankte, bekam Vaginalblutungen. Es wurde eine Blasenmole mit $5^1/_2$monatigem Fötus ausgestoßen. Kurz danach fand man auf der Hinterseite der Scheide einen haselnußgroßen Geschwulstknoten, der in Lokalanästhesie entfernt wurde. Mikroskopisch Langhanssche Zellen und Syncytium, keine Chorionzotten. Nach $^1/_2$ Jahr erstes Rezidiv, 6 Wochen später zweites, wieder 3 Wochen später drittes Rezidiv. Tod 11 Monate nach Ausstoßen der Blasenmole. Der interessante Sektionsbefund zeigte den Uterus, der doch die Blasenmole enthalten hatte, frei von Geschwulst. In der reehten Lunge Metastasen. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

49) **A. E. Barker.** A second report on clinical experiences with spinal analgesia: with a second series of one hundred cases. (Brit. med. journ. 1908. Februar 21.)

B. berichtet über das zweite Hundert seiner Lumbalanästhesien (s. Ref. in d. Ztbl. 1907, Nr. 29). Vermehrte Erfahrung und Übung besserten seine Ergebnisse wesentlich in Rücksicht auf Gefahr, Sicherheit, Gleichförmigkeit, Minderung der unangenehmen Folgeerscheinungen. Diese Besserung führt er zurück auf die richtige Einschätzung der Rolle, die die spezifische Schwere der eingespritzten Flüssigkeit beim Zustandekommen der Analgesie spielt. Damit stellt sich B. in bewußten Gegensatz zu Dönitz, den Vertreter der Bonner Schule. Dönitz behauptet, daß die Höhenausdehnung der Analgesie abhängig ist von der Bewegung des Liquor cerebrospinalis und nicht etwa von der spezifischen Schwere der eingespritzten Flüssigkeit. Mit diesem Satze steht B.'s Lehre in geradem Widerspruch. Er behauptet und beweist uns, daß es außer dem Lagewechsel des Kranken und insbesondere der Beckenhochlagerung auch noch andere und wahrscheinlich bessere Mittel gibt, die Höhenausdehnung der Analgesie zu steigern und zu umschreiben, und zwar mit verhältnismäßig kleinen Dosen. Dieses Mittel ist nach B. die größere spezifische Schwere der eingespritzten Flüssigkeit. Spritzt man nämlich in sitzender Stellung ein und legt den Kranken ohne unnötige Bewegungen ganz sachte auf den Rücken, so beschränkt sich die Analgesie auf den Damm, während die Beine meist noch Empfindung haben. Weiter: spritzt man in Seitenlage ein und legt den Kranken auf den Rücken, wiederum, wie vorher, mit erhöhtem Kopf und Schultern, so reicht die Anästhesie bis zur 6. und 7. Dorsalwurzel und höher; d. h. die spezifisch schwerere Flüssigkeit (1,0230) sinkt an die tiefsten Stellen, während der Liquor (1,0070) im Ruhezustand verharrt. Bleibt aber der Kranke nach der Einspritzung auf der Seite liegen, so wird nur das Bein der betreffenden Seite gelähmt. So können wir also unter Benutzung der Biegungen der Wirbelsäule durch Ausgleichungen und Hebungen mit untergeschobenen Kissen hohe und tiefe Anästhesie erzeugen mit Hilfe der spezifischen Schwere der Flüssigkeit und sie vom Kopf und Hals fernhalten, wenn wir wollen. Ferner können wir auf diese Weise mit kleinen Dosen auskommen. Beckenhochlagerung ist überflüssig, jede unnötige Bewegung des Körpers stört die feine Begrenzung der Analgesie. Schwierigkeiten ergeben sich nur bei Steifigkeiten der Wirbelsäule. Auch nach der Operation wurden Kopf und Schultern hochgehalten und alle Änderungen der Lage peinlich vermieden. So wurden Erbrechen, Übelkeit, Kopfschmerzen auf ein Mindestmaß zurückgeführt. Vor der Einspritzung werden 5—10 ccm Liquor entnommen und 1 ccm = 5 cg Stovain ohne Liquor wieder eingespritzt. Adrenalinzusatz widerrät B. In den ersten 100 Fällen hatte er alles in allem 14 Fehlschläge, in dem zweiten Hundert 6, in den letzten 80 überhaupt keinen. Bedrohliche Zustände kamen nie vor. Unter diesen hundert

Fällen waren 50 Bauchschnitte, von denen 2 keine genügend hohe Anästhesie boten. Kopfschmerzen kamen, wenn überhaupt, nur in sehr geringem Maße vor, ebenso Übelkeit und Erbrechen.

In einem Schlußabsatze berichtet Henry Head kurz über die Ergebnisse seiner neurologischen Untersuchung bei Lumbalanästhesierten.

Weber (Dresden).

50) **R. Bestelmeyer.** Über Schußverletzungen.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 637.)

Verf. berichtet unter Wiedergabe zahlreicher Krankengeschichten über 244 Friedensschußverletzungen aus der Münchener Klinik. Im allgemeinen waren die von v. Bergmann ausgesprochenen konservativen Grundsätze in der Behandlung maßgebend, deren Resultate bereits in anderen großen Statistiken zum Ausdruck gekommen sind.

Die Art des Materials stimmt ebenfalls mit dem anderer Großstädte überein. Von 34 Pat. mit Gehirnschüssen starben 23 vornweg hoffnungslose ohne Operation. Von 11 Pat. ohne schwere Erscheinungen, vor allem ohne tiefe Bewußtlosigkeit, kamen 2 zur Operation und 4 zur Genesung mit Einheilung der Geschosse.

Bei 35 Pat. mit perforierenden Brustschüssen war 28mal ein Hämothorax, 6mal ein gleichzeitiger Pneumothorax, 10mal Hautempyem vorhanden.

Von 16 perforierenden Lungenschüssen nahmen 46% einen durchaus normalen Heilungsverlauf ohne Operation. Bei 2 Fällen wurde ohne Schaden wegen Verdacht auf intraabdominale Mitverletzungen die Probelaparotomie ausgeführt. 9 Fälle endigten kurz nach der Verletzung tödlich, nur 1 an Empyem. Im ganzen ergab sich für Lungenschüsse eine Mortalität von 11%.

Stärkere Blutansammlungen in der Pleura wurden durch Punktion entleert und bei Empyemen die Rippenresektion vorgenommen. Eine Indikation zu einem frühzeitigen Eingriff im Sinne König's am 2. oder 3. Tage nach der Verletzung zur Entleerung des Hämothorax sieht Verf. in einem ausgedehnten Empyem oder einem großen Pneumothorax.

Von 21 penetrierenden Bauchschüssen endeten 3 sofort nach der Einlieferung an Verblutung tödlich. Eine allerdings zweifelhafte Schußverletzung des Magenfundus heilte ohne Operation. Von den übrigen 17 Pat. starben 9, gerettet wurden 8 (= 53% Morlalität).

Jeder sicher penetrierende Bauchschuß wird so rasch als möglich operiert und die Bauchhöhle nach Versorgung der verletzten Organe tamponiert.

Reich (Tübingen).

XXXVII. Kongress
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Vorläufige Tagesordnung.

1. *Herr Trendelenburg (Leipzig). Behandlung der Embolien.*
2. *Herr Kümmell (Hamburg). Abkürzung des Heilungsverfahrens Laparotomierter durch frühes Aufstehenlassen.*
3. *Herr A. Fränkel (Wien). Postoperative Thrombose und Embolie.*

Diskussion zu 1 bis 3.

Herr Ranzi (Wien). Über postoperative Lungenkomplikationen, insbesondere Embolien.

Herr Reiner (Wien). Zur Fettembolie.

4. *Herr* Müller *(Rostock). Demonstration von Präparaten zu Lehrzwecken.*
5. *Herr* Czerny *(Heidelberg). Über Blitzbehandlung des Krebses.*
6. *Herr* Hochenegg *(Wien). Diätetische Nachbehandlung der Karzinome.*
7. *Herr* Müller *und* Peiser *(Breslau). Behandlung der Eiterungen mit proteolytischem Leukocytenferment und Antiferment.*
8. *Herr* Neuber *(Kiel). Über Skopolaminnarkose.*
9. *Herr* Gilmer *(München). Über lumbale Totalanästhesie.*

Diskussion zu 8 und 9.

Herr Dönitz *(Berlin). Thermophorkasten für Lumbalanästhesie. (Demonstration.)*

Herr Gerstenberg *(Berlin). Demonstration anatomischer Präparate mit Bezug auf die Lumbalanästhesie.*

In Reserve:

[Herr Coenen *(Breslau). Serumdiagnostik bei chirurgischen Erkrankungen.*

Herr Frangenheim *(Königsberg). Experimentelles zur Hyperämiebehandlung.]*

10. *Herr* Kocher *(Bern). Zur Technik der Transplantation der Schilddrüse.*
11. *Herr v.* Haberer *(Wien). Experimentelle Verpflanzung der Nebenniere in die Niere.*
12. *Herr* Lexer *(Königsberg). Die Verwendung der freien Knochenplastik nebst Versuchen über Gelenkversteifung und Gelenktransplantation.*
13. *Herr* Schöne *(Marburg a. L.). Experimentelle Untersuchungen über Transplantation körperfremder Gewebe.*
14. *Herr* Pels-Leusden *(Berlin). Über die Transformation mit Periost implantierter Knochenstücke.*
15. *Herr* Wullstein *(Halle a. S.). Über Implantationen.*

Diskussion zu 10 bis 15.

Herr Heidenhain *(Worms). Osteoplastischer Ersatz der Tibiadiaphyse.*

Herr Barth *(Danzig). Über Osteoplastik.*

Herr Brentano *(Berlin). Beitrag zur Knochenüberpflanzung in Röhrenknochendefekte.*

Herr Sauerbruch *(Marburg). Über Parabiose bei Warmblütern.*

16. *Herr v.* Bramann *(Halle a. S.). Die Behandlung des Milzbrandes beim Menschen.*
17. *Herr* Wrede *(Königsberg). Beiträge zur Cystenbildung am Knochensystem.*

Diskussion zu 17.

Herr Rehn jun. *(Königsberg). Ostitis fibrosa cystica beim Schwein.*

Herr Rumpel *(Berlin). Über Geschwülste und Cysten der Knochen im Röntgenbilde.*

18. *Herr* Föderl *(Wien). Zur Therapie der Aktinomykose.*
19. *Herr* Fessler *(München). Über die Wirkung des Nickelmantelgeschosses.*

Diskussion zu 19.

Herr Franz *(Berlin). Über Krönlein'sche Schädelschüsse.*

In Reserve:

[Herr Kredel *(Hannover). Wundscharlach.*

Herr Sauerbruch *(Marburg a. L.). Tetanus. (Demonstration.)]*

20. *Herr W. Koch (Berlin). Differenzierung der pathogenen und saprophytischen Staphylokokken auf der Körperoberfläche des Menschen und seiner Umgebung.*
21. *Herr v. Brunn (Tübingen). Über neuere Bestrebungen zur Verbesserung der Hautdesinfektion.*

Diskussion zu 20 und 21.

Herr Heusner (Barmen). Über Jodbenzindesinfektion.

Herr Klapp und Dönitz (Berlin). Über die Wirkungsweise des Chirosoter.

Herr Wederhake (Düsseldorf). Desinfektion der Hände und der Haut mittels Dermagummit.

Herr Chlumsky (Krakau). Eine neue einfache Methode der Catgutsterilisation.

Herr Spechtenhauser (Wels). Über Wiener Draht.

22. *Herr v. Bramann (Halle a. S.). Beiträge zur Hirnchirurgie.*
23. *Herr Krause (Berlin). Krankendemonstrationen aus der Hirnchirurgie.*

Diskussion zu 22 und 23.

Herr Tietze (Breslau). Beiträge zur Chirurgie des Kleinhirns.

Herr Martens (Berlin). Zur Chirurgie der Kleinhirngeschwülste.

24. *Herr Payr (Greifswald). Drainage des Hirnventrikels mittels frei transplantierter Blutgefäße.*

Diskussion.

Herr Kausch (Berlin). Zur Chirurgie des kindlichen Hydrocephalus.

Herr Heile (Wiesbaden). Zur Behandlung des Hydrocephalus.

25. *Herr Hochenegg (Wien). Operativ geheilte Akromegalie bei Hypophysentumor.*

Diskussion zu 25:

Herr Erdheim und Stumme (Wien). Schwangerschaftsveränderungen der Hypophysis.

26. *Herr Salzer (Wien). Zur Anatomie der Encephalokele. (Demonstration.)*

In Reserve:

[Herr Eckstein (Berlin). Über Nasenplastik.

Herr Franz (Berlin). Experimentell erzeugtes Aneurysma arteriovenosum. (Demonstration.)

Herr W. Koch (Berlin). Die Ausscheidung von Strepto- und Staphylokokken aus dem Blut durch Nieren und Leber.

Herr Kühler (Bad Kreuznach). Mischgeschwulst der Parotis von außergewöhnlicher Größe. (Demonstration.)

Herr Ranzi (Wien). Über Langenbeck'sche und Lane'sche Uranoplastik.

Herr Sticker (Berlin). Demonstration eines experimentell erzeugten Hirntumors beim Hunde.

Herr Wederhake (Düsseldorf). Silberseide und Silber-Kautschukseide in aseptischer Packung. (Demonstration.)]

27. *Herr Kocher (Bern). Blutuntersuchungen bei Basedow.*
28. *Herr Dollinger (Budapest). Weitere Erfahrungen über subkutane Entfernung tuberkulöser Halslymphdrüsen.*
29. *Herr H. Braun (Zwickau). Resektion der Aorta wegen eines Ganglionneuroms.*
30. *Herr Doberauer (Komotau). Die Unterbindung großer Gefäßstämme mit Hilfe der allmählichen Zuschnürung.*

31. *Herr v. Hacker (Graz). Resektion und Plastik am Halsteile des Ösophagus wegen Karzinoms.*
32. *Herr Völker (Heidelberg). Über die Behandlung des Karzinoms der Cardia.*
33. *Herr Gottstein (Breslau). Über Kardiospasmus. (Demonstration.)*

Diskussion zu 31 bis 33.

Herr Glücksmann (Berlin). Primäre Erweiterungszustände der Speiseröhre.
Herr Lauper (Interlaken). Dilatations- und Radiumbehandlung des Speiseröhrenkrebses.

34. *Herr de Quervain (La Chaux-de-Fonds). Über die fibroepithelialen Neubildungen der Mamma und ihre maligne Entartung.*

In Reserve:

[Herr Hofmeister (Stuttgart). T-Kanüle zur Nachbehandlung operierter Trachealstenosen.
Herr Glücksmann (Berlin). Fremdkörper im Ösophagus. (Demonstration.)
Herr Kölliker (Leipzig). Über Ösophagoskopie.
Herr Ranzi (Wien). Über Frakturen und Luxationen der Halswirbelsäule.]

35. *Herr Brauer (Marburg a. L.). Die therapeutische Bedeutung des künstlichen Pneumothorax.*
36. *Herr Küttner (Breslau). Weitere Erfahrungen über Operationen in der freien Brusthöhle.*
37. *Herr Friedrich (Marburg a. L.). Zur Operation einseitiger Lungentuberkulose.*
38. *Derselbe. Die Lungenanpassung an große Volumdefekte der Lunge.*
39. *Herr Brat (Berlin). Über eine Einrichtung zur Anwendung des Überdruckes bei der künstlichen Atmung und der gewöhnlichen Narkose.*

Diskussion zu 35 bis 39.

Herr Dreyer (Breslau). Vergleichende experimentelle Untersuchungen über den Überdruck und Unterdruck.
Herr Schmieden (Berlin).
Herr Seydel (Dresden). Chirurgische Behandlung des Lungenemphysems.
Herr Sauerbruch (Marburg a. L.).
Herr de Mayer (Brüssel). Ein neuer Apparat zur Überdrucknarkose.

40. *Herr H. Braun (Göttingen). Demonstration eines Tumors der Pleura.*
41. *Herr Perthes (Leipzig). Zur operativen Behandlung der chronischen Lungenabszesse. (Demonstration.)*
42. *Herr Fritz König (Altona). Über Rippenfrakturen und traumatisches Emphysem.*
43. *Herr Picqué (Paris). Über Herzwunden.*

In Reserve:

[Herr Röpke (Jena). Über progressive Rippenknorpelnekrose.
Herr v. Saar (Graz). Ein Fall von Mediastinalabszeß.
Herr Steinthal (Stuttgart). Dauerheilungen des Brustkrebses.]

44. *Herr Rovsing (Kopenhagen). Direkte Gastrodiaphanoskopie und Gastroskopie.*
45. *Herr Rubritius (Prag). Erfolge der chirurgischen Behandlung gutartiger Magenerkrankungen.*

46. Herr Graser (Erlangen). Technik der Magenresektion.

Diskussion zu 45 und 46.

Herr Neuhaus (Berlin). Ergebnisse der funktionellen Magenuntersuchungen hinsichtlich der früheren und späteren Resultate nach Gastroenterostomie.

Herr Schnitzler (Wien). Über eine typische lokale Metastase des Magenkarzinoms.

Herr Credé (Dresden). Gastroenterostomia caustica.

Herr Junghaus (Liegnitz). Trichobezoar des Magens.

Herr Middeldorff (Hirschberg i. Schl.). Über Fremdkörper des Magens.

Herr Moskowicz (Wien). Über aseptische Darmoperationen.

47. Herr Klapp (Berlin). Über chirurgische Darmentleerung und Entleerung infektiöser Flüssigkeitsansammlung.

48. Herr H. Braun (Göttingen). Entzündliche Geschwülste am Darm.

Diskussion:

Herr Steinthal (Stuttgart). Fall von Berstungsruptur des Dünndarmes.

49. Herr Heddaeus (Zittau). Folgen einer totalen Ausschaltung des Kolon durch Vereinigung von Ileum und Flexura sigmoidea.

In Reserve:

[Herr W. Braun (Berlin). Experimentelle Untersuchungen zur Frage des Todes bei Strangulationsileus.

Diskussion: Herr Boruttau (Berlin).

Herr v. Brunn (Tübingen). Über die Behandlung des appendicitischen Abszesses mit primärer Naht.

Herr Foederl (Wien). Hepatoptose.

Herr Franke (Braunschweig). Zur Therapie der multiplen Divertikelbildung am Dickdarm.

Herr Gebele (München). Zur Prognose und Behandlung der Peri- und Paraappendicitis.

Herr Glücksmann (Berlin). Blutstillung bei endosigmoidealen Operationen.

Herr v. Haberer (Wien). Über Behandlung schwieliger Appendicitis und appendicitischer Abszesse.

Herr Kotzenberg (Hamburg). Zur operativen Behandlung der diffusen, eitrigen Bauchfellentzündung.

Herr Neumann (Berlin). Ein Fall von enormer Cyste des Wurmfortsatzes (Demonstration).

Herr Pendl (Troppau). Strikturierende Ileocoecaltumoren.

Herr Riese (Berlin). Coecumblutungen und spätere Gangrän des Coecums infolge von Appendicitis.

Herr Wilms (Basel). Appendicitis chronica und Coecum mobile.]

50. Herr Schloffer (Innsbruck). Über chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste nach Bruchoperationen.

51. Herr Brenner (Linz). Nabelbruchoperation mit Lappendoppelung.

52. Herr Ritter (Greifswald). Experimentelle Untersuchungen über Einklemmung von Brüchen.

53. Herr Ruge (Berlin). Chirurgische Anatomie der Gallenwege (Demonstration).

54. Herr Exner und Hejrovsky (Wien). Pathologie der Cholelithiasis.



Diskussion zu 53 und 54:

Herr Lampe (Bromberg). Demonstration enorm großer Gallensteine.

55. *Herr Graff (Bonn). Über Milzexstirpation bei Pseudoleukaemia infantum.*
56. *Herr Peiser (Breslau). Über fötale Peritonitis.*
57. *Herr Bunge (Bonn). Über postoperativen spastischen Darmverschluß.*
58. *Herr Zuckerkandl (Wien). Zur Diagnose und Operation von Nierensteinen.*

Diskussion zu 58:

Herr Löwenhardt (Breslau). Demonstration eines durch Nephrektomie gewonnenen Hydronephrosenpräparates.

59. *Herr Wilms (Basel). Zur Technik der Prostatektomie.*

Diskussion zu 59:

Herr Hock (Prag). Zur Diagnose der Prostatatumoren.

Herr Ehrhardt (Königsberg). Über die operative Behandlung des Prostatakarzinoms.

Herr Defranceschi (Rudolfswörth). Zur Resektion der Samenleiter bei Prostatahypertrophie.

60. *Herr Pels-Leusden (Berlin). Über die Notwendigkeit einer Naht bei Zerreißung der Harnröhre am Perineum.*

Diskussion zu 60:

Herr Hinterstoisser (Teschen).

In Reserve:

[Herr Colmers (Heidelberg). Trauma und paranephritischer Abszeß.

Herr Franke (Braunschweig). Zur Behandlung der Zottengeschwülste der Blase.

Herr Föderl (Wien). Phimosenoperation.

Derselbe. Über Peniskarzinom.

Herr Goldschmidt (Berlin). Demonstration von Instrumenten für intraurethrale Eingriffe.

Derselbe: Ein Cystourethroskop.

Herr Harras (Schöneberg). Diagnostische Bedeutung der Röntgenphotographie bei Cholelithiasis.

Herr Hinterstoisser (Teschen). Über eine seltene Sakralgeschwulst.

Herr Hollaender (Berlin). Zur Mechanik und Dynamik der Gallenblasenperforation.

Herr Kreuter (Erlangen). Bericht aus der Erlanger Klinik über hundert Radikaloperationen wegen Mastdarmkrebses aus den Jahren 1902—1907.

Derselbe: Zur Dehnungsgangrän des Coecum bei tiefem Dickdarmverschluß.

Herr Lieblein (Prag). Über einen neuen Darmknopf. (Demonstration.)

Herr Martens (Berlin). Zur Chirurgie des Pankreas.

Herr Renner (Breslau). Indikation und Resultate der primären Blasennaht.

Herr Ringleb (Berlin). Über Sterilisation des Cystoskops.

Derselbe. Demonstration eines modernen cystoskopischen Instrumentariums.

Herr Rosenstein (Berlin). Die Behandlung intraperitonealer Verwachsungen mit Netztransplantation.

Herr Schmitt *(München). Demonstration eines seltenen Falles von Invagination.*

Herr Schulz *(Barmen). Ein Beitrag zur Therapie der Hirschsprungschen Krankheit.*

Herr Strehl *(Königsberg). Kongenitale Retroposition des Dickdarmes.*

Herr Wullstein *(Halle a. S.). Demonstration seltener Hernienformen.]*

61. *Herr* Küttner *(Breslau). Zur Prognose der traumatischen Luxationen.*
62. *Herr* Dollinger *(Budapest). Blutige Reposition veralteter Luxationen des Ellbogens.*
63. *Herr* Stieda *(Königsberg). Coxa valga adolescentium.*
64. *Herr* Becker *(Rostock). Experimentelle Gelenkmaus.*
65. *Herr* Borchgrevink *(Christiania). Ambulatorische Extensionsbehandlung der oberen Extremität.*
66. *Herr* Krönlein *(Zürich). Über das Zuppinger'sche Extensionsverfahren bei Frakturen des Ober- und Unterschenkels.*

Diskussion zu 65 und 66.

Herr Heusner *(Barmen). Extensionsschiene für den Vorderarmbruch.*

Herr Graser *(Erlangen). Zur Behandlung der Unterschenkelbrüche.*

Herr Klapp *(Berlin). Behandlung des Schlüsselbeinbruches mittels Hebelextension.*

Herr Fraenkel *(Berlin). Über Gehverbände.*

Herr Lampe *(Bromberg). Ein ans Krankenbett anzuschraubender Extensions- und Abduktionsapparat für die untere Extremität.*

Herr Manasse *(Berlin). Apparat zur Anlegung fester Verbände an der unteren Extremität.*

67. *Herr* Ludloff *(Breslau). Osteochondritis dissecans des Kniegelenkes.*
68. *Herr* O. v. Frisch *(Wien). Zur Operation des Plattfußes.*
69. *Herr* Muskat *(Berlin). Beiträge zur Therapie des fixierten Plattfußes.*
70. *Herr* Goebel *(Breslau). Röntgenbehandlung eines kongenitalen Femursarkoms.*

In Reserve:

[Herr Bötticher *(Gießen). Traumatische Diastase der Symphysis sacroiliaca.*

Herr Dönitz *(Berlin). Feststellvorrichtung am Operationstische.*

Herr Franke *(Braunschweig). Epicondylitis humeri.*

Herr Jacobsthal *(Jena). Radiusfraktur mit volarer Verschiebung des peripheren Fragmentes. (Demonstration.)*

Herr Martens *(Berlin). Demonstration einer seltenen Geschwulst der Achillessehne.*

Herr v. Saar *(Graz). Über Myo- und Tendolyse.]*

Berichtigung. In d. Bl. Nr. 9 p. 257 Z. 13 v. u. lies Bosse statt Bone.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 17. Sonnabend, den 25. April 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Abteilung der Wiener allgem. Poliklinik.
Vorstand: Dozent Dr. Pupovac.

Almatein in der Chirurgie.

Von

Dr. Ernst Venus,
Assistent der Abteilung.

Almatein nennt sich ein neues pharmazeutisches Produkt, das zuerst von dem Chemiker Dr. Lepetit in Mailand aus Formaldehyd und Hämatoxylin dargestellt und untersucht wurde[1].

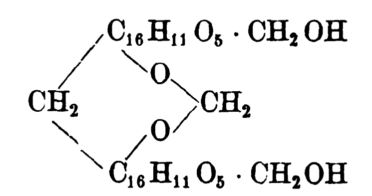
Der Gedankengang dieser Präparation beruhte auf der seit langer Zeit bei Durchfall bekannten Anwendung von Blauholzabkochungen, deren wirksamer Bestandteil — das Hämatoxylin — zuerst von Chevreul rein dargestellt wurde.

Abkochungen von Blauholz haben naturgemäß eine sehr schwankende Zusammensetzung und sind unhaltbar. Dr. Lepetit versuchte

[1] Siehe Vierteljahrsschrift für prakt. Pharmazie 1905. Hft. 3.

daher ein definitives Produkt aus dem kristallisierten und gut definierten Hämatoxylin durch Einwirkung von Formaldehyd darzustellen und erhielt in der Tat als Reaktionsprodukt ein zartes, im Lichte dichrotisch schimmerndes, rötliches Pulver, welches die Eigenschaften des Hämatoxylin in erhöhtem Maße aufwies.

Neuen chemischen Arbeiten zufolge[2] hat das Almatein die Zusammensetzung $C_{36}H_{32}O_{14}$, nach welcher sich die Formel



zusammensetzt.

Es stellt ein äußerst feines, ziegelrotes, geruch- und geschmackloses Pulver dar, das in kaltem Wasser und Chloroform unlöslich, in kochendem Wasser sehr wenig löslich, in Alkohol und Eisessig ziemlich leicht löslich, dagegen sehr leicht löslich in Glyzerin und alkalischen Flüssigkeiten ist.

Das Almatein zersetzt sich bei hoher Temperatur, gibt Formaldehyd und komplizierte polymerische Formaldehyd-Hämatoxylinderivate ab.

Es zeigte sich alsbald, daß dieses Produkt auch bei äußerer Anwendung sehr wertvolle antiseptische, adstringierende und granulationsbefördernde Eigenschaften hatte, so daß nach dieser Richtung weitere ausgedehnte Untersuchungen unternommen wurden.

Pharmakologisch wurde das Almatein von Prof. Valenti[3] eingehend untersucht, aus dessen Darlegungen für unsere unten mitzuteilenden Versuche die Tatsache von Wichtigkeit war, daß das Präparat bei äußerer Anwendung absolut reizlos und ungiftig ist.

Wir haben seit mehreren Monaten an unserem chirurgischen Ambulanzmaterial das Almatein sowohl als Streupulver als auch in Form der Almateingaze in 500 Fällen versucht und erprobt.

Das Almatein wurde verwendet bei reinen sowohl als bei infizierten Schnitt- und Riß-Quetschwunden, bei Furunculus simplex und compositus, ferner bei Phlegmonen, Panaritien, Paronychien, Abszessen, vereiterten Lymphomen, Brandwunden, Herpes zoster, varikösen Beingeschwüren, akutem, nässendem Ekzem, Fungus der Gelenke, sowohl bei tuberkulösen als auch bei nach Operation zurückgebliebenen Fisteln.

Von einem wahren Ersatzmittel des Jodoform muß man vor allem folgendes verlangen: es soll antiseptisch, nicht reizend, die Granula-

---

[2] Analyse von Prof. Dr. R. Scholl, Vorstand des chemischen Instituts an der Universität Graz.

[3] Sull' azione farmacoterapeutica dell' almateina. Arch. di farmacia e scienze affini 1905. Nr. 10—12.

tionen befördernd, austrocknend und nicht toxisch wirken, schließlich geruchlos sein.

Alle diese Forderungen fanden wir im Almatein erfüllt. Wiewohl wir es, wie erwähnt, in 500 Fällen angewendet haben, in manchen Fällen — wie bei Fußgeschwüren — mehrere Wochen lang und in großen Quantitäten, konnten wir niemals Ekzem oder sonstige entzündliche Reizerscheinungen in der Umgebung, niemals toxische Resorptionserscheinungen beobachten.

Auffallend war die granulationsbefördende Wirkung des Almatein. Eiternde, schmierig belegte Wunden reinigten sich sehr rasch, und man konnte sehr bald das Auftreten frischer, roter Granulationen beobachten. Wir haben zur Kontrolle häufig bei Pat., die zwei oder mehrere infizierte Riß-Quetschwunden hatten, die eine Wunde mit Jodoform oder Xeroform, die andere Wunde mit Almatein behandelt und regelmäßig gefunden, daß die mit Almatein behandelte Wunde rascher sich reinigt und granuliert als die andere Wunde.

Ebenso haben wir zweimal bei Pat. mit Herpes zoster die eine Hälfte desselben mit Xeroform, die andere mit Almatein behandelt und auch hier gefunden, daß die mit Almatein behandelte Seite rascher zur Ausheilung kam.

Bei stinkenden, alten varikösen Fußgeschwüren konnten wir die desodorisierende und granulationsbefördernde Wirkung des Almatein genau beobachten.

Der Zufall fügte es, daß wir in den letzten Monaten mehrere wegen Carcinoma oesophagi gastrostomierte Pat. hatten, bei denen sich um die Fistelöffnung ein oft recht lästiges und manchmal schmerzendes Ekzem ausgebildet hatte. Nachdem wir dieses sowohl mit Salben- als auch mit Trockenbehandlung nicht bessern konnten, versuchte ich es mit Almatein. Das Ekzem trocknete hierauf rasch ab und heilte in kürzester Zeit rasch aus.

Die besten Erfahrungen aber machten wir in der Behandlung von Brandwunden mit Almatein. Wir gingen bei frischen Brandwunden stets so vor, daß wir die Blasen unter aseptischen Kautelen öffneten, die nekrotische Haut nach Möglichkeit abtrugen und nun die ganze verletzte Stelle mit Almatein dicht bestaubten und darüber einen trockenen Verband anlegten und wenn möglich einige Tage ruhig liegen ließen. Schon beim ersten Verbandwechsel war es geradezu auffallend, wie sich die noch übrig gebliebenen nekrotischen Partien abgestoßen hatten und überall von den Rändern der Wunde die Epidermis vorzuschieben begann. Die Eiterung nahm rasch ab und die Narbenbildung schritt rasch vorwärts.

Auch bei Brandwunden konnten wir durch vergleichende Behandlung konstatieren, daß die mit Almatein behandelten Wunden raschere Heilungstendenz zeigten, als die mit Xeroform behandelten.

Das Almatein stellt ein vollkommenes Ersatzmittel des Jodoform dar, vor dem es den Vorzug besitzt, nicht toxisch zu wirken und ge-

ruchlos zu sein. Besonders bewährt es sich überall dort, wo man eine sekretionsbeschränkende und die Granulation befördernde Wirkung erzielen will.

---

1) **A. Eulenburg.** Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde. Vierte gänzlich umgearbeitete Auflage. Bd. II u. III.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1907.

Nach dem Vorbilde des I. Bandes dieser vierten Auflage sind auch die folgenden umgearbeitet. Dabei sind eine Anzahl der größeren Artikel in die Hand neuer Autoren übergegangen und stehen, da sie bewährten jüngeren Kräften anvertraut sind, ganz auf der Höhe der modernen Forschung. Die einzelnen aufzuführen erscheint unnötig; es sei nur gesagt, daß diese neueste Bearbeitung den früheren durchaus gleichzustellen ist, und daß das Ganze wieder derartig von lange her vorbereitet erscheint, daß pünktliches Fortschreiten garantiert sein dürfte. **Richter** (Breslau).

2) v. Bergmann und Rochs' anleitende Vorlesungen für den Operationskursus an der Leiche. Bearbeitet von Dr. A. Bier und Dr. H. Rochs. Fünfte Auflage. XI u. 463 S. 144 Textfiguren.

Berlin, **August Hirschwald,** 1907.

Bei der Herausgabe dieser neuen Auflage der Vorlesungen, die sich durch die anatomisch-physiologische Grundlage der operativen Einzelverfahren, durch die Genauigkeit der Darstellung und die Klarheit der Abbildungen von jeher ausgezeichnet und damit eine rasche Verbreitung, auch im Auslande, gefunden haben, hat v. Bergmann's Nachfolger an der Berliner chirurgischen Universitätsklinik, Bier, dessen Stelle als Mitherausgeber eingenommen. Damit ist der Charakter des Werkchens aber unverändert geblieben; es hat nur Neuaufnahme gefunden, was in den letzten Jahren an neuen Operationsverfahren hinzugekommen ist, so namentlich einige Operationen am Kopfe, die Unterbindung der Art. subclavia nach Riedel, die osteoplastische Oberschenkelamputation nach Ssabanejeff u. dgl.

Einer besonderen weiteren Empfehlung bedarf das seit lange bewährte Buch nicht. **Richter** (Breslau).

3) **N. Leotta.** Sulla ligatura delle grandi vene del corpo.

(Policlinico 1907. Fasc. 12; 1908 Fasc. 1.)

Nach einer historischen Übersicht über die bisher im Tierexperiment und in der Praxis ausgeführten Unterbindungen der großen Körpervenen, wobei auch die bisherigen Ansichten über die Prognose dieser Unterbindungen eingehend erörtert werden, schildert Verf. seine eigenen Versuche. Diese umfassen die Unterbindung der V. anonyma, der Cava inferior und superior, und wurden ausschließlich an Hunden aus-

geführt. Auf Grund von 34 gelungenen Versuchen, deren Protokolle genau wiedergegeben werden, kommt Verf. zu nachstehenden Schlüssen:

Die Unterbindung der V. anonyma wird immer gut ertragen, indem durch die Anonyma der anderen Seite, durch die Azygos und die Mammaria interna der gleichen Seite und in einzelnen Fällen auch durch die Vv. thyreoideae inferiores derselben Seite der Kollateralkreislauf rasch hergestellt wird.

Dagegen führte die Unterbindung der Cava superior oberhalb des Abgangs der V. azygos in 25% der Fälle zum Tode; in den übrigen Fällen stellte die V. azygos durch die Interkostalvenen beider Seiten, durch die mit diesen anastomosierenden Lumbalvenen und durch die mit der Mammaria interna anastomosierenden Bauchvenen den Kollateralkreislauf her.

Die Unterbindung der Cava inferior oberhalb des Abganges der Nierenvenen war immer tödlich, indem es in den meisten Fällen zum raschen Aufhören der Nierenfunktion kam. Wenn die Unterbindung in der Weise gemacht wurde, daß die eine der Nierenvenen geschont wurde, kam es nur in 33% der Fälle zum Tode, der wiederum durch komplette Niereninsuffizienz bedingt war. In den günstig verlaufenden Fällen stellte sich der Kreislauf auf dem Wege der Hemiazygos mittels der aufsteigenden Lumbalvenen und des Lejars'schen Reno-Azygo-Lumbalkanals der nicht unterbundenen Seite wieder her, ebenso durch die epiduralen Venen und die Mammaria interna und durch die Spermatica sinistra, falls die linke Nierenvene geschont wurde. Die Unterbindung der Cava inferior zwischen dem Zusammenfluß der beiden Iliacae und der Einmündung der Nierenvenen wurde immer ohne weiteres ertragen. Auch hier übernahmen die Hemiazygos, die epiduralen Venen und die Spermaticae den Kollateralkreislauf.

Ausführliche Literaturangaben ergänzen die Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

---

4) **Jolasse.** Über den Wert des Röntgenverfahrens bei der Diagnose der Lageanomalien des Darmes und der Behandlung der chronischen Obstipation.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 5.)

Durch die Rieder'sche Bismutmahlzeit und den Bismutöleinlauf lassen sich Lage und Verlauf des Dickdarmes genau sichtbar machen. Die Bismutmahlzeit ist für den Nachweis von Stenosen oder Ursachen, die zur Verstopfung führen, geeigneter, da wir nur durch sie erkennen, wo und wie lange der Darminhalt an seinem Marsche gehindert wird. Fortlaufende Untersuchungen J.'s ergaben nun, daß schon normalerweise die rechte Dickdarmflexur tiefer liegt als die linke, und vielfache Abweichungen von dem als Regel betrachteten queren Verlauf des Colon transversum vorkommen. Bei an Verstopfung Leidenden sind diese Verhältnisse in verstärktem Maße anzutreffen. Die Röntgenuntersuchung des Darmes ist aber nicht nur zur Aufklärung der Ursache, sondern auch zur Behandlung der Verstopfung mit Massage

unerläßlich, da wir auf den verlagerten Darm ohne Kenntnis seines Verlaufes gar nicht einwirken könnten.

Besonders wertvoll ist die Röntgendurchleuchtung für den Nachweis von Darmverwachsungen nach Laparotomien, den J. in einem Falle 8 Jahre nach einer Vesicofixatio uteri führen konnte. Sieben Skizzen erläutern die Ausführungen des Verf.s.

Gutzeit (Neidenburg).

---

5) **Chandler.** Treatment following abdominal section.

(Albany med. annals 1908. Februar.)

C. hat bei 200 Laparotomien wegen der verschiedensten Erkrankungen die Nachbehandlung folgendermaßen vorgenommen: Pat. wird sofort nach der Operation (Äthernarkose) in sitzende Stellung gebracht, wodurch Übelkeit und Erbrechen sehr gemildert werden. Diese Stellung wird 12 Stunden ununterbrochen innegehalten, dann darf sich Pat. legen wie er will, soll aber möglichst viel sitzen. Vom 3. bis 4. Tag ab kann Pat. das Bett verlassen und geht vom 4. bis 5. Tag ab umher, bis er am 10. bis 14. Tage das Hospital verläßt. Als Verband dient ein breiter, von der Schamfuge bis zum Nabel reichender, fest angezogener Heftpflasterstreifen. Die Bauchnaht ist die übliche Dreietagennaht, jedoch wird nach Entfernung einer größeren Geschwulst die Fascie durch Matratzennaht vereinigt. Falls drainiert werden muß, empfiehlt C. die Murphy'sche Methode der Nachbehandlung, bei der Pat. ebenfalls sitzt. Als Vorteile des frühzeitigen Aufsitzens bzw. Aufstehens bezeichnet Verf. die Verhütung postoperativer Phlebitis, die Vermeidung der Schwächung durch Bettruhe, die raschere Erholung, die geringere (!) Gefahr der Hernienbildung und das Ausbleiben von Erbrechen nach der Narkose.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **K. Vogel.** Physostigmin und Peristaltik.

(Heilkunde, Monatsschrift für prakt. Medizin.)

Verf. tritt in seiner Arbeit warm für die subkutane Verabreichung des Physostigmins ein, das speziell vom Praktiker noch allzu selten angewandt werde. Er weist zunächst auf die eminente Bedeutung einer geregelten Darmtätigkeit hin, kommt dann speziell auf die Bedeutung der Peristaltik nach Operationen zu sprechen. Er führt an, daß ein Operierter mit geregelter Darmtätigkeit ruhiger liegen bleibe, daß durch alle Stuhlmassen im Darm eine Art Autoinfektion entstehen könne, daß ferner durch Zwerchfellhochstand postoperative Pneumonien begünstigt würden. Endlich könne man durch eine frühzeitig angeregte Peristaltik Verklebungen zwischen den einzelnen Darmschlingen verhindern. Und ein Mittel, das uns in den Stand setzt, die Peristaltik nach Belieben in Gang zu setzen, sieht Verf. in dem Physostigminum salicylicum. Er empfiehlt es in Fällen, wo es sich um eine Paralyse des Darmes handelt und wendet es so auch als Prophylaktikum gegen Verklebungen nach Laparotomien an. (Darin

kann ich dem Verf. aus eigener Erfahrung beipflichten, bei Paralyse des Darmes habe auch ich beinahe ausnahmslos gute Erfolge gesehen. Ref.) Verf. gibt 0,001 Physostigmin subkutan und wiederholt, wenn nötig, die Injektion nach 3 Stunden. Der Ansicht, daß auch bei Brucheinklemmung ein Versuch mit Physostigmin gemacht werden soll, möchte Ref. nicht beipflichten, da er glaubt, daß man in diesen Fällen ebensoviel damit schaden wie nützen kann.

L. Simon (Mannheim).

---

7) J. Bogdanik. Über die Bauchfellentzündung.

(Wiener med. Presse 1907. Nr. 50.)

Bei der Bauchfellentzündung droht dem Kranken die Gefahr von zwei Seiten: von der Blutvergiftung und Stuhlverhaltung mit nachfolgender Parese des Darmes. Als hauptsächliche Ursache der Darmlähmung ist die direkte Einwirkung von Toxinen auf den Darmnervenplexus (Plexus Auerbachii) anzusehen. Abgesehen davon wird die Darmlähmung durch Blutstauung, Schwellung und Durchtränkung der muskulösen Schicht der Darmwand bedingt. Eine sofortige Operation ist daher angezeigt. Durch die Inzision nämlich und die Entleerung des infektiösen Darminhaltes wird die Entzündung auf eine kleine Fläche beschränkt; wir verhindern damit die Ausbreitung und vermindern die Resorptionsfläche. Die Operation ist daher sofort vorzunehmen in allen Stadien der Bauchfellentzündung, mit Ausnahme jener Fälle, wo die Symptome so weit fortgeschritten sind, daß schon Cyanose eingetreten ist, und der Kranke pulslos, die Extremitäten kalt sind.

Paul Wagner (Leipzig).

---

8) P. K. Pel. Ist Opium nützlich oder schädlich bei akuter Perityphlitis?

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 32.)

Verf. kommt in diesem Artikel zu folgenden Schlußsätzen:

1) Bei konsequenter Behandlung von Anfang der Krankheit an — abgesehen natürlich von besonderen Umständen — mit Bettruhe, strenger Diät, Eisapplikation und zweckmäßigen Dosen Opium, bei strenger Vermeidung von Laxantien, pflegt die akute Perityphlitis, wie sie in der Praxis vorkommt, in mehr als 90% der Fälle günstig zu verlaufen.

2) Der Arzt, welcher seine Kranken mit Perityphlitis nach diesen Prinzipien behandelt, vernachlässigt die Kranken in keiner Weise. Die Nachteile, welche der Verabreichung von zweckmäßigen Dosen Opium, und die Vorteile, welche einer laxierenden Therapie zugeschrieben werden, sind mehr theoretisch konstruiert als auf Grund genauer klinischer Beobachtung genügend erprobt. Derjenige Arzt, welcher einen Kranken mit akuter Perityphlitis — exceptio excipiendis — zweckmäßige Dosen Opium vorenthält, begeht eine Unterlassungssünde; der, welcher sie mit Laxantien behandelt, einen Kunstfehl

(Glücklicherweise sind die hier vertretenen Ansichten nur noch vereinzelt zu lesen und vermögen nicht die Praktiker irrezuführen, die heutzutage oft genug Gelegenheit haben, den Befund bei den Operationen zu sehen. Ref.) **Langemak** (Erfurt).

9) **Corner.** The contents of irreducible inguinal herniae in female subjects, and true hermaphroditism.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Leistenbrüche bei Kindern weiblichen Geschlechts, die irreponibel sind, enthalten fast immer ein Genitalorgan. Unter 103 Hernien bei weiblichen Kindern aus den Beständen des Kinderkrankenhauses Great Armond Street in London fanden sich 90 reponible, 4 irreponible, 9 eingeklemmte. Diese letzten 13 enthielten ausnahmslos irgendein Genitalorgan. Verf. gibt eine tabellarische Übersicht über im ganzen 20 solcher Fälle von irreponiblen Brüchen bei weiblichen Kindern, deren Inhalt irgendein Geschlechtsorgan war. In den allermeisten Fällen fand sich Tube oder Ovarium, oft beides; einmal Uterus, Ovarium, Tube und Dünndarm, einmal Ovarium, Tube und Dünndarm. Bruchband ist schädlich, die Operation die einzige Behandlungsart. Die Diagnose ist leicht, weil eben ein irreponibler Leistenbruch bei weiblichen Kindern so gut wie immer ein Genitalorgan enthält, und Tube wie Ovarium leicht erkannt werden können.

Weber (Dresden).

10) **S. Short.** On a special form of dilatation and displacement of the stomach.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

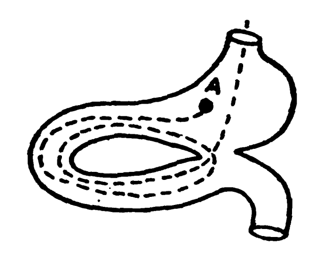
Verf. beschreibt in dieser Arbeit eine Form von Magensenkung und -Erweiterung als besondere klinische Abart. Sie betrifft 20- bis 30jährige Menschen beiderlei Geschlechts, zumeist mit kariösen Zähnen, oft sekundär neurasthenisch, die durch ihren Beruf gezwungen sind, den ganzen Tag zu stehen und ihre Mahlzeiten hastig hinunter zu schlingen. Die Krankheit äußert sich in sehr heftigen, akuten Schmerzanfällen, die anfallsweise auftreten und zuweilen durch Erbrechen erleichtert werden, und in ständiger Auftreibung des Magens mit Luft, viel Aufstoßen von Gasen, Abmagerung, Niedergeschlagenheit. Den Stoff für seine Beobachtungen geben ihm 28 Fälle. Objektiv findet man Senkung, Erweiterung, Plätschern, motorische Insuffizienz ohne Stenose, Herzklopfen, sekundär durch Auftreibung des Zwerchfells ausgelöst. Die Behandlung besteht nicht in Operationen, sondern in diätetischer Liegekur mit erhöhtem unteren Bettende und sorgfältigster Schonung des Magens für 3 Wochen. Die so gewonnenen Erfolge waren recht zufriedenstellend. Die Arbeit hat ein Interesse für die Frage von Magenoperationen bei Ptosis, Atonie, Erweiterung, Neurose usw., da sie wiederum eine ziemlich scharf umrissene Gruppe solcher Magenerkrankungen von der Chirurgie abtrennt. **Weber** (Dresden).

11) **Cameron.** Some physiological aspects of gastroenterostomy.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

Die Arbeiten von Pawlow in Petersburg und Bayliss und Starling in London haben uns gelehrt, daß der Vorgang der Verdauung nicht aus einzelnen, voneinander getrennten Abschnitten besteht, sondern ohne scharfe Trennung abläuft durch die ineinander greifende und voneinander abhängige Tätigkeit der Verdauungssäfte und -Fermente. Damit gewinnt auch die physiologische Bedeutung der Gastroenterostomie ein ganz anderes Aussehen. Wenn z. B. die Absonderung des Pankreassaftes so wesentlich abhängig ist von der durch den Magen geleisteten Vorarbeit, so muß die Beeinflussung des Verdauungsvorganges durch eine Magen-Dünndarmfistel groß sein und mindestens ein starkes theoretisches Interesse beanspruchen.

Ist der Pylorus offen, so steht fest, daß die aufgenommene Nahrung ihren gewohnten Weg durch den Pylorus nimmt und nicht durch die Fistelöffnung. Das hat u. a. Cannon bewiesen durch seine Röntgendurchleuchtungen gastroenterostomierter Katzen. Verf.s Versuche, diese Methode an Krankenhauspatienten nachzuahmen, mißlangen stets, weil er das mit Wismut erfüllte Duodenum nicht zur Anschauung zu bringen vermochte. Aber klinisch wurde der Beweis für den erwähnten Satz geliefert: Bei einem Manne mit Duodenalfistel wurde der Versuch gemacht, die Fistel durch Anlegung einer hinteren Gastroenterostomie zum Schluß zu bringen; aber die Fistel blieb. Sie schloß sich sofort, nachdem der Pylorus durch eine Naht unwegsam gemacht war! Eine andere Methode (Legelt und Maury), den Ablauf des Mageninhaltes bei gastroenterostomierten Hunden nachzuweisen, schlug fehl, so sinnreich sie auch erdacht ist: der Hund bekam eine am Faden befestigte Metallkugel zu schlucken; man fand bei der Obduktion einige Stunden nachher, daß Kugel und Faden zweimal durch die Fistel, den zuführenden Schenkel und den Pylorus in den Magen zurückbefördert war. Der Versuch bestätigt die Tatsache, daß ein fester, harter Körper bei Berührung des Pylorus einen Krampf erzeugt. Dieser Circulus wird auf nebenstehender Skizze veranschaulicht: *A* ist die verschluckte Metallkugel und die punktierte Linie der Faden.



Da nach Lerdjukow freie Säure im Magen den Pylorus öffnet, freie Säure im Duodenum den Pylorus schließt, so muß die Gastroenterostomie bei verschlossenem Pylorus diesen feinen Reflexmechanismus schwer schädigen, weil der Mageninhalt ohne dieses Spiel der Klappe in den Darm übertritt. Von diesem Spiele hängt aber nach Pawlow die Pankreasabsonderung ab. Folglich muß auch diese schwer beeinflußt werden.

Stets findet sich bei Gastroenterostomierten Galle und Pankreassaft im Magen, besonders bei Anwesenheit von Fett in der Nahrung; sie setzen die Azidität des Magens sehr wesentlich herab. In diesem Rückfluß von Galle und Pankreassaft in den Magen liegt der Grund, warum so selten ein Ulcus pepticum nach Gastroenterostomie entsteht und warum ein Magengeschwür danach heilt, nicht aber in den verbesserten Abflußbedingungen! Sollte wirklich einmal eine Gastroenterostomie bei Magengeschwür erfolglos sein, so müßte demnach die völlige Ausschaltung von Pylorus und Duodenum vermittels Durchtrennung des zuführenden Schenkels die Heilung bringen.

C.'s eigene Untersuchungen über die Beeinflussung der Verdauung durch Gastroenterostomie erstrecken sich auf sieben Fälle, von denen einer krebsiger Art war. Da es ihm wesentlich auf die Tätigkeit des Pankreas ankam, so wurde das Augenmerk besonders auf die Fettresorption gerichtet. Die Ergebnisse waren kurz folgende: Bei reiner Milchdiät findet sich in Fällen von Gastroenterostomie wegen gutartiger Erkrankung eine leichte, aber deutliche Verminderung der Fettverdauung und -Resorption. Diese Verminderung schwindet wieder bei gemischter, fettreicher Kost. Dabei bleiben die Ergebnisse sich gleich für beide Kostarten in Fällen mit Pylorusstenose und in solchen ohne Stenose. Also können die veränderten Abflußbedingungen an sich nicht die Ursache sein für diese Beeinflussung der Verdauung. Die Ursache liegt vielmehr im Rückfluß der alkalischen Gallen- und Pankreassäfte, wodurch die Azidität des Mageninhaltes stark vermindert wird.

Wer sich näher über die sehr lehrreiche Arbeit unterrichten will, sei auf die Urschrift verwiesen. **Weber** (Dresden).

---

12) **E. Bircher.** Beitrag zur Magenchirurgie und zur Technik der Gastroenteroanastomose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. bespricht die verschiedenen chirurgischen Maßnahmen, die bei gutartigen Magenleiden in Betracht kommen, und spricht seine Ansicht dahin aus, daß neben der Gastroenteroanastomose auch bestimmte Indikationen für die Pyloroplastik und die Gastroplicatio bestehen. Beim Magenkarzinom hält er ein möglichst radikales Vorgehen für angebracht, ohne Rücksicht auf eine günstige Sterblichkeitsziffer, die man erhält, sobald man sich nur bei kleinen Geschwülsten zur Resektion entschließt. Nach einer Besprechung der eigenen Fälle, besonders der Operationen bei bösartigen Magengeschwülsten und Vergleichen der eigenen Sterblichkeitsstatistik mit einer Reihe von Zusammenstellungen aus der Literatur beschreibt Verf. eine kleine Neuerung in der Anlegung der Anastomose. Nachdem die hintere Serosanaht zwischen Magen und Darm angelegt ist, wird die Seromuscularis beider Organe durch Nähte miteinander verknüpft. Eventuell wird über dieser Seromuscularisnaht nochmals eine Etagennaht

durch die Seromuscularis von Magen und Darm gelegt. Nunmehr kommt gleich der zweite Akt des Eingriffes, der darin besteht, daß man die vorderen Seromuscularisknopfnähte durch Magen und Dünndarm durchsticht, ca. 1 cm von der letzten hinteren Naht entfernt. Die mittlere Partie sämtlicher Fäden wird dann mit einem Haken emporgehoben und jetzt rasch Magen und Darm eröffnet, dann werden blutende Gefäße unterbunden, die Nähte geknüpft und eine weitere Serosanaht vorn angelegt. Der Vorzug der Methode soll darin bestehen, daß Magen und Darm nur ganz kurze Zeit offen bleiben. An der Hand der Abbildungen ist die Methode leicht faßlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) **Delore** et **Leriche.** A propos de la jejunostomie par le procédé d'Eiselsberg-Witzel.

(Lyon méd. 1908. Nr. 10.)

Verff. betonen, daß die Jejunostomie in Frankreich so selten ausgeführt wird, obwohl sie bei richtiger Indikation eine äußerst segensreiche Operation sei. Sie berichten über drei Fälle der Abteilung Poncet's, bei denen die Methode nach Witzel mit vollem Erfolge zur Anwendung kam. Indiziert ist die Operation:

1) Bei Speiseröhrenkrebs, wenn an dem stark geschrumpften Magen eine Gastrostomie unmöglich ist; bei stenosierendem Pyloruskrebs, wenn Resektion oder Gastroenterostomie nicht möglich ist; bei nicht stenosierendem Magenkrebs, wenn lebhafte Schmerzen und häufiges Erbrechen besteht, da in diesen Fällen die Gastroenterostomie keinen Nutzen bringt.

2) Bei Magengeschwür, um den Magen vollkommen ruhig zu stellen.

3) Bei Verätzungen des Magens.

4) Bei Duodenum- und Magenfisteln. **Boerner** (Rastatt).

---

14) **P. Esau.** Ausschaltung und freie Transplantation von Dünndarm an den Ort der Wahl.

(Med. Klinik 1908. p. 324.)

Gelegentlich der Operation zweier schwerer Harnröhrenfisteln in der chirurgischen Klinik in Greifswald (Payr) wurde erwogen, ob aus seinem Zusammenhange resezierter und aus der Bauchhöhle, z. B. in die Bauchdecken, verpflanzter Dünndarm zunächst durch die Mesenterialgefäße, nach Einheilung auch ohne sie lebensfähig zu erhalten sei. Es stände damit etwa für Harnröhrenlücken ein Ersatzstück von beliebiger Länge, ein offen bleibendes und mit einer widerstandsfähigen Schicht epithelialer Zellen bekleidetes Rohr zur Verfügung; zudem ist der Dünndarm sehr anpassungsfähig. Vielleicht ließe sich so auch ein Schaltstück bei inoperablen Prostatahypertrophien und Mastdarmkrebsen bilden, um den Kunstafter zu vermeiden. Ferner käme in Betracht Ersatz des resezierten Harnleiters, sei es durch Dünndarm,

sei es durch den Wurmfortsatz, ferner endothorakale Verpflanzung als Ersatz für die resezierte Speiseröhre. Andererseits birgt die Darmtransplantation beim Menschen gewisse Gefahren: sie ist an sich ein größerer Eingriff; das nach der Einpflanzung des Darmes in die Bauchdecken frei von seiner Ursprungsstelle quer durch die Bauchhöhle zu seinem Darmteile ziehende Mesenterium könnte Strangulationsileus hervorrufen oder zerreißen und Blutung verursachen oder der Gefäßthrombose ausgesetzt sein; die Behandlung dauert lange, mehrere Nachoperationen sind erforderlich.

Wenn also noch vielerlei zu erwägen bleibt, so haben die auf Payr's Anregung veranstalteten Versuche E.'s doch gezeigt, daß die Darmverpflanzung möglich ist. Bei Hunden wurden Dünndarmstücke ausgeschaltet und zwischen die Bauchdecken verlagert; in einer zweiten Sitzung wurde das zuführende Mesenterium durchtrennt. Der Darm blieb am Leben; in später davon abgeschnittenen Stücken zeigten die Drüsenzellen regelrechte Färbeverhältnisse, die Muskeln keine Entartungsvorgänge. Das Drüsenepithel soll aber über noch längere Zeiträume daraufhin beobachtet werden, ob es sich nicht doch noch umgestaltet, und zwar im Sinne der Vereinfachung. Anzuschließen sind Untersuchungen über den Verbleib der Darmserosa und mit Hilfe von Einspritzungen über die Gefäßversorgung, endlich über das Verhalten der nervösen Plexus.

Georg Schmidt (Berlin).

---

15) **O. Marchetti.** Sulla cicatrizzazione del dutto cistico dopo la colecistectomia detta ideale.

(Clinica moderna 1907. Nr. 43.)

Verf. untersuchte im Anschluß an die Experimente Dalla Rosa's und Burci's die Schicksale der Unterbindung des Ductus cysticus, wobei er Seidenfäden verwendete. Er konnte in drei Fällen, in denen er den Cysticus bei Hunden nach der Cystektomie unterband, histologische Untersuchungen anstellen und fand den Unterbindungsfaden stets in Bindegewebe eingekapselt, ohne daß er Neigung zeigte, in die Lichtung durchzubrechen. An der Ligaturstelle hatte sich in allen Fällen neue Schleimhaut gebildet. So kommt M. zum Schluß, daß die Wiederherstellung der Lichtung und das Einfallen des Fadens in diese nur dann zu erwarten sei, wenn es sich um aktive Kanäle handle, die noch einen Inhalt fortzuschaffen haben, wodurch es zur Intussuszeption der Ligaturstelle und Wiederherstellung der Lichtung komme.

Strauss (Nürnberg).

---

16) **de Beule.** Considérations sur la technique opératoire de la cholecystectomie, de la cholédocotomie et du drainage du canal hépatique.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Januar.)

Im Anschluß an drei Krankengeschichten schildert de B. sein Vorgehen bei der Cholelithiasis, wie er es sich auf Grund eigener,

sowie der auf einer Rundreise bei den bedeutendsten Gallensteinchirurgen durch Anschauung erworbenen Erfahrungen ausgebildet hat. Er verlangt von jeder Gallensteinoperation, daß sie nicht nur die Verhältnisse in der Gallenblase aufdeckt, sondern eine möglichst genaue Orientierung über die gesamten Gallenwege und die Nachbarorgane, Pankreas, Duodenum und Pylorus, gibt. Dementsprechend wählt er stets den Kehr'schen Wellen- und Bajonettschnitt, der unter Berücksichtigung guter Heilungsbedingungen zweifellos die beste Übersicht gewährt. Beim Abtasten der tiefen Gallenwege hat de B. den bekannten Kehr'schen Handgriff mit der linken Hand als am einfachsten und günstigsten sich zu eigen gemacht. Wenn eben möglich, exstirpiert er die Gallenblase, event. nach vorheriger Punktion, uneröffnet und subserös, wie er es bei Doyen und Witzel gesehen hat. Die dadurch gewonnenen Bauchfellappen benutzt er, um bei nötiger Hepaticusdrainage einen Abschluß gegen die freie Bauchhöhle zu bilden, womit er die Tamponade derselben entbehrlich machen zu können glaubt. Bei Choledochusstein wird die Inzisionsstelle niemals genäht, sondern stets tamponiert, wenn nicht außerdem noch eine mehrtägige Hepaticusdrainage mit dünnem Gummidrain erforderlich erscheint. Von den mitgeteilten drei Krankengeschichten ist die eine — subseröse Cholecystektomie, Choledochotomie, Hepaticusschlauchdrainage ohne Tamponade nach Lappenplastik — bereits in Nr. 11 ds. Bl. referiert, die zweite betrifft eine einfache subseröse Cystektomie mit gutem Erfolge, die dritte eine tödlich verlaufene Choledochotomie bei einer bereits septisch eingelieferten Pat.

Vorderbrügge (Danzig).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus der chirurgischen Abteilung des städt. Krankenhauses zu Karlsruhe. Direktor: Prof. Dr. v. Beck.

Zu dem Rovsing'schen Symptom.

Von

Dr. Arthur Hofmann,

I. Assistenzarzt.

In Nr. 8 d. Jhrg. des Zentralblattes für Chirurgie hat Lauenstein sich gegen das Rovsing'sche Symptom gewandt, um an der Hand eines Falles sein Versagen nachzuweisen. Wir sind in der Lage, auf Grund von 34 Fällen, welche in den letzten 3 Monaten am hiesigen Krankenhause beobachtet wurden, die Haltlosigkeit dieses Symptoms zu erklären.

Es wurden 18 Fälle von Perityphlitis auf dieses Symptom geprüft. Sein Verhalten gegenüber dem McBurney'schen Punkte gestaltete sich folgenderm

	Fälle	Rovsing	Mc Burney
1	*Steffler*, Perityphlitis acuta; Wurm erigiert	—	+
2	*Hensch*, Perityphlitis acuta; Wurm retrocoecal; Spitze an der Leber adhärent	—	+
3	*Maier*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm retrocoecal; Spitze an der Gallenblase adhärent und perforiert	+	+
4	*Weindl*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm retrocoecal; Spitze am unteren Nierenpol adhärent, perforiert	—	—
5	*Silberbauer*, Perityphlitischer Kotabszeß; Wurm retrocoecal gangränös	—	—
6	*Fränkel*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm an der Spitze perforiert	—	+
7	*Freidinger*, Perityphlitis acuta; Wurm sukkulent, gerötet	—	+
8	*Stetter*, Perityphlitis gangraenosa fibrino-purulenta	—	+
9	*Hauck*, Perityphlitischer Abszeß	—	+
10	*Gramer*, Perityphlitis acuta fibrino-purulenta; Wurm an den rechtsseitigen Adnexen adhärent	+	—
11	*Bischoff*, Perityphlitis chronica recidiva; Wurm pannös belegt	—	+
12	*Tröstler*, Perityphlitis acuta	—	+
13	*Knorr*, Perityphlitis chronica recidiva	—	+
14	*Wehrle*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm retrocoecal	—	+
15	*Würfel*, Perityphlitis acuta gangraenosa retrocoecalis; Wurm perforiert	+	+
16	*Stebel*, Perityphlitis chronica	—	+
17	*Eisele*, Perityphlitis chronica	—	—
18	*Haas*, Perityphlitis tuberculosa; tuberkulöses Geschwür an der Basis des Wurmes	—	+

Unter diesen 18 Fällen trafen wir also das Rovsing'sche Symptom 3mal. In einem Falle handelte es sich um einen an der Gallenblase adhärenten perforierten Wurm, die beiden anderen Fälle betrafen Wurmfortsätze, welche Exsudat in der freien Bauchhöhle aufzuweisen hatten.

4mal fehlte der McBurney'sche Schmerzpunkt. 2mal handelte es sich um einen retrocoecalen Wurm, 1mal um einen Wurm, der an den Adnexen adhärent war und 1mal um eine Intervalloperation.

Die obige Tabelle beweist, daß auf das neue Symptom kein Verlaß ist. Für uns genügte der Nachweis des McBurney'schen Druckpunktes, und wir können nur davor warnen, diesen wertvollen Besitz gegen ein solch unsicheres Symptom einzutauschen.

Rovsing verlangt von seinem Symptom, daß es nicht bloß den McBurney-schen Punkt ersetzt, sondern durch sein Fehlen einen wertvollen Fingerzeig zur Abgrenzung gegen die Entzündungen, welche die nächste Umgebung des Wurmfortsatzes betreffen, bietet. In dieses Gebiet fallen die differentialdiagnostisch oft so schwierig zu beurteilenden Fälle von Adnexerkrankungen.

Wir haben auch solche Fälle auf das Rovsing'sche Symptom hin untersucht:

	Fälle	Rovsing	Druckpunkt	
			rechts	links
19	*Rühle*, Parametraner Abszeß, doppelseitig	—	—	—
20	*Schmitt*, Parametritis acuta dextra	—	+	—
21	*Heilmann*, Perimetritis acuta	—	—	—
22	*Rasch*, Pyosalpinx dextra	—	—	—
23	*Thomas*, Pyosalpinx dextra, Pelveoperitonitis	+!	+	+
24	*Westenfelder*, Pyosalpinx sin.	—	—	+
25	*Pfister*, Pyosalpinx dext.	+!	—	+
26	*Kräft*, Salpingitis dupl.	—	+	+
27	*Meier*, Pyosalpinx dupl.	—	—	—
28	*Briva*, Parametritis sin., Pyosalpinx dext.	—	—	+
29	*Ruf*, Perimetritis, Pelveoperitonitis, Abszeß über der linken Darmbeinschaufel	—	—	+
30	*Hurst*, Salpingitis acuta dext.	—	+	—
31	*Ihrig*, Pelveoperitonitis, Peritonitis purulenta, Pyosalpinx dupl.	+!	+	—

Diese Tabelle zeigt, daß man nicht sagen kann: das Rovsing'sche Symptom fehlt, folglich ist es eine Adnexerkrankung.

Das Symptom war 3mal vorhanden, und gerade bei solchen Fällen, für welche eine exakte differentielle Diagnose von der größten Wichtigkeit war. Ist bei diesen Fällen der McBurney'sche Druckpunkt schon trügerisch, so ist am allerwenigsten das Rovsing'sche Symptom dazu berufen, substituierend einzutreten. Der Fall Nr. 31 hatte sowohl den McBurney'schen Druckpunkt als auch das Rovsing'sche Zeichen. Differentialdiagnostisch war eine Abgrenzung gegenüber einer akuten Perityphlitis mit beginnender Gangrän unmöglich. Es wurde laparotomiert, und man fand eine purulente Peritonitis, deren Ausgangspunkt die beiden stark entzündeten Eileiter bildeten, aus deren abdominalen Enden der Eiter hervorquoll.

Eine Tatsache schließlich gefährdet am meisten die Existenz des Rovsingschen Symptoms, und das ist das Auftreten eines dem McBurney korrespondierenden linksseitigen Schmerzpunktes, welcher sowohl bei Perityphlitis als auch ganz besonders bei Adnexerkrankungen durch Druck gegen die rechte Unterbauchgegend ausgelöst werden kann.

Fall 23 und 25 sollen das illustrieren:

Fall 23. Pyosalpinx dext., Pelveoperitonitis.

	Druck	Schmerz
Am 10. Oktober 1907	*links* rechts	*rechts* (Rovsing) rechts
Am 8. November 1907	links *rechts*	— *links*

Fall 25. Pyosalpinx dext., Peritonismus.

	Druck	Schmerz
Am 20. Oktober 1907	*rechts* links	*links* links
Am 7. November 1907	rechts *links*	rechts *rechts* (Rovsing)
Am 10. November 1907	rechts *links*	rechts *rechts* (Rovsing)

Das Rovsing'sche Symptom fehlt bei denjenigen Fällen, bei welchen das Peritoneum nicht entzündet ist. Darin müssen wir beistimmen. Fälle von Psoasabszeß, Ureteritis und Pyelitis hatten das Symptom nicht. Merkwürdigerweise trifft man das Symptom bei Leuten, welche keinen Wurmfortsatz mehr haben; d. h. in solchen Fällen von Exstirpationen des Wurmfortsatzes, bei welchen die Bauchdecken geschlossen wurden.

Für die Erklärung des Rovsing'schen Zeichens ist unserer Meinung nach der Zustand des Peritoneum parietale an erster Stelle maßgebend; an zweiter folgen Zug und Druck am Mesenterium und am Netz. Wenn man einen Druck auf das entzündete Peritoneum parietale ausübt, so wird derselbe als Schmerz empfunden. Dieser Schmerz kann am typischen McBurney'schen Punkte hervorgerufen werden. Wird derselbe durch Druck auf die linke Unterbauchgegend ausgelöst, so geschieht das durch Anschlagen der verdrängten und meist atonischen Darmschlingen an die entzündeten Partien des Peritoneum parietale der rechten Seite. So erklärt sich auch der Schmerz, welcher nach einer Intervalloperation nach dem Rovsing'schen Modus ausgelöst werden kann. Das frisch vernähte Peritoneum bietet dem fortgeleiteten Druck einen verminderten Widerstand, seine Wundränder werden gezerrt und rufen Schmerz hervor. Eine Fortleitung des Druckes durch das Kolon allein ist nicht gut möglich. Zunächst ist das Colon descendens von Dünndärmen überlagert, welche zuerst komprimiert werden müssen, bevor man an das Kolon gelangt; zweitens nimmt der fortgeleitete Druck zunächst einen geraden Weg quer durch den Bauchraum und keinen, der um zwei Ecken entlang dem Kolon verlaufen muß. Die Tatsache, daß das Rovsing'sche Phänomen auch umgekehrt ausgelöst werden kann, ist dadurch zu erklären, daß die Entzündung auch die linke Unterbauchgegend ergriffen hat. Ein nach links verlaufender Wurmfortsatz und peritoneale Reizung bei Adnexerkrankungen beleuchten das genügend.

Das Medium, das verdrängt wird, besteht aber nicht bloß aus Darmschlingen; entzündlicher Ascites und freier Eiter, Adhäsionen des Netzes und Mesenteriums, sowie Verklebungen der Adnexe schaffen ein derartig vielgestaltiges Bild, daß hieraus sich die Unbeständigkeit des Rovsing'schen Zeichens zur Genüge erklärt. Was aber den Wert der Rovsing'schen Schmerzprojektion mit bezug auf die Indikationsstellung anlangt, so können wir nur abraten, sich auf dieses Zeichen zu verlassen. Es vermag nicht den Ausschlag zu geben wohl aber zu täuschen.

II.

Zu dem Rovsing'schen Symptom.

Erwiderung an Dr. A. Hofmann.

Von

Prof. Dr. Thorkild Rovsing in Kopenhagen.

Die sehr unbefriedigenden Erfahrungen, welche Hofmann in 34 Fällen von Appendicitis und Salpingitis mit dem »Rovsing'schen« Symptom gemacht hat, stehen in so schroffem Widerspruch mit meinen durch 3½ Jahre gemachten Erfahrungen, daß sie meiner Meinung nach ebenso wie Lauenstein's Täuschung nur auf Mißverständnis oder fehlerhafter Anwendung meiner Methode beruhen können.

Leider ist die Mitteilung Hofmann's diesbezüglich so kurz gefaßt, daß es unmöglich ist, direkt nachzuweisen, worin der Fehler steckt. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist es eine fehlerhafte Technik. Hat Hofmann z. B. sowie Lauenstein, dessen Kritik er sich ohne Reservation anschließt, »einen kurzen, raschen Druck auf die linke Unterbauchgegend« geübt, so ist es kein Wunder, daß seine Resultate unbefriedigend geworden sind.

Die richtige Anwendung meiner Methode erheischt eine sorgfältige Aufsuchung und Isolierung des Colon ascendens in der linken Fossa iliaca: die nebeneinander flach aufgelegten Finger der linken Hand werden von der rechten längs dem Beckenrande langsam in die Fossa iliaca niedergedrückt, so daß die Dünndarmschlingen nach innen geschoben werden und nun das Kolon fest gegen die Unterlage gedrückt. Nun werden die fest komprimierenden Finger langsam nach oben gegen die linke Flexur hinaufgeschoben und so der Darminhalt unter genügend erhöhten Druck gesetzt, um auf das Coecum einzuwirken. Die ganze Methode ruht auf isolierter Druckerhöhung im Kolon.

Daß Hofmann das Prinzip meiner Methode nicht recht verstanden hat, erhellt aus folgenden Äußerungen von ihm:

1) »Das Rovsing'sche Symptom fehlt bei denjenigen Fällen, bei welchen das Peritoneum nicht entzündet ist.« Diese Behauptung ist ganz unrichtig. Ich habe noch niemals das Symptom bei einfacher Endoappendicitis, bei welcher Schmerz bei direktem Druck an McBurney's Punkt ausgelöst wurde, vermißt. Gerade bei Fällen ohne Peritonitis tritt das Symptom am reinsten und schönsten hervor; denn hier kann Druck auf den Dünndarm niemals Schmerzen an McBurney's Punkt bewirken.

2) Hofmann sagt weiter: »Merkwürdigerweise trifft man das Symptom bei Leuten, welche keinen Wurmfortsatz mehr haben«. Hätte Herr Hofmann meine Methode verstanden, so konnte ihm dies nicht als merkwürdig erscheinen; denn der erhöhte Druck wirkt ja eben auf das Coecum, und das Symptom gilt — wie auch die Überschrift meiner Abhandlung sagt — für Typhlitis ebensogut wie für Appendicitis, ja noch sicherer.

3) »Eine Fortleitung des Druckes durch das Kolon allein ist nicht gut möglich.« »Das Kolon ist von Dünndärmen überlagert, welche zuerst komprimiert werden müssen. Der Schmerz kann am typischen McBurney'schen Punkt hervorgerufen werden. Wird er durch Druck auf die linke Unterbauchgegend ausgelöst, so geschieht das durch Anschlagen der verdrängten und meist atonischen Darmschlingen an die entzündeten Partien des Peritoneum parietale der rechten Seite.« — Wären diese Behauptungen richtig, warum hat dann Hofmann nur dreimal — immer bei diffuser Peritonitis — unter 18 Fällen von Appendicitis durch seine Kompression des Dünndarmes Schmerz an McBurney's Punkt hervorgerufen? Das stimmt viel besser mit meiner Erfahrung, daß Druck auf den Dünndarm nur bei

verbreiteter Peritonitis Schmerzen in der Ileocoecalgegend bewirkt, während sonst nur die genaue Kompression des Colon descendens den typischen Schmerz auslöst. Die natürlichste Erklärung der Hofmann'schen Resultate ist die, daß ihm nur ausnahmsweise meine methodische Kompression von Colon descendens gelungen ist.

Dr. Hofmann sagt weiter ganz unrichtig, »ich verlange von meinem Symptom, daß es nicht bloß den McBurney'schen Punkt ersetze, sondern durch sein Fehlen einen wertvollen Fingerzeig bilde zur Abgrenzung gegen die Entzündungen, welche die nächste Umgebung des Wurmfortsatzes betreffen.« Nein, meine Methode beabsichtigt ja eben, den typischen Schmerz an McBurney's Punkt hervorzurufen — aber durch indirekten Druck, um die Fehldiagnosen auszuschließen, welche der direkt hervorgerufene Schmerz ermöglicht.

Praktisch bedeutungsvoll ist vor allem, die extraperitonealen Ursachen des Schmerzes von den intraperitonealen scheiden zu können. Nun muß Hofmann selbst folgendes erklären: »Fälle von Psoasabszeß, Ureteritis und Pyelitis hatten das Symptom nicht«. Da eben diese Krankheiten, denen noch Wanderniere, Ureterstein und Perinephritis suppurativa hinzugefügt werden könnten, eine Appendicitis bei Druckempfindlichkeit an McBurney's Punkt vortäuschen können, scheint es mir überaus unberechtigt, wenn Dr. Hofmann in folgender abfälliger Weise schließt: »Was den Wert der Rovsing'schen Schmerzprojektion mit Bezug auf die Indikationsstellung anlangt, so können wir nur abraten, sich auf dieses Zeichen zu verlassen. Es vermag nicht den Ausschlag zu geben, wohl aber zu täuschen.« Glaubt Dr. Hofmann wirklich, daß es seinen Pat. gleichgültig sein kann, wenn er eine retroperitoneale Phlegmone durch das gesunde Peritoneum eröffnet statt retroperitoneal durch einen Lumbalschnitt?

Ich habe niemals behauptet, daß meine Methode in allen Fällen sicheren Aufschluß geben könne. So viel muß man nicht verlangen: so wird eine ausgiebige Perforation in die freie Bauchhöhle natürlich eine erhöhte Spannung im Coecum durch meinen Handgriff unmöglich machen, so wird bei diffuser Peritonitis mit mächtigem Meteorismus der aufgeblähte Dünndarm es unmöglich machen, am Colon descendens vorzudringen; eine von außen, z. B. von einer Salpingitis auf Coecum und Appendix übergreifende Entzündung wird natürlich eine Perforationsappendicitis vortäuschen usw.

In solchen Fällen ist Unzulänglichkeit der Methode aber nicht von großer Bedeutung; denn die Diagnose: Peritonitis diffusa ist sicher genug und die Laparotomie augenblicklich vorzunehmen.

Ich kann nur sagen, daß meine kleine Methode sich in meinen Händen mehr und mehr als sehr nützlich, ja unentbehrlich erwiesen hat, und ich wage trotz Dr. Hofmann's Anathema sie nochmals meinen Kollegen warm zu empfehlen; aber ich bitte, daß die Methode genau nach meiner Anweisung ausgeführt, und daß ihre Aufschlüsse cum grano salis benutzt und verwertet werden.

---

17) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

169. Sitzung, den 10. Februar 1908.

Vorsitzender: Herr Rotter.

1) Herr J. Israël bespricht einen Fall diffuser Cholangitis bei Cholelithiasis, in welchem er durch Cholecystektomie mit Entfernung von Choledochussteinen und durch Hepaticusdrainage einen sofortigen Abfall des remittierenden Fiebers erzielte und die schon sehr elende Pat. zu glatter Genesung brachte. Es fanden sich in der Leber zahlreiche bis pflaumengroße Abszesse, die alle unberührt blieben. Im Eiter wurden Colibakterien gefunden.

J. weist auf einen schon früher von ihm in der Freien Vereinigung referierten Fall eitriger Cholangitis hin, in dem es gelungen war, durch denselben operativen Eingriff wie im obigen Falle Heilung zu erzielen. Man darf also solche Fälle,



so ernst auch im allgemeinen die Prognose ist, nicht verloren geben, soll vielmehr eingreifen und der mit Entzündungserregern beladenen und gestauten Galle einen Abfluß nach außen verschaffen; dann wird der Organismus, wenn man nicht zu spät kommt, die in der Leber entwickelten Entzündungsherde noch eliminieren können.

2) Herr Rave: Ein Fall von septischer Hautgangrän.

R. stellt eine Frau vor aus der chir. Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses, bei welcher sich von einer oberflächlichen Hautwunde am rechten Unterschenkel aus eine Infektion der Körperoberfläche entwickelt hatte, die zur Gangrän großer Hautpartien führte. Nach eingehender Besprechung der Differentialdiagnose wurde die Erkrankung als Ecthyma gangraenosum klassifiziert, jene seltene Hautkrankheit, welche fast nur bei kachektischen Kindern vorkommt und meist letal endet. Die bakteriologische Untersuchung (Prof. Morgenroth) ergab das Vorhandensein von Staphylokokkus pyogenes albus. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die Erkrankung bei einer erwachsenen, bis dahin gesunden Frau beobachtet wurde, daß volle Genesung eintrat und der Staphylokokkus pyogenes albus allein der Erreger der Krankheit war. Die Überhäutung der sehr großen Hautdefekte erfolgte spontan von Resten der Epithelfollikel aus, ohne daß Transplantation nötig gewesen wäre.

Diskussion. Herr Sonnenburg bemerkt, daß ganz ähnliche Krankheitsbilder vorkommen bei Personen, welche artefizielle Hautreize durch Kantharidenpflaster u. ä. angewandt haben; er hat solche Fälle als Leiter der kgl. Universitäts-Poliklinik unter v. Langenbeck wiederholt gesehen.

Herr Rave erwidert, daß es sich dabei wohl um hysterische Personen gehandelt habe, was Herr Sonnenburg bestätigt.

3) Herr Petermann: Über Carcinoma coli.

Es kamen in den letzten 14 Jahren 115 Fälle von Dickdarmkrebs in der chir. Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses in Behandlung, 68 Männer, 47 Frauen. Die Mehrzahl der Pat. gehörte dem 4., 5. und 6. Dezennium an. Bei den 115 Pat. kamen 117 Tumoren zur Beobachtung. Bei 2 Pat. fanden sich je 2 Tumoren. Die weit größte Anzahl gehörte der Flexura sigmoidea an, 56. Am Coecum wurden 13, am Colon ascendens 7, an der Flexura dextra 12, Colon transversum 17, an der Flexura lienalis 8, am Colon descendens 4 Tumoren beobachtet.

Von den 115 Fällen waren operabel 58, inoperabel 57. Die Operabilität eines Kolontumors läßt sich in vielen Fällen erst nach einer Laparotomie entscheiden, da Verwachsungen mit den Nachbarorganen sich in vielen Fällen als nur entzündlich erwiesen, ferner auch die Größe eines durch die Bauchdecken gefühlten Tumors oft täuscht, weil durch Verwachsungen mit dem Netz, Schrumpfung eines großen Darmabschnittes, Aneinanderlagern der Appendices epiploicae die eigentliche kleine karzinomatöse Geschwulst als ein viel größerer Tumor imponieren kann. Mehrfach wurde ein Stück der Blase mit reseziert, und mehrere dieser Fälle sind dauernd geheilt geblieben. Im Ileus wurden 47 Pat. operiert mit einer Mortalität von 57%.

Alsdann bespricht P. kurz die Radikaloperation bei Dickdarmkrebs. Die Resektion des Tumors mit primärer zirkulärer Naht ist wegen der hohen Mortalität (50%) zu verwerfen. Dagegen lieferte die Resektion mit seitlicher Apposition bessere Resultate, die Mortalität war gleich Null. Für die Tumoren der Ileocoecalgegend, des rechten Kolonwinkels, sowie des Anfangsteils des Colon transversum ist als Radikaloperation die Resektion des Tumors mit nachfolgender Enteroanastomose zu empfehlen. Von 12 Operierten starben 3 (1 inoperabler Fall, 1 Pat. über 65 Jahre an Kachexie). Das zweizeitige Operationsverfahren nach v. Mikulicz wurde in 23 Fällen zur Anwendung gebracht. Es starben 3 Pat., 2 im Anschluß an die erste Operation (inoperable Fälle), 1 Pat. im Anschluß an die Schlußoperation (73jährige dekrepide Frau). Die Anlegung der Spornquetsche zur Herstellung der Anastomose machte in 10 von 18 Fällen dem Pat. ziemlich heftige Beschwerden. In 4 Fällen verengerte sich die Anastomosenöffnung nach einiger

Zeit derartig, daß Ileuserscheinungen auftraten und eine neue Anastomose gemacht werden mußte. Das dreizeitige Operationsverfahren nach Schloffer wurde in 9 Fällen zur Anwendung gebracht. Bei den meisten dieser Fälle war vorher im Ileus eine Kotfistel angelegt. Im Anschluß an den zweiten Akt der Operation starb 1 Pat. (Abszeß an der Nahtstelle).

Die Dauererfolge nach der Resektion des Dickdarmkrebses sind gute. Von 17 Pat., welche die Operation überstanden, lebten 2 Jahre nach der Operation noch 11 = 64%, länger als 3 Jahre nach der Operation waren von 11 Pat. 7 = 63% rezidivfrei. Unter den dauernd Geheilten finden sich auch 2 Fälle von Carcinoma gelatinosum. Auch bei mehreren jüngeren Pat. (29—34 Jahre) wurde Dauerheilung beobachtet.

4) Herr Eschenbach: Über Nabelbrüche.

E. berichtet über 65 Fälle von Nabelhernien, 59 Erwachsene und 6 Kinder, welche im St. Hedwig-Krankenhause beobachtet wurden. Die Brüche waren bei allen Erwachsenen mit einer einzigen Ausnahme im späten Alter entstanden, und beinahe bei allen war ein allmähliches Größerwerden zu konstatieren. Angeborene Nabelhernien sind daher eine sehr seltene Erscheinung.

Der prinzipielle Unterschied der verschiedenen Nabelbruchoperationen liegt bloß darin, daß in dem einen Falle nur die Aponeurose zur Bildung der Bauchnaht verwendet wird, während im zweiten Fall auch der M. rectus mit zum Schluß der Bruchpforte herangezogen wird.

Unserer Statistik nach ist der springende Punkt, eine feste Vereinigung der Aponeurose herbeizuführen; außerdem ist die Etagennaht (mit Verwendung des M. rectus) oft gar nicht, oft nur mit Schädigung des Muskels auszuführen. Bloß bei Kindern ist die Etagennaht angezeigt.

Die Omphalektomie halten wir ebenfalls für belanglos, wir machen stets Medianschnitt.

Wir machten zuerst Etagennaht; von den 11 so operierten Kranken wurden nachuntersucht 8; es fanden sich 3 Rezidive.

Bei 6 Kranken wurde die Längsraffung, bei 5 Aponeurosenplastiken vorgenommen; 9 davon konnten nachuntersucht werden; es fanden sich 6 Rezidive.

An 17 Pat. endlich wurde mit Querraffung operiert, sie wurden sämtlich nachuntersucht; es fand sich nur 1 Rezidiv. Es wird daher die quere Raffung angelegentlichst zur Nachprüfung empfohlen, da dieselbe auch bei großen Brüchen, außerdem ohne weiteres präparatorisches Vorgehen und sehr schnell ausführbar ist.

Diskussion. Herr Kausch empfiehlt ebenfalls die quere Raffung, ist aber der Meinung, daß Catgut ihm für die Naht nicht sicher und dauerhaft genug sei.

Herr Bier empfiehlt auch die Raffung, er hat sie meist in der Längsrichtung ausgeführt und dabei gute Dauerresultate gehabt. Oft sei die ganze Operation unter Lokalanästhesie auszuführen.

5) Herr Rotter: Eine neue Operationsmethode zur Heilung veralteter Kniescheibenbrüche.

Nach Besprechung der bisher angegebenen bzw. üblichen Operationsmethoden schildert R. sein Vorgehen bei einer Pat., welche an einer doppelseitigen veralteten Patellarfraktur litt. Die der rechten Kniescheibe war vor 8 Jahren eingetreten, das rechte Bein konnte zum Laufen, nicht zum Treppensteigen benutzt werden, weil die Streckfähigkeit zum größten Teil verloren gegangen war. Die Fraktur der linken Kniescheibe war vor 1 Jahr entstanden; sie komplizierte sich mit Venenthrombosen, weshalb sie nur mit Bettruhe hatte behandelt werden können; die Gehfähigkeit war links noch schlechter als auf der rechten Seite; die Pat. konnte nur mit Stöcken gehen, sie vermochte gar nicht, Treppen zu steigen. Rechts Diastase der Fragmente von 5 cm; Streckfähigkeit um 30° vermindert, kraftlos, Beugung normal; das obere Fragment beträgt $^1/_4$, das untere $^3/_4$ der Patella. Links Diastase von 7 cm; oberes Fragment nur $1^1/_2$ cm breit; Streckfähigkeit um mehr als 45° vermindert, Beugung geht nur bis zum rechten Winkel; erheblich stärkere Atrophie der Waden- und Oberschenkelmuskulatur als rechts. Nach einer vor-

bereitenden Heftpflasterextension, welche die Fragmente bis auf 2 cm aneinander brachte, wurde zur Operation des linken Beines geschritten. Bei Entfernung der Extension wichen die Fragmente auf 5 cm auseinander. Freilegung derselben durch einen Bogenschnitt, Exzision der Narben. Ein quer durch die Fragmente gelegter Silberdraht vermochte sie nur auf 2 cm zu nähern. R. legte nun nach Knotung des Drahtes einen aus der Aponeurose des M. rectus femoris geschnittenen, 3 cm breiten, 7 cm langen medianen Fascienlappen, dessen Basis an der Patella lag, über die angefrischte Oberfläche der Fragmente und nähte ihn daselbst mit Catgut fest, ebenso am Lig. patellae proprium; auch der Kapselriß wurde genäht. Gipsverband 17 Tage hindurch; reaktionslose Heilung. Nach einigen Wochen konnte das Bein wieder vollständig gestreckt und bis zum rechten Winkel gebeugt werden. Vorstellung der Pat., die sich jetzt 8 Monate nach der Operation befindet; sie vermag mit dem linken Beine Treppen zu steigen. Das Röntgenbild zeigt eine Diastase der Fragmente von $2^1/_2$ cm; der Silberdraht ist zerrissen, so daß sie also allein durch den Fascienlappen gehalten werden. Gegenüber den sonst am meisten und mit dem relativ besten Erfolg geübten Methoden v. Bergmann's (Mobilisierung des unteren Fragmentes durch Abmeißelung der Tuberositas tibiae; nur bei geringer Diastase erfolgreich) und der von Schanz (Überpflanzung des M. sartorius auf die rinnenförmig angefrischten Fragmente) wird bei R.'s Vorgehen der natürliche Strecker — der M. quadriceps — ausgenutzt; die seitlichen Teile der Aponeurose und der M. rectus bleiben unversehrt. Der Aponeurosenlappen, der besonders am Ansatze mit einigen Muskelbündeln in Verbindung blieb, ist unverändert geblieben und hat sich nicht gedehnt, obgleich der Silberdraht gerissen ist; vermutlich würde er auch stärkeren Ansprüchen, z. B. beim Springen, ebenso gewachsen sein, wie eine bindegewebig vereinigte Patella.

Diskussion. Herr Sonnenburg bemerkt, daß er einige Male das v. Bergmann'sche Verfahren ohne befriedigenden Effekt für die Annäherung der Fragmente angewendet hat. Das Rotter'sche Verfahren sei ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Methoden.

6) Herr Rotter: Über die Pathogenese und operative Behandlung des Prolapsus recti.

R. erläutert zunächst den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Pathogenese des Mastdarmvorfalles. Er beruht auf der Lockerung 1) des Beckenbodens — Os coccygis, Levator und Sphincter ani und Beckenfascien; bei normaler Gestaltung desselben (Hoffmann) ruht das Rectum pelv. horizontal auf demselben, von der inneren Analöffnung zum Kreuzbein verlaufend. Der vom Douglas'schen Raum aus wirkende intraabdominelle Druck preßt die Wände des Rectum pelvinum gegeneinander, ohne auf den Sphincter ani wirken zu können, der von der Prostata bzw. dem Uterus gedeckt wird. Erst bei der Defäkation wird der Sphinkter durch Wirkung des Levator nach hinten gezogen an den tiefsten Punkt des Beckenbodens unter gleichzeitiger Änderung des Verlaufes der Analportion aus schiefer Richtung in eine gerade und ist nunmehr auch der Wirkung des intraabdominellen Druckes unterworfen. Beim Prolapsus recti ist der M. sphincter erschlafft, der Analkanal erweitert, mehr gerade verlaufend, der innere Analwulst kaum fühlbar; dabei liegt die Afteröffnung weiter rückwärts und am tiefsten Punkte des Beckenbodens. Auch der M. levator ist erschlafft und der ganze Beckenboden gesenkt. Die Douglasfalte und die vordere Rektalwand werden wie ein Pfropf in die innere Analöffnung gedrängt und gleiten auf der schiefen Ebene der hinteren Rektalwand immer mehr abwärts. Von den weiteren Befestigungsmitteln ist 2) das Beckenbindegewebe zwischen Rektum bzw. Colon pelvinum und kleinem Becken gedehnt und läßt eine abnorme Verschieblichkeit des Mastdarmes zu. 3) Endlich ist oft ein abnormer angeborener Tiefstand der Douglasfalte (Waldeyer, Ludloff) für das Zustandekommen des Prolapses von Bedeutung.

Von den Operationsmethoden zur Beseitigung des Prolapses haben diejenigen, welche die tiefstehenden Douglasfalten beseitigen wollen, wegen ihrer technischen Schwierigkeit geringe Bedeutung erlangt; die Suspensionsmethoden, welche das Rektum bzw. Kolon am Kreuzbein oder auf der Beckenschaufel durch Nähte fixieren

wollen, haben selbst in Verbindung mit der Sphinkterverengerung ungenügende Dauerresultate gegeben. Von den Methoden, welche eine Wiederherstellung der normalen Verhältnisse des Beckenbodens erstreben, gibt zunächst in leichteren Fällen die Thiersch'sche Methode der Einlegung eines Drahtringes in den Sphinkter oft recht gute Resultate (Lenormant hatte unter 27 geheilten Fällen 4 Rezidive); während der 1—1½ Jahre, wo der Ring getragen werden muß, haben jedoch die Pat. mancherlei Beschwerden bei der Defäkation durch den Fremdkörper. Die Methode von Verneuil, bei der ein Keil aus dem Sphinkter samt Schleimhaut geschnitten und der Defekt wieder genäht wird, ist nicht empfehlenswert, weil sie die Kontinenz des Sphinkters schwächt und die Nähte allzusehr der Infektion aussetzt. Besser ist Helferich's Methode, welcher die Schleimhaut vom hinteren Teile des Sphinkters ablöst, indem er mit dem Schnitt an der hinteren Zirkumferenz des Anus beginnt; er vereinigt die hinteren Schenkel des Sphinkters durch quere Naht, ohne sie durchschnitten zu haben, wobei dann auch die Hautnaht außerhalb des Aftereinganges liegt.

Hoffmann operiert auf Grund seiner Untersuchungen folgendermaßen: Halbmondförmiger Schnitt an der hinteren Umrandung des Sphinkters bis auf den muskulären Beckenboden, Freilegung des Levator und der hinteren Partie des Sphinkter. Während der Sphinkter mit einem Haken nach vorn gezogen wird, werden quere Nähte durch die Muskulatur des Beckenbodens gelegt, wodurch der Beckenboden und die innere Afteröffnung nach vorn geschoben und der ganze Beckenboden durch Raffung des Levator gehoben wird. 5 Fälle blieben rezidivfrei. Noch besser erscheint die Methode von Rehn und Delorme; der Vorfall wird möglichst hervorgezogen und die Schleimhaut, vom After beginnend, zirkulär abpräpariert in Ausdehnung von ca. 15 cm; die bloßliegende Muscularis wird durch 6 Raffnähte in Querfalten zusammengezogen von der Analhaut bis zum Mucosarand; es entsteht dadurch ein zirkulärer Muskelwulst am Anus, der sich zum Schluß in den Darm bis über den Sphinkter hinauf zurückschiebt; er verengert den Anus und unterstützt den Sphinkter. Der Schleimhautzylinder wird soweit abgeschnitten, daß Mucosa und Analhaut bequem vernäht werden können.

Die Fälle Rehn's und Delorme's verliefen meist glatt und blieben sämtlich rezidivfrei; auch Bier operierte drei Fälle mit gutem Dauerresultat. Die Methode wird den Forderungen der Pathogenese im weitesten Umfange gerecht. Vortr. hat drei Fälle nach dieser Methode operiert; in einem Falle war der Vorfall nach einer Excisio recti wegen Proctitis ulcerosa aufgetreten; die beiden anderen waren typische Prolapse. Die Operationen verliefen glatt, ebenso die Rekonvaleszenz, so daß die Pat. mit 14 Tagen beschwerdefrei das Bett verließen; man fühlte oberhalb des Sphinkter internus deutlich den dicken Ringwulst der gefalteten Muscularis. Bei zwei Pat., der, welche früher an Proctitis ulcerosa litt und einer zweiten korpulenten Dame, besteht jetzt, 7 und 8 Monate p. op., keine Neigung zum Vorfall. Dagegen wurde bei der dritten Pat., einer mageren Frau, bereits 3 Monate p. op. konstatiert, daß der Mastdarm sich beim Pressen wieder entsprechend der Douglasfalte vordrängt, also Neigung zum Rezidiv zeigt. Außerdem fand R. bei allen drei Pat. den durch Faltung der Muscularis entstandenen Wulst wieder fast vollständig verschwunden; die Muscularis war also der Atrophie verfallen; bei dem zum Rezidiv neigenden Fall ist das offenbar zu frühzeitig geschehen. Es empfiehlt sich zur Vermeidung eines solchen Rezidivs, in jedem Falle Rehn-Delorme'scher Operation dem Beckenboden noch eine Verstärkung zu geben durch Sphinkterverengerung, wozu Rehn und Delorme schon geraten haben, falls der Sphinkter besonders weit sei; in dem rezidivierten Falle des Vortr. erschien er übrigens nicht besonders weit.

R. empfiehlt deshalb, in jedem Falle Rehn-Delorme'scher Operation noch eine Sphinkterverengerung nach Helferich oder eine Beckenbodenverstärkung nach Hoffmann zu machen; damit würden die ohnehin schönen Resultate der Operation noch vollkommener werden.

Diskussion. Herr Bier hat die letztere Kombination mehrmals angewandt und dabei gute Dauerresultate erzielt. **Richard Wolff** (Berlin).

---

18) **D'Arcy Power.** A address on some misleading abdominal cases.
(Brit. med. journ. 1907. Januar 25.)

Verf. bringt aus seiner großen Erfahrung eine lehrreiche und lesenswerte Kasuistik von acht Fällen aus dem Gebiete der Bauchchirurgie, deren klinische Zeichen verhängnisvoll irreleitend für die Erkennung des Krankheitsbildes wurden und zum großen Teil auch unter falscher Diagnose operiert wurden. Beispiele sind: Vortäuschung von Durchbruch eines Ulcus duodeni durch eine Appendicitis, von Perforation durch eine einfache Dyspepsie, von chronischer Appendicitis durch Pylorusstenose, von Appendicitis durch eine echte Typhlitis usf. Verf. knüpft daran die Mahnung, stets bereit zu sein, eine Diagnose zu ändern, und damit das chirurgische Handeln. — Als bezeichnend für Magenerweiterung bei Pylorusstenose erwähnt Verf. ein bisher nicht beachtetes Symptom: eine eigentümliche Rauhigkeit, eine gänsehautartige Beschaffenheit der Haut, die man angeblich nie bei anderen Baucherkrankungen findet. **Weber** (Dresden).

19) **Steinthal.** Über Bauchverletzungen.
(Med. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereins 1908. März 7.)

Vier Fälle aus dem Stuttgarter Katharinenhospital.

1) Perforation eines Magengeschwüres. Operation 2 Stunden nach dem vermuteten Durchbruche. Doppeltstecknadelkopfgroße Perforationsöffnung $1^1/_2$ cm unterhalb der kleinen Kurvatur des Pylorus innerhalb einer ziemlich großen infiltrierten Narbe. Schluß der Öffnung, hintere Gastroenterostomie, Drainage, glatte Heilung.

2) Schußverletzung des Darmes aus großer Nähe, Operation nach 5 Stunden. An einer der unteren Ileumschlingen fünf halblinsengroße Öffnungen, die teils durch Schleimhautvorfall verschlossen sind und durch einfache Serosaübernähung versorgt werden. Eine Blutung aus der verletzten V. iliaca externa dextra wird durch doppelte Unterbindung der Vene gestillt. Heilung.

3) Subkutane Bauchverletzung durch Überfahrenwerden mit völliger Durchreißung der Plica duodeno-jejunalis (cf. Münchener med. Wochenschrift 1908, Nr. 4).

4) Subkutane Bauchverletzung durch Hufschlag gegen die Gegend oberhalb der Symphyse. Operation 16 Stunden später; es besteht bereits eitrige Peritonitis; am Dünndarm eine matsche Stelle, innerhalb deren eine linsengroße Perforation liegt. Die Perforationsöffnung wird zur Enterostomie benutzt. Drainage der Peritonealhöhle nach Rehn-Noetzel, Heilung. S. hat mit diesem Verfahren noch mehrere andere Fälle schwerer Bauchfellentzündung retten können.

Mohr (Bielefeld).

20) **Stirling.** Three cases of perforation of the stomach and intestine.
(Intercolonial med. journ. of Australasia 1908. Januar 20.)

1) Nadelstichgroßes perforierendes Geschwür des Pylorus; trotz reichlicher Entleerung von Mageninhalt Heilung nach Übernähung der Öffnung und (wegen der Pylorusstenose) Gastrojejunostomia posterior.

2) Perforation des Ileum nach Fall auf den Bauch. Operation 50 Stunden später. Kleinerbsengroße, runde, scharfrandige Darmperforation, diffuse eitrige Peritonitis. Drainage an mehreren Stellen, Heilung. Der Hergang war hier folgendermaßen zu erklären: Pat. litt seit Jahren an Leistenbruch, der sofort nach dem Unfall irreponibel und schmerzhaft wurde. Bei der Operation wurde zunächst die Herniotomie ausgeführt; es fand sich im Bruchsacke blutig gefärbter Eiter, sonst kein Inhalt. Pat. war vermutlich mit der Gegend des (zum Teil ausgetretenen) Bruches auf einen Stein aufgefallen, es war innerhalb des Bruchsackes eine Darmperforation entstanden, und durch Entweichen des Gases die Schlinge kollabiert und in die Bauchhöhle zurückgeschlüpft, worauf eine diffuse Peritonitis einsetzte.

3) Schußwunde des Magens, Operation nach $4^1/_2$ Stunden, kleine Einschußöffnung an der Vorderwand des Pylorus, größere Ausschußöffnung mit Schleimhautvorfall an der hinteren Magenwand. Kein weiteres Organ war verletzt. Schluß der Magenwunden, Drainage, glatte Heilung. Das Geschoß wurde nicht gefunden.

Mohr (Bielefeld).

21) **W. N. Derewenko.** Zur Frage der Spätbefunde im Peritoneum nach Perforationsperitonitis. (Spontanheilung nach Schußverletzung des Darmes.)

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Daß Darminhalt im Bauchfell einheilt, ist schon mehrfach beobachtet worden. D. bringt einen sechsten Fall der Art.

Ein 29jähriger Soldat erhielt bei Mukden auf ca. 700 Schritt ein Geschoß in den Leib. Er blieb 12 Stunden liegen, kroch dann eine Strecke und wurde schließlich bis Mukden getragen, von wo er nach Japan befördert wurde. 13 Monate nach der Verletzung wurde er in Petersburg in die Fedorow'sche Klinik aufgenommen. 3 Querfinger rechts oberhalb des Nabels fand sich die Einschuß-, rechts hinten neben der Wirbelsäule die Ausschußnarbe. Beim Aufblähen des Darmes hatte Pat. regelmäßig heftige Schmerzen in der Gegend des Einschusses und unter dem rechten Rippenbogen. Das war der einzige Befund. Da die anfallsweisen, bald ohne Grund, bald nach dem Essen auftretenden, zuweilen sehr heftigen Schmerzen sich nicht beseitigen ließen, kam es zur Operation (W. A. Oppel). Keine Verwachsungen an der Einschußstelle. Auf den Därmen, Mesenterium und Netz fanden sich hanfkorngroße, weißliche und braunrötliche, subseröse Knötchen. Eine Schlinge wies eine sternförmige Narbe auf. Von ihrem Mesenterium zogen drei Stränge in das Becken hinab, wo sie in das Netz übergingen, das seinerseits mit der vorderen Blinddarmwand verwachsen war. Diese Verwachsungen wurden gelöst, die Stränge (bis 25 cm lang) exstirpiert. Endlich wurde eine Schlinge gefunden, deren Schenkel durch einen Strang verbunden waren, d. h. fast antimesenterial gelegen waren, zwei trichterförmige Ausziehungen der Darmwand, durch einen Strang verbunden. Mikroskopisch bestand der Strang aus derber Narbe. Nach den Ausziehungen hin mischten sich immer zahlreicher Muskelfasern bei. Da nach Exstirpation dieses Gebildes die Darmlichtung zu eng wurde, mußte eine Anastomose gemacht werden. Die Knötchen enthielten als Kern Pflanzenzellen.

Für den glücklichen Ablauf der Peritonitis macht D. neben der Jugendlichkeit der Verletzten, der vermutlichen Wasserarmut und geringen Virulenz des Darminhaltes auch den Umstand mit verantwortlich, daß der Kranke nicht mit einem der zweiräderigen Sanitätskarren transportiert, sondern getragen wurde.

V. E. Mertens (Kiel).

22) **R. Casanello.** Sull' appendicite traumatica.

(Clinica moderna 1907. Nr. 36.)

Bei einem 24jährigen Grenzjäger, der in voller Gesundheit bei Ausübung des Dienstes mit dem Bauch auf ein Hindernis fiel, entwickelte sich im unmittelbaren Anschluß an das Trauma eine typische Appendicitis, die wiederholte Operationen nötig machte. Verf. nimmt an, daß es durch das Trauma zu einer Kontusion des vorher ganz gesunden Wurmes kam. Eine gleichzeitige Ruptur der Schleimhaut und Blutaustritt in die Umgebung schufen den Boden für die Entwicklung des akuten infektiösen Prozesses. Nach einer eingehenden Berücksichtigung der Literatur (ausführliche Angaben) kommt Verf. zum Schluß, daß genau so wie die übrigen Teile des Darmkanales auch der Wurm stumpfer Gewalteinwirkung ausgesetzt sei, besonders dann, wenn er an der Außenseite des Blinddarmes liege. Mechanische Schädigungen können auch am gesunden Wurm einen infektiösen Prozeß bedingen, noch leichter bei vorher schon pathologisch verändertem oder einem solchen, der Kotsteine oder sonstige Fremdkörper enthält.

Strauss (Nürnberg).

23) **Syme.** Appendicitis.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1908. Januar 20.)

S. hat bei 123 Operationen im akuten Anfall 41mal innerhalb der ersten 36 Stunden operiert und tritt auf Grund seiner Erfahrungen energisch für die Frühoperation ein; bei 9 derartigen Operationen war bereits allgemeine Peritonitis vorhanden, an welcher 2 Pat. starben, die übrigen 39 genasen sämtlich. Auch der weitere Verlauf und die Dauer der Krankenhausbehandlung gestaltete sich bedeutend günstiger, wenn innerhalb der ersten 36 Stunden operiert wurde. Von 32 Kranken mit allgemeiner Peritonitis zur Zeit der Operation starben 5. Die Resultate der Peritonitisbehandlung besserten sich erheblich, seit die Murphy'sche Methode durchgeführt wurde (15 Fälle ohne Todesfall). S. macht darauf aufmerksam, daß die zurückbleibenden Verwachsungen unter Umständen weit entfernt von der Ileocoecalgegend einen Ileus hervorrufen können, während letztere vollkommen frei ist. **Mohr** (Bielefeld).

24) **A. H. Burgess.** An analysis of a recent series of 100 consecutive operations for acute appendicitis.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Mit Einschluß der 47 Fälle aus dem Jahre 1906, über die er früher berichtet hat (Referat in d. Ztbl. 1907, Nr. 44) verfügt B. jetzt über 100 Operationen bei Appendicitis im akuten Anfalle. Das Alter schwankte zwischen 3 und 73 Jahren und betrug für den bevorzugten Lebensabschnitt 26 Jahre. Nur 23 Pat. hatten schon vor dem jetzigen einen oder mehrere Anfälle gehabt. Die Zeit, die vom Beginne des Leidens bis zur Operation verstrichen war, betrug 10 Stunden bis zu 3 Wochen. Die Sterblichkeit gestaltete sich kurz so: von 14 Pat. mit reiner Appendicitis starb keiner, von 44 mit umschriebenen Eiterungen um den Wurm herum starben 3, von 33 mit ausgebreiteten, fortschreitenden Peritonitiden (»diffuse, spreading peritonitis«) starb 1, von 9 mit allgemeinen Peritonitiden starben 5. Im Durchschnitt betrug die Sterblichkeit bei allen 100 Fällen 9%. Unter 45 Pat. aus den ersten 4 Tagen starb keiner (!), von den am 5. Tage operierten starben 20%, am 6. 32,3%, am 7. 20% usw. abwärts bis zu 7,9% in der 3. Woche. Diese Ergebnisse sprechen nicht für eine besondere Gefahr der Operation zwischen dem 2. und 5. Tag, aber trotzdem ist die früheste Operation in jedem Falle die beste. **Weber** (Dresden).

25) **Herb.** Diverticulum of the vermiform appendix.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 25.)

Eine 62 Jahre alte Dame wurde wegen Ovarialcyste operiert; dabei wurde auch der Wurmfortsatz mitentfernt, der 18 Jahre früher zu einem Anfalle von Blinddarmentzündung Veranlassung gegeben hatte. Dem Wurmfortsatze (5 cm lang) gehörte ein 7,5 cm im Durchmesser haltendes Divertikel an, das auf Grund der histologischen Untersuchung nur so entstanden zu denken ist, daß damals die Lichtung des Organs strikturiert bzw. verschlossen wurde — der Verschluß war noch nach 18 Jahren vollständig —, und daß die Drüsen der Darmschleimhaut soviel Sekret weiter gebildet haben, daß ein Teil der Wand des Wurmfortsatzes gedehnt und kugelförmig aufgetrieben wurde. **W. v. Brunn** (Rostock).

26) **Grünbaum.** Ein neuer Fall von primärem Krebs der Appendix.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 31.)

In der Landau'schen Privatklinik, in der prinzipiell bei jeder Laparotomie eine Revision des Wurmfortsatzes vorgenommen wird, wurde ein weiterer Fall von primärem Karzinom gelegentlich einer Pyosalpinxoperation als Nebenbefund erhoben (cf. d. Zentralbl. 1907, Nr. 9, p. 260).

Die Zahl der bisher beschriebenen Krebse des Wurmfortsatzes beträgt 70. In klinischer Beziehung fügt sich der beschriebene Fall in das Bild ein, das die bisherigen Forschungen gegeben haben: Jugendliches Alter, relative Gutartigkeit, günstige Prognose. **Langemak** (Erfurt).

27) **v. Baracz.** Ein Beitrag zur Kenntnis und Ätiologie der seitlichen Bauchhernien (Pseudohernien).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von seitlicher Bauchhernie, die durch eine überstandene Poliomyelitis anterior und die mit derselben verknüpfte Muskellähmung verursacht sind. Insgesamt sind mit diesen beiden Fällen in der Literatur acht Fälle publiziert. Vermutlich hat es sich stets um einen Prozeß in dem obersten Lendenmark bzw. im unteren Brustmark gehandelt. Derartige Bauchbrüche sind keine echten, sondern nur Scheinhernien. Vielfach sind diese durch Lähmung der Bauchmuskulatur entstandenen Hernien vergesellschaftet mit Paresen der unteren Extremitäten; doch können wahrscheinlich die Bauchmuskeln allein betroffen sein, bzw. kann deren Lähmung allein zurückbleiben. Im Bereiche der geraden Bauchmuskeln entstehen die Hernien seltener. Eine chirurgische Behandlung wird wohl nur in wenig Fällen möglich sein. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

28) **E. Heller.** Zur Kenntnis der retrograden Darminkarzeration.

(Med. Klinik 1908. p. 151.)

In der Greifswalder Klinik operierte Payr den alten, neuerdings eingeklemmten Bruch eines Greises (Krankengeschichte, zwei Abbildungen), wobei eine retrograde Darminkarzeration und zum erstenmal eine doppelte Mesenterialeinklemmung vor der Lösung des Schnürringes beobachtet wurde. Außerhalb waren sehr kräftige, jedoch erfolglose Rücklagerungsversuche in Chloroformbetäubung ausgeführt worden, von denen Blutunterlaufungen unter die Haut zeugten. Dabei war der peripherste Schlingenteil, der ursprüngliche Bruchdarm, mit seinem Gekröse in die Bauchhöhle zurückgebracht worden. Der neuerdings in den Bruchsack ausgetretene Darmteil, die zu- und abführende Schlinge dieses Verbindungsstückes dagegen waren im Bruchsacke zurückgeblieben. Vorbedingung für diesen Vorgang der Rücklagerung ist eine weite Bruchpforte und eine nicht allzu feste Einklemmung. Die vier Darmlichtungen und das Mesenterium füllen nunmehr die Bruchpforte fest aus.

Damit sind erwiesen als Ursache für die retrograde Einklemmung Taxisversuche, die Möglichkeit der doppelten retrograden Mesenterialeinklemmung, die Beziehung zwischen der Länge einer in dieser Weise eingeklemmten Verbindungsschlinge und der pathologischen Verlängerung des Mesenteriums bei alten Brüchen, endlich als Grund für die Gangrän der Zwischenschlinge die doppelte Strangulation der Mesenterialgefäße wegen des zweifachen Durchtrittes durch die Bruchpforte und wegen ihrer Knickung durch die Faltung der Mesenterialplatte.

Sind Rücklagerungsversuche nicht vorausgegangen, so muß die Ursache der Gangrän durch in der Bauchhöhle selbst gelegene krankhafte Verhältnisse bedingt sein. **Georg Schmidt** (Berlin).

29) **Robertson.** Phlegmonous gastritis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 26.)

Ausführlicher Krankheits- und Sektionsbericht von zwei Fällen phlegmonöser Gastritis. Es handelte sich um Männer von 75 bzw. 63 Jahren. Als Ausgangspunkt fanden sich beidemal Magengeschwüre, im Fall 1 ein einzelnes, im Fall 2 deren elf.

Als Erreger wurde im Fall 1 der Streptokokkus pyogenes und das Bakterium coli mikroskopisch und durch Kultur festgestellt; Streptokokkus pyogenes fand sich mikroskopisch auch im 2. Falle. — Dauer der Krankheit wenige Tage.

W. v. Brunn (Rostock).

30) **E. Bircher.** Bindesubstanzgeschwülste des Magens.

(Med. Klinik 1908. p. 223.)

Zusammenstellung der bisherigen einschlägigen Veröffentlichungen. Mitteilung zweier operierter und tödlich verlaufener Fälle: 1) Pylorussarkom, das, abgesehen

von außerordentlich raschem Wachstum, alle Zeichen eines Karzinoms aufgewiesen hatte und wahrscheinlich vom Bindegewebe der Schleimhaut ausging; 2) ein im Laufe von 7 Jahren zu Mannskopfgröße angewachsenes gestieltes Fibrom der vorderen Wand der großen Kurvatur. **Georg Schmidt** (Berlin).

31) **Barth.** Über das Duodenalgeschwür.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 2.)

B.'s Erfahrungen beziehen sich auf acht operativ behandelte Fälle, von denen sechs Männer, zwei Frauen betrafen. Zwei Kranke standen im Alter von 50 und 51 Jahren; das Duodenalgeschwür kennt keine Altersgrenze und bevorzugt im Gegensatz zum Magengeschwür das männliche Geschlecht. Bis auf einen Fall, in dem Alkoholmißbrauch und Lebercirrhose nachgewiesen war, ließ sich ätiologisch nichts feststellen, was die Geschwürsbildung verursacht hätte. Die verdauende Wirkung des sauren Magensaftes ist jedenfalls mitbeteiligt, da die Geschwüre sämtlich oberhalb der Papille saßen. Einmal fehlte allerdings freie Salzsäure im Magensafte. Nur zweimal war die Perforation die erste klinische Erscheinung des Leidens, während in den übrigen Fällen Beschwerden, zum Teil schwerster Art, monate- und jahrelang bestanden hatten. Die anderweitige Erfahrung, daß Blutung und Perforation in $^2/_3$ der Fälle den Kranken ohne alle Vorboten ereilen, hat B. also nicht gemacht und glaubt, daß »es um die Diagnose des Duodenalgeschwürs im Grunde nicht schlechter bestellt ist als um die des Magengeschwürs«. Viermal wurde bei Perforation (drei Todesfälle) und viermal bei Blutung oder chronischen Beschwerde (ein Todesfall) eingegriffen. Bei letzteren wurde die Gastroenterostomie dreimal mit bestem und dauerndem Erfolg ausgeführt. B. empfiehlt deshalb dringend, alle diagnostizierbaren Fälle zu operieren, ehe Perforationen oder Blutungen mit ihren enormen Gefahren eintreten.

Gutzeit (Neidenburg).

32) **Evans and Brenizer.** Notes on the resection of large portions of the small intestine.

(Johns Hopkins hospital bulletin 1907. Dezember.)

Die Verff. haben bei Hunden große Dünndarmresektionen vorgenommen. Bis zu 84,6% des ganzen Dünndarmes konnten entfernt werden, ohne daß die Tiere starben. Wurde mehr fortgenommen, gingen sie regelmäßig ein.

W. v. Brunn (Rostock).

33) **A. M. Faworski.** Resektion eines Sarkoms des Dünndarmes und des Colon descendens.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Während er zu ebener Erde ging, bekam Pat. lebhafte Schmerzen im Leibe, die Tag und Nacht anhielten. Zugleich stellte sich schmerzhafter, häufiger Harndrang ein. 1 Monat später entdeckte Pat. in seinem Leib eine nicht ganz hühnereigroße Geschwulst, die langsam wuchs und angeblich sehr beweglich war. Nach 8 Monaten kam ein Anfall wie der erste, aber mit Erbrechen. Der Schmerzen wegen kam Pat. zur Operation.

In der linken Hälfte des Leibes hatte er eine faustgroße Geschwulst, die nicht ganz bis an die Mittellinie reichte, zwischen Interspinal-, vorderer Axillar- und einer Querlinie etwas oberhalb des Nabels lag. Sie war etwas beweglich, teils glatt, teils höckrig, fest, überall frei, nur schien sie durch einige Stränge mit der Beckenschaufel verbunden zu sein.

Operation: Die Geschwulst war mit dem Netz und der Beckenwand verwachsen. Nach Lösung dieser Verwachsungen ergab sich, daß eine Dünndarmschlinge und das Colon descendens durch die Geschwulst hindurchgingen. Beide Darmteile wurden reseziert und die Stümpfe durch zirkuläre Naht wieder vereinigt. Das Rundzellensarkom umwuchs den Dünndarm 10 cm weit, ohne seine

Lichtung zu verengen. Das Kolon war sekundär ergriffen. Vom Dünndarme wurden 34 cm, vom Kolon 12 cm entfernt.

Knapp 1 Jahr nach der Operation starb Pat. an Rezidiv.

V. E. Mertens (Kiel).

34) **Arbuthnot Lane.** Remarks on the results of the operative treatment of chronic constipation.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

Der für seine kühnen Indikationen bekannte Verf. (Referate im Zentralblatt 1905 Nr. 35, 1906 Nr. 19) bespricht an der Hand von 39 Fällen die Erfolge seiner Behandlung der chronischen Verstopfung durch Resektion von Blind- und Dickdarm. Die Schmerzen sind ihm nicht mehr die einzige Anzeige zu diesem gewaltigen Eingriff, wie in seinen ersten Fällen, sondern er hat mit zunehmender Erfahrung mehr und mehr erkannt, wie weitgehend die übrigen Folgeerscheinungen der chronischen Verstopfung durch die Autointoxikation sein können. Demgemäß hat er auch die Anzeigen zu seiner Operation erweitert und auf Allgemeinerscheinungen ausgedehnt, ohne aber auf eine straffe Zusammenfassung in bestimmte Forderungen einzugehen. Da manche seiner Operierten, denen er den Dickdarm nur bis an die Flexura lienalis entfernt hatte, später von neuem Beschwerden bekamen, die Verf. auf Gasdehnung in der Flexur und im Colon descendens zurückführte, so entfernte er nachträglich noch den Rest Dickdarm und resezierte in den folgenden Fällen von vorn herein den ganzen Dickdarm (!). L. meint, wer einem »mittelschweren operativen Eingriff« gewachsen sei, der sei auch dieser Operation gewachsen! Unter den 39 Fällen sind 7 Todesfälle, die der Operation mittelbar oder unmittelbar zur Last fallen. Die beigefügten Krankengeschichten sind zu kurz gefaßt, um sich ein klares Bild über Anzeige zur Operation und Ergebnisse machen zu können.

Weber (Dresden).

35) **H. Miyake.** Über die Askaridenerkrankung in der Chirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

M. beschreibt einen Fall von Ileus, bedingt durch ein Konglomerat von Askariden. Die Krankengeschichte scheint ihm besonders wertvoll, weil sie die bisher noch strittige Frage, ob durch Askariden ein Darmverschluß entstehen kann, auf Grund des operativen Befundes im positiven Sinne klärt. Unbegründet ist die Leichtenstern'sche Meinung, daß der Spulwurm einen definitiven Verschluß nur bei schon vorhandener Darmenge hervorrufen könne. Die in der Literatur bisher bekannt gewordenen Fälle betreffen meist das kindliche Alter, dessen enger Darmkanal ja besonders zu einem Verschluß disponiert scheint.

Der zweite Fall betrifft einen Pat., der unter der Diagnose eines Choledochusverschlusses operiert wurde, und bei dem sich wider Erwarten ein Spulwurm teils in der Gallenblase, teils in dem Ductus choledochus eingeklemmt vorfand. Bei einem dritten Pat. war ein Wurmabszeß in der Bauchwand vorhanden, durch den sich zahlreiche Askariden entleerten. Wahrscheinlich hatte es sich primär um ein tuberkulöses Darmgeschwür gehandelt, durch das die Spulwürmer hindurchgekrochen waren, so daß es sekundär zu einem Bauchwandabszeß kam.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

36) **J. K. Spisharny.** Chronischer Ileus, bedingt durch Verengung des Duodenum an der Plica duodenojejunalis und zur Frage der postoperativen gastrointestinalen Blutungen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Ein 40jähriger, tuberkulöser Arzt bekam Ende August Schmerzen in der rechten Hälfte des Bauches. Es zeigte sich eine Schwellung »im Gebiete des Blinddarmes« (?). Verstopfung, kein Erbrechen. Mitte Oktober schwand die Schwellung, während die Schmerzen zunahmen und sich mehr nach der Mitte zogen. Am 20. Oktober hob Pat. eine Kranke und spürte dabei so heftige Schmerzen

mitten im Leibe, daß er zu Bett mußte. In der Folge starker Morphiumkonsum. Pat. wurde am 12. November in elendem Zustand in die innere Klinik, am 23. November mit der Diagnose chronische Querkolonstenose in die chirurgische Klinik gebracht. Etwa entsprechend der Mitte des Querkolons fand sich eine pulsierende Geschwulst, über der ein systolisches Geräusch zu hören war. Kopfwärts davon fühlte man eine ausgedehnte Resistenz. Bei lebhafter Peristaltik bestand absolute Stuhlverhaltung. Es wurde ein Aortenaneurysma angenommen, das vielleicht den Darm komprimierte. Operationsbefund: »Im Gebiete der Plica duodenojejunalis beträchtliche Bindegewebsentwicklung, die Lichtung des Darmes war aber nicht aufgehoben. Das Duodenum, in dessen Umgebung viel Bindegewebe, fest fixiert, der Magen stark dilatiert. Hinter dem Duodenum fand sich ein Aortenaneurysma, das dem Darm eng anlag.« Gastroenterostomia posterior. Es verlief alles glatt, bis Pat. am 2. Dezember subakut verblutete.

Die Autopsie ergab Gastrointestinalblutung, deren Ursprung trotz sorgfältigsten Suchens nicht zu finden war. Die Wand des Duodenum war ganz außerordentlich hypertrophisch. Das Aneurysma (8 cm lang und 5 cm breit) lag in derbes Bindegewebe gebettet, das stellenweise auch seine Wand bildete — das Aortengewebe war hier und da völlig verschwunden. Der chronische Ileus war also entstanden durch die Fixierung des Duodenum (Bindegewebe als Folge einer Periaortitis) und durch Kompression des Darmes zwischen Aneurysma und sklerosiertem Mesenterium an der Stelle des Durchtrittes der A. mesenterica superior.

S. zitiert die v. Eiselsberg'schen Beobachtungen, ohne sie zu kritisieren, und fügt noch zwei Fälle postoperativer Blutungen eigener Beobachtung hinzu. 12 Tage nach Entfernung beider Ovarien wegen Sarkom bekam die Pat. Blutbrechen und hatte Blut im Stuhle. Nach 4 Tagen erneute Blutung, die sich 3 Tage lang wiederholte und zum Tode führte. Die Sektion wurde verboten. Der Verdacht, daß ein Magengeschwür vorgelegen habe, konnte weder bestätigt, noch widerlegt werden.

Im dritten Falle war bei der Operation eines Nabelbruches ein großes Stück Netz reseziert worden. Es kam am 8. Tage zu Blutbrechen, auch war Blut im Stuhle. Pat. genas. **V. E. Mertens** (Kiel).

37) **K. Vogel.** Trauma und Ileus.

(Med. Klinik 1908. p. 185.)

Verf. bringt drei Krankengeschichten als Beweis dafür, daß Verletzungen, die den unteren Rumpfabschnitt treffen und das Bauchfell schädigen, zu Bauchfellverwachsungen und damit in der Folge zu höchst unangenehmen Anfällen von Behinderung der Darmwegsamkeit führen können. In zwei operierten Fällen wurden die angenommenen ausgedehnten Darmverwachsungen tatsächlich vorgefunden; einer dieser Fälle verlief trotz wiederholter Eingriffe tödlich. Bei gröberen Verletzungen ist an ein Austreten von Keimen aus dem Darm und an entzündliche Verwachsungen auch dann zu denken, wenn ausgesprochene Zeichen von Bauchfellentzündung fehlen. Leichtere Verletzungen bewirken Bauchfellblutungen und an der Stelle des gerinnenden Blutes Verwachsungen. Die möglichst frühe Anregung der Peristaltik ist daher das beste Mittel nach Verletzungen sowohl wie nach Bauchschnitten zur Verhütung von Verwachsungen.

In einem weiteren Falle erwiesen sich Kolik- und Verstopfungsbeschwerden, die mehrere Monate nach einer Typhus- oder Ruhrerkrankung eingesetzt hatten, bei der Operation als auf narbigen Mesenterialsträngen und auf einer scharfen Knickung der Flexur beruhend. **Georg Schmidt** (Berlin).

38) **J. L. Stretton.** Intussusception due to polypus.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Bericht über zwei Fälle von Intussuszeption bei Erwachsenen, verursacht durch polypöse Darmgeschwülste, die beide durch Resektion geheilt wurden.

Erster Fall: 25jährige Frau erkrankt unter den Zeichen einer subakuten Darmstenose, die am 8. Tage unter Auftreten einer Geschwulst in der rechten Unter-

bauchgegend zum ausgebildeten Ileus führte. Man findet bei der Operation eine unreponierbare Intussusceptio ileo-colica. Resektion, Heilung. Der an der Spitze des Intussuscipiens sitzende Polyp war gutartiger Natur.

Zweiter Fall: 50jähriger Mann ist seit 8 Tagen an völligem Darmverschluß erkrankt. Vom Mastdarm aus fühlt man eine in den Darm vorragende Masse mit Öffnung an der Spitze. Es gelingt in tiefer Narkose vom Mastdarm aus mit der ganzen Hand das Intussuscipiens völlig zu reponieren. Rückfall nach einer Woche Wohlbefindens. Erst jetzt fühlte man vom Mastdarm aus einer harte, zerfallene Masse an der Spitze des Intussuscipiens, die schließlich aus dem After vorfiel. Laparotomie. Resektion der Geschwulst mit 30 cm Dickdarm. Heilung. Die wandständige, polypenförmig gebildete Geschwulst war ein Karzinom.

Weber (Dresden).

39) **A. A. Hagentorn.** Zur Kasuistik seltener Invaginationsformen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Seit langem hatte der 61jährige Pat. einen linksseitigen Leistenbruch, der ihn nicht belästigte. Eines Tages drängte sich unter häufigen Anfällen von Stuhldrang nach und nach ein beträchtliches Stück Darm zum After heraus. Das Ganze hing reichlich bis zur Hälfte der Oberschenkel herab, bedeckt von hyperämischer Schleimhaut, die bei jedem Repositionsversuch einriß und blutete.

Laparotomie: Die ganze Flexur war invaginiert. Die Umschlagstelle fand sich tief unten am Mastdarme. Die Desinvagination gelang unter »sehr starkem« Zuge von innen und Druck von außen. Die Flexur war derart verändert, stellenweise nekrotisch, daß sie reseziert werden mußte — es waren scharfe Demarkationslinien vorhanden. Die Enden wurden blind verschlossen und eine seitliche Anastomose gemacht.

Es ging alles gut, bis Pat. am 5. Tage gegen striktes Verbot aufstand und umherging. Kurz darauf wurde er elend und fing heftig und andauernd zu erbrechen an. Er starb in der folgenden Nacht. Die Sektion wurde nicht gestattet. H. nimmt an, daß eine Naht gerissen ist, ohne behaupten zu wollen, daß das Unglück ohne den Ungehorsam des Pat. ausgeblieben wäre.

V. E. Mertens (Kiel).

40) **K. E. Wagner.** Zur Frage von der eosinophilen Leukocytose bei Echinokokkus der inneren Organe.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 2.)

Soldat, 23 Jahre alt, Leberechinokokkus, wahrscheinlich mit dem Zwerchfell und der Lunge verwachsen. Nach Sturz vom Pferde Lungenblutung. 4 Monate später Eintritt ins Lazarett. Erste Blutuntersuchung am 26. November — 2% Eosinophile; Anfang November 3%. Am 17. November, nach Fahrt auf holpriger Straße, Verschlimmerung; es wurde ein Stück Echinokokkenmembran ausgehustet, also Ruptur der Blase. Am 28. November 3,5% Eosinophilen, am 6. Dezember 64%; weitere Untersuchungen zeigten 58, 54,5, 56,5, 61, 52, 48,5 und am 20. Dezember 41%. An diesem Tage verließ Pat. das Lazarett. — Der Fall beweist, daß bei unverletzter Blase die Eosinophilie fehlt; sie tritt nicht sofort nach Ruptur auf, sondern erst einige Zeit danach — im Falle W.'s nach 3 Wochen. Die Blutuntersuchung muß daher mehrmals wiederholt werden.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

41) **Lambert.** Cancer of pylorus and liver: fatal haemorrhage.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 11.)

Ein 50jähriger Chinese stirbt auf See nach einer stürmisch verlaufenen Nacht, während der er stark und oft erbrochen hatte. Die Sektion ergab, daß er sich aus einem metastatischen Karzinomknoten der Leberpforte, der degenerative Veränderungen und Blutungen zeigte, in die Bauchhöhle verblutet hatte. Das primäre Karzinom saß am Pylorus. Auch viele andere der metastatischen Knoten, mit



denen die Leber übersät war, zeigten degenerative Vorgänge mit Blutungen. L. nimmt an, daß die starke Anstrengung beim Brechen (Seekrankheit!) den Anlaß zur schweren Blutung gegeben hat. Der Fall ist anscheinend von äußerster Seltenheit.

Weber (Dresden).

42) **J. J. Koslowski.** Weitere klinische Beiträge zur Talma'schen Operation.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 1 u. 2.)

K. referiert sechs Fälle von Konik und zwei von Mahakjan (s. Ref. über letztere d. Bl. 1907, p. 139) und bringt zwei weitere eigene Fälle.

1) Mann, 22 Jahre alt, Ascites wohl infolge Lebercirrhose. Drei Punktionen, dann Talmaoperation. Nach derselben ging der Ascites zurück, weitere Punktionen brauchten nicht mehr gemacht zu werden, und nach 200 Tagen wurde Pat. ohne Ascites entlassen.

2) Mann, 42 Jahre alt, zuerst biliäre, später venöse Lebercirrhose. Operation nach Talma. Tod 14 Tage später an fibrinöser Pneumonie.

Endlich bringt K. noch Angaben über den weiteren Verlauf eines vor 4 Jahren operierten Falles. Nach der Operation kehrte der Ascites wieder, und mußte Pat. mehrmals punktiert werden. Nach 4 Jahren neue Laparotomie. Hautvenen am Bauche stark entwickelt, parietales Peritoneum stark verdickt. Netz und Mesenterium mit Krebsknoten (bis erbsengroß) besät; einzelne Knoten am Magen, Darm, an der Leber. Naht der Wunde, nach 18 Tagen entlassen.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

43) **Lynn Thomas.** An address on some recent experiences in the surgery of the liver and gall bladder.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Aus seiner persönlichen Erfahrung an über 100 Fällen von Leber- und Gallengangschirurgie gibt T. einige lehrreiche Hinweise. So berichtet er über einen äußerst seltenen Fall von Gallen- und Bluterguß in den Netzbeutel infolge eines 1 Monat vorher durch Sturz zugezogenen Risses im Lobus Spigelii an seiner hinteren Fläche. Die klinischen Zeichen waren die einer Pseudopankreascyste. Die Entleerung fand statt durch den sehr verdünnten Leberlappen hindurch und führte zur schnellen Heilung. — Danach bespricht Verf. einige Fälle von schwerwiegender irrtümlicher Diagnose bei Erkrankungen der Gallenwege und betont den Wert einer systematischen Abtastung des Leibes; er beginnt sie links unten über der Leiste, schreitet nach oben zum Rippenbogen fort und macht auf der rechten Seite den umgekehrten Weg.

Sehr großen Wert legt er auf die völlige Nahrungsenthaltung vom Magen aus bei der Behandlung des akuten Kolikanfalles. Schmerzen, Erbrechen usw. hören sofort auf bei Hungerkur und Magenspülungen. Endlich berichtet er über einen auch auf die Dauer erfolgreichen Fall von Cholecystoduodenostomie bei Einklemmung eines Steines im retroduodenalen Teile des Ductus choledochus.

Weber (Dresden).

44) **Drucbert.** Kyste séreux du mésentère.

(Arch. génér. de chir. 1908. Nr. 2.)

Bei einer 38jährigen Frau bestand seit 10 Monaten eine faustgroße, bewegliche Geschwulst in der rechten Fossa iliaca. Es wurde eine cystische Adnexgeschwulst oder ein gestieltes Myom diagnostiziert. Dagegen zeigte sich bei der Laparotomie, die in Trendelenburg'scher Hochlagerung begonnen wurde, daß die Geschwulst mit dem Darme sich gegen das Hypochondrium verlagert hatte. Die weitere Untersuchung ergab eine Cyste am inneren Rande des Colon ascendens, nahe der Einmündung des Dünndarmes in den Blinddarm. Die Cyste wurde retroperitoneal freigelegt und entfernt, wobei nur die Loslösung von dem Mesokolon einige Schwierigkeiten bot. Die weitere Untersuchung ergab wasserklaren

Inhalt und endotheliale Auskleidung. Verf. deutet den Befund als echte peritoneale Cyste, die sich analog den Cysten des Samenstranges aus einer Abschnürung der nicht völlig miteinander verwachsenen Blätter des Mesokolon entwickelt hat.

Strauss (Nürnberg).

45) **S. Kostlivy.** Ein Beitrag zur Ätiologie und Kasuistik der Mesenterialcysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 351.)

K. beschreibt und bespricht vier in kurzer Zeit (wenigen Monaten) in der böhmischen Universität in Prag zur Operation gelangte Fälle von Gekröscysten, denen er noch einen durch Sektion im pathologischen Institut gewonnenen hinzufügt. Alle Fälle sind klinisch und anatomisch-histologisch gut untersucht, untereinander sehr verschiedenartig und geben deshalb einen lehrreichen Beitrag zum Studium der fraglichen Geschwülste. Am merkwürdigsten ist Fall 1, betreffend einen 20jährigen Bauernburschen, von welchem durch die Operation ein über 1 m langer, unregelmäßig S-förmig gekrümmter Sack von 8—12 cm im Lichten, durch verschiedentliche Einschnürungen und quasi Haustra dickdarmähnlich erscheinend, gewonnen wurde, nachdem aus demselben durch Punktion gegen 7 Liter leicht hämorrhagischer Flüssigkeit entleert waren. Ein nicht entfernbarer Cystenteil, in die Bauchwunde genäht, hinterließ eine übrigens gute Heilungstendenz zeigende Fistel, sonst war das Resultat gut. Die Cystenwand zeigte Bindegewebs- und Muskelschichten, sowie zu innerst Endothelbelag, weshalb die Geschwulst als Chyluscyste deutbar ist. Man muß annehmen, daß sie aus pathologischer Umwandlung eines größeren Chylusgefäßes entstanden ist, etwa eines Seitenastes des Ductus thoracicus, und zwar infolge eines zentralen Verschlusses seiner Lichtung durch ein Hindernis unbekannter Ätiologie mit nachfolgender Flüssigkeitsstauung, Dilatation usw. oder infolge von Dilatation eines embryonal angelegten, aber isoliert gebliebenen und nicht untergegangenen Gefäßbezirkes. Auch Fall 2, durch Sektion gewonnen, ist eine Chyluscyste. Die mikroskopische Untersuchung der gänseeigroßen Geschwulst, deren Wanddicke zwischen $^1/_2$—5 mm schwankte, ergab den Bau eines kavernösen Lymphangioms, weshalb hier eine echte Geschwulstbildung anzunehmen sein wird. Hingegen präsentiert sich Fall 3, wiederum durch Operation bei einem 5jährigen Mädchen mit Glück behandelt, und eine kindskopfgroße Geschwulst betreffend, als ein Enterokystom, da hier die Cystenwand den Bau einer Darmwand mit allen solcher zukommenden Schichten, insbesondere einer mukösen mit Flimmerepithel und Zottenbildung zeigte. Fall 4, mit Glück bei einem 16jährigen Schneiderlehrling operiert, ist eine kindskopfgroße Geschwulst, die außer Bindegewebs- und Muskelschichten in ihrer Wand innenseits pilzförmige Exkreszenzen, starke Kapillargefäßbildungen und Wucherung epithelioider Geschwulstzellen zeigte. Sie wird mit Wahrscheinlichkeit als ein vielleicht embryonal angelegtes Angiom gedeutet, in dem es später sekundär zu sarkomatöser Wucherung gekommen ist. Fall 5 endlich, eine 50jährige Frau betreffend, präsentiert sich als etwa straußeneigroße Dermoidcyste, die aus dem Mesenteriolum des Wurmfortsatzes entfernt wurde. Die Pat., bei der die Geschwulst nur als beiläufiger Operationsnebenbefund entfernt wurde, während ihre wesentliche Erkrankung in einem Volvulus des Dickdarmes mit Perforation bestand, starb an Peritonitis.

Jeder dieser Fälle ist gut epikritisch durchgesprochen, wobei die einschlägige Literatur (im ganzen 60 Arbeiten) herangezogen wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 18. Sonnabend, den 2. Mai 1908.

Inhalt.

I.

Zur Geschichte des Ätherrausches.

Von

Dr. Maximilian Hirsch in Wien.

Im folgenden sollen einige zum Teil wenig, zum Teil, wie es scheint, gar nicht bekannte Daten zur Geschichte des Ätherrausches mitgeteilt werden.

Es läßt sich unschwer der Beweis erbringen,

1) daß der Ätherrausch nicht nur als solcher bereits lange vor der Äthernarkose bekannt war, sondern auch, daß das Operieren im Ätherrausche schon vor der Äthernarkose geübt wurde, ja daß der Ätherrausch geradezu der Vorläufer der Äthernarkose war;

2) daß nicht Sudeck, sondern der amerikanische Chirurg John Hooker P. Packard in Philadelphia der erste war, der den Ätherrausch systematisch zu Operationen verwendete.

Ad 1) Die Kenntnis eines rauschartigen Zustandes durch Ätherinhalationen geht auf die sog. pneumatische Therapie zurück, die, von Priestley (1764) begründet, von Beddoes (1765) und Humphry

Davy (1800) ausgebildet, den Zweck hatte, diverse gas- und dampfförmige Körper gegen alle möglichen Leiden inhalieren zu lassen. Zu diesen Körpern gehörte auch der Äther, von dem schon Beddoes (1794) und Faraday (1818) wußten, daß er inhaliert einen ähnlichen rauschartig-heiteren Zustand hervorrufen könne, wie das Lachgas.

Es war damals eine weit verbreitete Unsitte, daß sich Studenten in chemischen Laboratorien mit Äther selbst berauschten, oder Leute aus dem Publikum sich in von Wandervorlesern (Lecturers) abgehaltenen Experimentalvorträgen mit Ätherdämpfen berauschen ließen; dabei fielen manche im Rausche hin und zogen sich Verletzungen zu, ohne den Schmerz dabei zu verspüren. So lernte man die Analgesie im Ätherrausch kennen.

Der amerikanische Arzt Long, dem diese Ätherscherze bekannt waren, war der erste, der 1842 im Ätherrausch kleine operative Eingriffe vornahm. Da seine Patienten sich dabei den Äther selbst verabreichen mußten, handelte es sich hier nicht um tiefe Narkose, sondern um Rausch. Dementsprechend teilt Long mit, daß die Analgesie nur sehr kurze Zeit anhielt, weshalb er die Versuche nicht weiter fortsetzte.

Auch die ersten Äthernarkosen, die im denkwürdigen Jahre 1846 gemacht wurden, waren keine tiefen Narkosen, sondern durchwegs Rauschnarkosen. Wurden doch dabei die Ätherdämpfe nur 2—3 Minuter lang verabreicht und noch vor Beginn der Operation entfernt. So war der Ätherrausch der Vorläufer der Narkose.

Ad 2) Als erster, der den Ätherrausch systematisch anwendete, gilt allgemein Sudeck, der 1901 seine Methode und die damit erzielten Resultate mitteilte. Seine Erfahrungen wurden in der Folge allgemein bestätigt. Allerdings behauptete damals Riedel, daß er schon seit 20 Jahren (also seit 1881) dieses Verfahren, wenn auch mit Chloroform und nicht mit Äther, als von ihm sog. »minimale Narkose« anwende.

Nun ergibt aber eine genaue Durchsicht der Narkoseliteratur, daß weder Sudeck noch Riedel, sondern der amerikanische Chirurg Packard aus Philadelphia im Jahre **1877** der erste war, der den Ätherrausch systematisch angewendet, und eine genaue Beschreibung seiner Technik, Symptomatologie, sowie seiner Indikationen gegeben hat; dies geht aus den folgenden drei Publikationen Packard's hervor, auf die ich hiermit verweise:

1) Packard, On the first insensibility from ether. Philadelphia med. times 1872. Februar 15.

2) Packard, On the first insensibility from the inhalation of ether. Amer. journ. of med. sciences 1877. Juli. p. 130.

3) Packard, On the primary anaesthesia from sulphuric ether. Amer. journ. of med. sciences 1878. p. 452.

Die Bezeichnung des Ätherrausches als »First insensibility« oder »Primary anaesthesia« in den Arbeiten Packard's stimmt

mit der von mir in meiner Monographie über den Ätherrausch[1] ohne Kenntnis dieser Publikationen vorgeschlagenen Benennung »erstes analgetisches Stadium« vollkommen überein.

Die Angaben Packard's wurden damals vielfach nachgeprüft und bestätigt. In dieser Hinsicht nenne ich die beiden folgenden, ebenfalls ganz vergessenenen Publikationen:

1) Weir, Inhalation of ether carried to the stage of first insensibility. Therapeut. society of New York 1879. p. 17.
2) Coppinger, Primary ether anaesthesia. Brit. med. journ. 1879. Dezember 27. p. 1019.

Weiterhin allerdings ist in der Literatur bis Sudeck nichts mehr über den Ätherrausch zu finden.

Ich glaube mit Rücksicht auf diese Arbeiten, daß es die historische Gerechtigkeit erfordert, in Zukunft vom Packard-Sudeckschen Ätherrausch zu sprechen.

II.

Eine neue Methode zur Diagnose und Behandlung von Fistelgängen.

Von

Dr. E. G. Beck,

Chirurg am North Chicago Hospital, Chicago, Ill.

Mit einer Doppeltafel.

Die moderne Behandlung von Fistelgängen, besonders nach Osteomyelitis, läßt noch viel zu wünschen übrig; Beweis dessen, daß eine große Anzahl solcher chronisch Kranken trotz wiederholter chirurgischer Eingriffe ungeheilt bleibt.

Die Ursachen sind mannigfach, aber in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, daß die Ausdehnung der Fisteln vor der Operation nicht festgestellt werden konnte, und der Chirurg trotz sehr radikalen Verfahrens nur einen Teil des erkrankten Gebietes bloßlegte und die Fistel nicht zu ihrem Ursprunge verfolgen konnte.

Die Sonde sowohl als auch farbige Flüssigkeiten sind zum Zwecke der Fistelexploration nicht zuverlässig, da der Chirurg oftmals, durch diese Methode irregeführt, sich zu Operationen verleiten ließ, wo der Ursprung der Krankheit nicht erreichbar war.

Es ist uns gelungen, durch eine relativ einfache, ungefährliche Methode nicht nur einfache, sondern die kompliziertesten Fistelgänge und Hohlräume klar im Bilde darzustellen.

Mit Hilfe einer Injektion einer Bismut-Vaselinpaste, die in flüssigem Zustand und unter aseptischen Kautelen mittels einer Glasspritze in die Fistelgänge unter mäßigem Druck injiziert wird, ist es

---

[1] Hirsch, Der Ätherrausch. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1907.

möglich, jeden auch noch so verborgenen Kanal im Röntgenbilde darzustellen und bis auf seinen Ursprung zu verfolgen. Stereoskopische Bilder sind in der Aufnahme besonders wertvoll.

Diese Bilder bringen oft die überraschendsten Zustände zum Vorschein und haben uns in Fällen, wo wiederholte operative Eingriffe ohne Erfolg geblieben sind, die Ursache klar gemacht. Nachfolgende Operation mit Hilfe der Röntgenbilder hat stets zu einer erfolgreichen Operation geführt.

Wir machten eine weitere Beobachtung. Schon beim ersten Falle, der zum Zwecke der Diagnose mit der Bismutpaste injiziert wurde, heilte nämlich die Fistel schon nach einigen Tagen nach der Injektion aus, obwohl sie durch 2 Jahre stark sezerniert hatte. Es handelte sich hier um eine tuberkulöse Spondylitis des zweiten und dritten Lendenwirbels eines 4jährigen Mädchens, das schon vor 2 Jahren einen Psoasabszeß gehabt hatte, der sich spontan an der Vorderseite des Oberschenkels eröffnet und eine Fistel zurückgelassen hatte. Fig. 1 demonstriert den Gang dieser Fistel. Seit 2 Jahren ist die Fistel geschlossen und das Kind gesund.

Ähnlich erging es in dem zweiten Fall einer komplizierten Fistel einer alten Koxitis. Ein 18jähriges Mädchen, welches während der letzten 4 Jahre mehrere sehr radikale Operationen zum Zwecke der Heilung von bestehenden Fisteln durchgemacht hatte und trotzdem ungeheilt blieb, wurde mittels einiger Bismutpaste-Injektionen ganz geheilt. Die Fisteln, wie dieselben in Fig. 2 zu sehen sind beweisen die Unmöglichkeit einer Radikaloperation.

Ebenso heilte ein Fall von tuberkulöser Osteomyelitis des Kniegelenkes; ein Knabe, der vor 6 Jahren viermal in Freiburg und Tübingen operiert wurde und trotzdem drei Fisteln behielt. Hier wurde er nochmals operiert und wieder ohne Erfolg. Nach vier Injektionen der Bismutpaste in wöchentlichen Intervallen heilten die Fisteln gänzlich aus (Fig. 3).

Nach einer 2jährigen Erfahrung mit dieser Methode konnten wir in »The Chicago med. society« eine große Anzahl solcher Fälle vorstellen, von denen manche jahrelang profus sezerniert hatten und schon nach wenigen Behandlungen ausgeheilt blieben.

Besonders interessant ist ein Fall eines Empyems der Brusthöhle, der seit 9 Monaten täglich 4 Unzen Eiter sezernierte und trotz aller Behandlung nicht besser wurde, so daß ihm schließlich eine Esthlander'sche Operation vorgeschlagen wurde.

Nach zehn Injektionen, die jeden 2. Tag ausgeführt wurden, also nach 20 Tagen, war und blieb die Fistel ganz geheilt, und bis jetzt, nach weiteren 3 Monaten, ist dieselbe geschlossen geblieben und hat keine Zeichen von Retention gezeigt. Fig. 4 demonstriert die Kavität, nachdem dieselbe mit Bismut gefüllt war.

Die Erklärung dieser Resultate in Anbetracht der oftmals mit eitrigen Prozessen einhergehenden Krankheiten scheint in mehreren Ursachen zu liegen, unter denen wahrscheinlich das der Mosetig-

schen Plombe zugrunde liegende Prinzip mitspielt, nämlich die Brücke für Granulationen und nachherige Narbenbildung.

Wir sind damit beschäftigt, die histologischen Verhältnisse genau zu studieren und werden vielleicht nähere Details zu bringen imstande sein.

Zusammensetzung für Injektionen zur Diagnose und Anfangsbehandlung:

Bismuth. subnitr.	30,0,
Vaselini albi	60,0.

Zusammenstellung zur Spätbehandlung:

Bismuth. subnitr.	30,0.
Vaselini albi	60,0,
Paraffin mollis	5,0,
Ceri	5,0.

---

1) **M. Mayet.** De quelques travaux récents relatifs à la pathogénie du cancer; indications thérapeutiques.

(Lyon méd. 1908. Nr. 7 u. 8.)

Auf Grund seiner eigenen, langjährigen Versuche nimmt M. in der vorliegenden Abhandlung Stellung zu einigen neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Pathogenese des Krebses. Verf. experimentierte an verschiedenen Tierarten, impfte aber nicht das Geschwulstgewebe selbst über, sondern nur die in sterilem Wasser löslichen Bestandteile desselben, und zwar nach Filtrierung durch Porzellanfilter; 5mal hatte er einen vollen Erfolg. Er glaubt deswegen das eigentliche Agens nicht in den Zellen selbst, sondern in einem Ferment suchen zu müssen, das aus den Zellen gebildet werde, sobald sie aus irgendeinem Grunde unter pathologische Ernährungsverhältnisse geraten. Ferner konnte er ebenso wie Ehrlich feststellen, daß nach Impfungen von einer bestimmten Geschwulst im Versuchstier eine histologisch anders geartete Geschwulst entstehen kann. M. ist daher der Ansicht, daß eine Geschwulst nicht durch das sie zusammensetzende Gewebe, sondern ganz allein durch die Art ihres Wachstums charakterisiert werde. Es sei ein Irrtum, daß ein Krebs stets nur aus Epithelzellen zusammengesetzt sei, wie Orth u. a. behaupteten. Auch bestehe kein fundamentaler Unterschied zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten; ob eine Geschwulst lokal bleibe oder nicht, hänge von der allgemeinen Widerstandskraft des Körpers ab, die vielleicht durch Antikörper im Blute bedingt sei.

M. empfiehlt am Schluß seiner Arbeit für die Fälle von Karzinom, bei denen aus irgendwelchen Gründen eine Operation nicht möglich ist, eine gemischte Behandlung, die in subkutanen Injektionen von Schweineserum (das Schwein soll am seltensten an bösartigen Geschwülsten erkranken!), Röntgenbestrahlungen und subkutanen Injektionen von nukleinsaurem Natron (zur Anregung der Leukocytose und

Phagocytose) besteht; allerdings gibt M. an, bisher kaum Erfolge erzielt zu haben.

Boerner (Rastatt).

2) **G. Kelling.** Ergebnisse serologischer Untersuchungen beim Karzinom, besonders vom chirurgischen Standpunkt aus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Die vorliegende Arbeit enthält die Ausführungen, die Verf. in der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1907 über seine biochemische und hämolytische Methode betreffs der Diagnose aus dem Blutserum der Pat. auf Karzinom gemacht hat. Er ist der Ansicht, wie er gegenüber v. Dungern besonders betont, daß seine biochemischen Reaktionen durchaus Beziehungen zu bösartigen Geschwülsten haben, und daß ihr positiver Ausfall das Verdienst hat, frühzeitiger versteckte Karzinome zur Operation zu bringen als es seither der Fall war. Auch zur Kontrolle auf Rezidive hält er sie für geeignet. So pessimistisch K. gegenüber der Serumbehandlung primärer bösartiger Geschwülste ist, so glaubt er doch an den Erfolg in bezug auf die Immunisierung operierter Fälle gegen Rezidive. Bei der von Bier angegebenen Methode der Injektion artfremden Blutes zur Karzinomtherapie rät er diejenige Blutart auszuwählen, gegen welche der Körper des Kranken schon spezifische Reaktion aufweist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

3) **C. Brunner.** Bemerkungen zu dem Aufsatze Blumenfeld's: »Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen bakteriellen Substanzen durch den Schweiß.« (Festschrift für Neisser.)

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXVII. p. 418.)

Im Gegensatz zu Blumenfeld (Ref. s. d. Bl. p. 362) hält B. an seinem früher vertretenen Standpunkt von der Möglichkeit des Durchtrittes der Bakterien durch die Schweißdrüsen fest. B. macht besonders darauf aufmerksam, daß man seine schweren Pyämiefälle bei Kindern, wo durch reichliche Toxinbildung sehr wohl Schädigungen der Schweißdrüsenepithelien möglich seien, nicht vergleichen könne mit Blumenfeld's Katzenpfotenversuchen, und zudem legt er dem Kritiker nahe, auch Singer's Resultate zu widerlegen. Solange das nicht geschehen sei, lasse sich die Annahme Blumenfeld's von den »unüberwindlichen Hindernissen« der Schweißdrüsen nicht aufrecht erhalten.

M. Winkler (Luzern).

4) **E. Alderson.** Opsonine und gewisse bakterielle Hauterkrankungen.

(Journ. of cutan. diseases 1907. Juli.)

Nach kurzer Besprechung der bekannten Opsonientheorie gibt A. seine Erfahrungen bekannt, die er bei Behandlung einiger Dermatosen — Acne vulgaris, Staphylococcosis, Lupus vulgaris, Sycosis non

parasitaria, Furunculosis — nach jener Methode gewonnen hat. Sein Urteil geht dahin, daß man mit ihr vielleicht etwas schnellere Erfolge hat, die aber auch nicht vollkommen seien. Nach wie vor seien nebenher alle anderen bekannten Hilfsfaktoren anzuwenden. Günstiger lagen die Verhältnisse bezüglich der tuberkulösen Hautaffektionen, die A. mit Tuberkulin R. behandelt hat. **Grosser** (Breslau).

---

5) **M. H. Vincent.** Influence du froid sur l'étiologie du tétanos (tétanos rhumatisme).

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 6.)

Um festzustellen, inwiefern die Bezeichnung Tetanus »a frigore« oder rheumatischer Tetanus wissenschaftliche Berechtigung hätte, unternahm V. eine Reihe von Tierversuchen.

In der einen Versuchsreihe wurde das ganze Tier sehr niedrigen Temperaturen (— 6 bis — 8°) ausgesetzt, in der anderen nur eine Extremität. Die Infektion wurde unmittelbar vorher oder nachher mit einer von dem Toxin befreiten Sporenkultur vorgenommen. In der zweiten Versuchsreihe wurde damit eine winzige Wunde oder Exkoriation der der Kälte ausgesetzten Extremität infiziert.

Die erste Versuchsreihe war negativ, die zweite fast stets positiv.

Die Erklärung für diese abweichenden Ergebnisse ist in dem Verhalten der Leukocyten zu suchen. Ein Warmblüter kann ohne Gefährdung seines Lebens nicht soweit abgekühlt werden, daß die phagocytäre Tätigkeit dieser Zellen ausgeschaltet werden könnte. Wohl aber kann die dazu nötige Abkühlung an einer Extremität erzielt werden. Die Phagocyten werden da lahmgelegt und damit werden der Intoxikation die Wege geebnet.

Die erste Versuchsreihe ergab nur dann positive Ergebnisse, wenn das Tier durch andere voraufgegangene Schädigungen (abgelaufene Infektionen verschiedener Art, Traumen, starke Ermüdung) geschwächt worden war.

Verf. findet darin die natürliche Erklärung für den häufigen Tetanus auf dem Schlachtfelde oder unter ähnlichen Verhältnissen, in welchen heruntergekommene, schwer ermüdete Menschen durch obdachlose Nächtigung einer beträchtlichen Herabsetzung der Innentemperatur und einer um so größeren der Extremitäten ausgesetzt wurden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

6) **Rogello val Barros.** Tratamiento de la pustula maligna.

(Revue de la med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1013.)

R. empfiehlt auf Grund einer Erfahrung, die an 37 glücklich verlaufenen Fällen von Milzbrandinfektion gewonnen wurde, Behandlung mit Sublimat in Substanz, das in Mengen von 0,4—2,0 g (!) durch einen kleinen Einschnitt in das Innere der Pustel gebracht wird. — Die Menge schwankt je nach dem Alter der Pat. und dem Orte der

Infektion; befindet sich der letztere in der Nähe einer Region, die besonders reich an Lymphgefäßen ist, so ist Vorsicht geraten.

Stein (Wiesbaden).

---

7) **W. J. McCardie.** Status lymphaticus in relation to general anaesthesia.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Verf. gibt in einer ausführlichen Arbeit unter Zugrundelegung von fünf eigenen Fällen eine Zusammenfassung des in England noch wenig bekannten Krankheitsbildes vom Status lymphaticus oder thymicus und geht nach kurzem geschichtlichen Überblick ein auf die pathologische Anatomie. Menschen mit lymphatischer Diathese besitzen eine verhängnisvolle Neigung zu Infektionskrankheiten, zu plötzlichem Tod an Chok und Schreck und unter der Narkose. Diese Disposition geht so weit, daß Elser behauptet, fast bei jedem Falle von Status lymphaticus wirke Chloroform tödlich. Unter 30 vom Verf. gesammelten Fällen von Narkosentod beim Status lymphaticus war 17mal Chloroform, 6mal Äther, 5mal beides gemischt und 2mal (zweifelhafte Fälle) Stickoxyd im Spiele. Zwei Todesfälle erfolgten ohne jedes Narkotikum unter Anwendung von Lokalanästhesie: der eine betraf eine 30jährige Frau mit kleiner Halscyste nach Einspritzung von 0,075 g Tropakokain und Beginn der kleinen Operation und muß erklärt werden durch den seelischen Chok; im anderen handelte es sich um eine 31jährige Frau mit Morbus Basedowii und durch Sektion nachgewiesener Thymushypertrophie und sehr bedeutender Vergrößerung des großen lymphatischen Apparates. — Im Durchschnitt waren die Pat. (35 an der Zahl) 16 Jahre alt. Unter 22 Narkosentodesfällen in den letzten 10 Jahren fand sich 5mal Status lymphaticus. Über diese fünf Fälle folgt ein genauer Bericht.

Manche Fälle mit Verdacht auf lymphatische Diathese, besonders Kinder, verursachen bei der Darreichung von Chloroform Schwierigkeiten. Man kann die Fälle erkennen am schlaffen Aussehen, an der Hypertrophie adenoiden Gewebes und der Tonsillen, zuweilen an einer vergrößerten Zunge und Schilddrüse. Manchmal sind die Pupillen weiter als gewöhnlich und die Herztöne auffallend schwach. Viele haben den charakteristischen adenoiden Gesichtstypus und einen schmalen, hoch- und spitzbogigen Gaumen. Die physiologische Breite einer tiefen Narkose ist bei ihnen auffallend eng bemessen. Zuweilen zeigen die ganz kleinen Kinder einen inspiratorischen Stridor, den Hochsinger auf eine Stenose durch die vergrößerte, perkutorisch und radiographisch nachweisbare Thymus zurückführte.

In keinem der Narkosentodesfälle am Status lymphaticus wurde die Diagnose vorher gestellt. Zu dem von Escherich gezeichneten Krankheitsbilde — Blässe, pastöses Aussehen, reichliches Fettgewebe, vergrößerte Drüsen an Hals und Achselhöhle, Tonsillarhypertrophie, adenoide Wucherungen, Milztumor — fügt Verf. als bisher unbekannte Symptome hinzu: eine Vergrößerung der Schilddrüse in über der Hälfte

der Fälle und eine Vergrößerung der Zunge durch Hyperplasie des massenhaften lymphatischen Gewebes an Rachen, Kehldeckel, Zunge selbst.

Beim Basedow findet man oft eine Vergrößerung der Thymus. In 18 von 35 Basedowfällen, die nach Operation tödlich endeten, fand man die Thymus noch vor, so daß die Annahme berechtigt erscheint, daß der tödliche Ausgang recht oft hiermit und nicht mit dem Basedow an sich zusammenhängt.

Für die Wahl des Anästhetikums ergibt sich, daß man in allen verdächtigen Fällen, besonders bei Kindern, Äther bevorzugen soll! Prophylaktisch empfiehlt Verf. Beseitigung von adenoiden Wucherungen vor der Operation und allgemeine Kräftigung, wenn nötig auch äußerliche Behandlung des Herzens, Vermeidung heftiger Erregung, größte Vorsicht beim Übergang von tiefer Narkose. Der einmal eingetretene Herzstillstand selbst läßt sich wohl nur durch direkte Herzmassage behandeln. **Weber** (Dresden).

---

8) **Strauch.** Sind Todesfälle in der Narkose vermeidbar?
(Med. Klinik 1908. p. 326.)

Der Äther ist das Betäubungsmittel der Wahl, wenn durch vorbereitende und unterstützende Mittel dafür gesorgt wird, daß auch mit luftverdünnten Dämpfen und sparsamen Gaben Toleranz eintritt. S. verfährt folgendermaßen: Der Kranke bekommt am Abend vor dem Operationstage 1 g Veronal, sowie 1 Stunde vor der Operation eine Einspritzung von 0,015—0,02 Morphium und einen Mastdarmeinlauf von je 75 g Kognak, Rotwein und Tee, 5—10 Tropfen Opiumtinktur und einer Messerspitze Kochsalz (bei Frauen je 50 g).

Der schläfrige Kranke wird ins Narkosezimmer gefahren und durch das gewöhnliche Äthertropfverfahren in den Narkosenschlaf hinübergeleitet. Das Exzitationsstadium und alle beunruhigenden Störungen der Atmung, des Herzschlages usw. kommen hierbei in Fortfall. Gelegentlich tritt Erbrechen oder geringe Absonderung von Rachenschleim auf, oder die Zunge sinkt zurück. Nach der Operation schlafen die Kranken mehrere Stunden und wachen in der Regel ohne Brechreiz und mit Eßlust auf. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

9) **Coderqne Navarro.** Contribución al estudio fisiológico y terapéutico de la estovaina. 80 S.
Inaug.-Diss., Leon, 1907.

Ausführliche Arbeit über die Anwendung des Stovains als Ersatzmittel für Kokain. Nach der Schilderung der pharmakologischen Eigenschaften des Präparates und Mitteilung zahlreicher Tierexperimente zur Feststellung seiner physiologischen Wirkungen, werden die verschiedenen Anwendungsformen, insbesondere die lokale und Rückenmarksanästhesie, des Näheren geschildert. C. zieht das Stovain dem

Kokain bei weitem vor und betont seine geringere Toxizität, seine geringe vasokonstriktorische Wirkung und seine gleiche anästhesierende Wirkung bei bedeutend billigerem Preis. **Stein** (Wiesbaden).

---

10) **C. F. Heerfordt.** Untersuchungen über Catgut mit Anwendung der vorderen Augenkammer als Impfstelle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. hat sehr interessante Versuche über das Verhalten von Seiden- und Catgutfäden angestellt, die in die vordere Augenkammer von Kaninchen eingebracht wurden. Im großen und ganzen heilten sterile Seidenfäden ein, wenn die Conjunctiva normal war. Hier und da trat dann später noch eine Infektion ein. Sterile Catgutfäden heilten bei normaler Conjunctiva ebenfalls ein und wurden resorbiert. Aber selbst bei konjunktivaler Infektion trat bei Catgutfäden im Gegensatz zur Seide keine unmittelbare Entzündung in der vorderen Augenkammer auf. Dagegen kam manchmal ebenso wie bei der Seide eine Spätinfektion vor, welche hier wie dort einen chronischen Verlauf nahm. Bemerkenswert ist, daß sich in der vorderen Augenkammer nicht nur das Schicksal des Catgutfadens verfolgen läßt, sondern daß man mittels der Reaktion des Auges die entzündungserregenden Eigenschaften jedes einzelnen Fadens genau messen kann. Die Prüfung verschiedener bisher empfohlener Catgutsterilisationsmethoden durch Kochen ergab folgende mit der Impfung in die vordere Augenkammer kontrollierten Resultate.

Eine sichere Sterilisation des Catgut in Formaldehydlösung nach Hofmeister ist nicht möglich, ohne daß der Faden zerbrechlich wird. Bei diesen Experimenten zeigte sich übrigens auch, daß ein Catgutfaden, der abgeschwächte Mikroben enthält, unter Umständen ohne Schaden zu erregen in die Augenkammer einheilen, bzw. resorbiert werden kann. Die Methode Elsberg's, Catgut durch Kochen in gesättigter Lösung von schwefelsaurem Ammoniak zu sterilisieren, erwies sich in der angegebenen Form ebenfalls nicht als brauchbar. Die trockenen Fäden wurden nicht von der Kochflüssigkeit durchsetzt, und die feuchten Fäden wurden mürbe gekocht. H. weist ferner nach, daß siedendes Wasser eine ganz besondere Fähigkeit besitzt, Catgut zu durchdringen, und daß letzteres durch mechanische und chemische Mittel so präpariert werden kann, daß es innerhalb gewisser Grenzen imstande ist, der zerstörenden Wirkung des siedenden Wassers zu widerstehen. Zur Herstellung von Kochcatgut, welches das erstrebenswerte Material darstellt, kann man nach Belieben trocken sterilisiertes Catgut, Jodcatgut oder Karbolcatgut verwenden. Ein Aufwickeln des Fadens auf Wickel soll während des Aufenthaltes in der desinfizierenden Flüssigkeit vermieden werden, da es dem Eindringen des flüssigen Mediums in denselben entgegenarbeiten muß. Das trocken sterilisierte Catgut kann man nach der Sterilisation direkt in die Formaldehydlösung überführen, während sowohl das Jod wie das Karbol sich vom

Faden entfernen läßt, wenn dieser einige Stunden in 2%igem Ammoniakwasser liegen bleibt und darauf in Wasser ausgewaschen wird. Die Art und Weise der Anwendung des Kochcatguts in der Praxis, sowie zahlreiche interessante wissenschaftliche wie praktische Ergebnisse müssen in der Arbeit selbst nachgelesen werden, in welcher auch die Adresse angegeben ist, bei welcher Verf. sein Kochcatgut hergestellt bekommt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **F. Grossmann.** Über die primäre otogene Thrombose des Bulbus venae jugularis internae.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Die primäre Thrombose des Bulbus v. jugularis kann durch Kontaktinfektion von der kranken Paukenhöhle aus oder auf indirektem embolischem Wege entstehen. Im Gegensatz zu der ersteren soll bei der letzteren die Thrombose unabhängig von einer Erkrankung des Gefäßrohres sein. Doch ist es nach des Verf. Ansicht manchmal unmöglich zu entscheiden, ob die Bulbusthrombose einfach durch Übergreifen einer Thrombose benachbarter Hirnsinus auf den Bulbus entstanden ist, oder ob der Bulbus der Ausgangspunkt der Thrombose gewesen ist und letztere sich von hier in retrograder Weise auf die benachbarten Hirnsinus ausgedehnt hat. Ebenso schwer ist es oft, zu bestimmen, ob es sich um eine wandständige oder obturierende Sinusthrombose handelte. Trotz vieler in Betracht kommender mechanischer Momente ist die Thrombenbildung auf nicht erkrankter Sinuswand etwas sehr Zweifelhaftes. Trotz verschiedener Pathogenose beider Arten von Bulbusthrombose ist ihr Verlauf und ihre Prognose sehr ähnlich. Besonders groß ist bei der Bulbusaffektion die Gefahr der Bildung großer Senkungsabszesse an der Schädelbasis und am Halse; und zwar können sich intravenöse, extravenöse Abszesse und tiefe Eiterheerde in der Nackengegend bilden. Die Diagnose einer wandständigen Bulbusthrombose wird immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein, doch kann sie durch das Auftreten von Drüsenschwellungen vor und unter der Spitze des Warzenfortsatzes, eventuell durch Reizungs- oder Lähmungserscheinungen eines der Nerven, welche die Schädelhöhle durch das Foramen jugulare verlassen, gestützt werden. Ferner kann es die Diagnose stützen, wenn man in dem gesunden Ohr einen bläulich dunklen Schatten im hinteren unteren Quadranten des Trommelfells und dadurch einen hochstehenden Bulbus erkennt, namentlich wenn man einen Druck auf die Vena jugularis ausübt. Eine weitere, allerdings seltene Unterstützung kann die Diagnose erfahren, wenn Geschwister mit ähnlich geformten Schädelknochen, oder Eltern und Kinder gleichzeitig oder nacheinander an akuter Mittelohreiterung erkranken, in deren Verlauf es bei dem einen Pat. zu primärer Bulbusthrombose kommt. Treten dann bei dem zweiten Pat. dieselben Symptome auf, so ist hier die Diagnose leichter zu stellen. Man soll also eine sorgfältige Anamnese erheben. Bei seinen eingehend erörterten therapeutischen Vorschlägen hält es G. für

empfehlenswert, bei parietaler wie bei obturierender primärer Bulbusthrombose nach vorausgeschickter Jugularisunterbindung den Bulbus freizulegen und auszuräumen, am besten nach der Methode von Voss. Bei sekundärer Thrombose kann nach Entfernung des infektiösen Thrombus aus dem Sinus sigmoideus mit oder ohne Ligatur der Vena jugularis Heilung eintreten, ohne daß der Thrombus im Bulbus in Angriff genommen wird.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

12) **W. Uffenorde.** Die Erkrankungen des Siebbeins. Mit 7 Tafeln und 35 Abbild. im Text. 207 S. Preis 10 Mk.

Jena, **Gustav Fischer,** 1907.

Das mit z. T. guten eigenen Abbildungen ausgestatte Buch ist aus der Göttinger Univ.-Poliklinik für Ohren- und Nasenkranke hervorgegangen. Naturgemäß stützt sich Verf. in seinen Ausführungen zum großen Teil auf die klassischen Werke, vor allem von Hajek und dann auch von Onodi. Auch seine klinischen und histologischen Untersuchungen bringen nichts Wesentliches, was nicht schon in dem ausgezeichneten Buch von Hajek enthalten wäre. Die histologischen Befunde dürfen insofern als Ergänzung zu denen von Hajek betrachtet werden, als sie auch Teile des »engeren Siebbeinlabyrinths«, nicht nur der mittleren Muschel umfassen. Seine Untersuchungen führten Verf. zur Aufstellung des Begriffes der Ethmoiditis hyperplastica, für die er eine energische operative Therapie verlangt. Zur Untersuchungstechnik und Therapie empfiehlt U. statt der Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel nach Hajek die Infraktion der Concha und nachfolgende Verwendung des Killian'schen Spekulums. Die endonasale Trepanation nach Halle zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken wird verworfen. Die Kapitel über Komplikationen der Ethmoiditis chronica, besonders über Mucokele des Siebbeins und über vom lateralen Siebbeinrecessus ausgehende Orbitalabszesse, ferner über Geschwülste und infektiöse Granulome sind unter Einflechtung eigener Beobachtungen recht ansprechend geschrieben.

Engelhardt (Kassel).

---

13) **R. Bastianelli.** La cura della spondilite tubercolare.

(Archivio di ortopedia XXIV. 5—6. 1907.)

Im Gegensatze zu Galeazzi zeigt sich B. in seinem für den IV. Kongreß der italienischen orthopädischen Gesellschaft erstatteten Referat als Optimist, der von der direkten chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Spondylitis Erfolge erhofft. Als Ausgangspunkt seiner Betrachtungen wählt er die Komplikationen von seiten des Rückenmarkes, die in 19% aller Fälle vorhanden sein und in der Mehrzahl der Fälle, besonders wenn es sich um Erwachsene handelt, nicht zur spontanen Ausheilung gelangen sollen. Die Diagnose der Störungen des Rückenmarkes und der hinteren Wurzeln und noch mehr die Feststellung der Art der Störung ist oft recht schwierig und bedarf der Beachtung und neurologischen Wertung aller Symptome und Er-



Fig. 1.

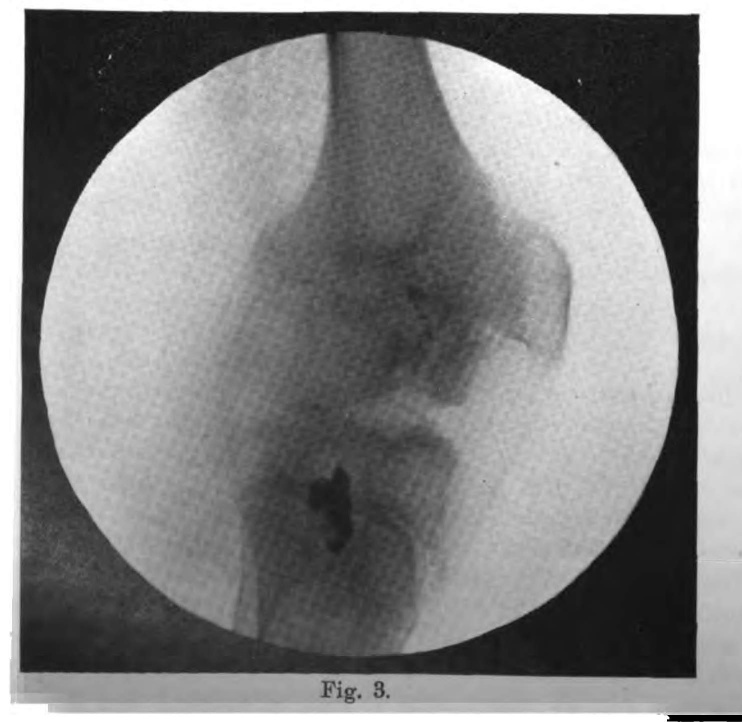


Fig. 3.

E. G. Beck, Zur Diagnose und Behandlung von Fistelgängen.



Fig. 2.

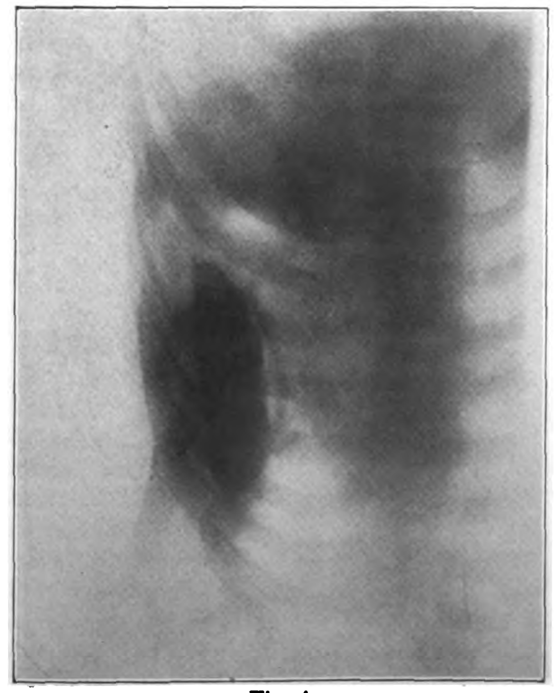


Fig. 4.

scheinungen, da der chirurgische Eingriff nur bei Kompressionsstörungen durch Knochen- oder Abszeßdruck berechtigt ist. Als Eingriff kommt vorzugsweise die Laminektomie in Frage, die in 168 gesammelten Fällen in 31,5% dauernden Erfolg und in 57,7% Mißerfolge brachte. Die Operation ist nicht die Methode der Wahl bei der Behandlung der nervösen Komplikationen des Pott'schen Buckels, sondern hat bestimmte Indikationen und Kontraindikationen. Bei den Erkrankungen des hinteren Wirbelabschnittes ist die Operation in allen Fällen angezeigt, bei denen des Wirbelkörpers nur dann, wenn die Knochenerkrankung ausgeheilt ist, wenn Blasen- und Mastdarmlähmung besteht, bei raschem Fortschreiten der nervösen Störungen, die durch orthopädische Maßnahmen nicht beeinflußt werden, endlich bei plötzlichem Eintreten der Paraplegie nach stattgefundenem Trauma.

Kontraindikationen sind vorgeschrittene Visceraltuberkulose, septischer Dekubitus, Cystopyelitis, Amyloiddegeneration, große Mediastinal- oder Senkungsabszesse.

Die relativ geringen Erfolge der Laminektomie erklärt B. damit, daß der Eingriff im allgemeinen zu spät vorgenommen, und daß dabei vor allem die Kompression berücksichtigt wurde, ohne daß die spondylitischen Schädigungen beseitigt wurden. Im Anschluß daran versucht der Autor einen kurzen Hinweis auf die Möglichkeit der direkten chirurgischen Beseitigung des tuberkulösen Herdes auf paravertebralem Wege nach Ménard und Vincent und erwähnt, daß bisher über 41 so behandelte Fälle berichtet wurde, von denen 32 zur völligen Heilung kamen. Der Autor kommt zum Schluß, daß in der Kombination der paravertebralen Methode und der Laminektomie das Ideal der Therapie liege und hofft, daß die möglichst frühzeitige Behandlung noch bessere Resultate ergeben werde. **Strauss** (Nürnberg).

---

14) **S. Erdheim.** Über Cysten und Fisteln des Ductus thyreoglossus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. konstatierte auf Grund seiner Beobachtungen, daß die Bildung der medialen Halsfisteln eine andere ist als die der lateralen. Die letzteren entstehen meist durch Persistenz der äußeren Kiementasche, münden also primär an der Haut aus. Das ist bei der medianen Halsfistel nicht möglich, da der tiefste Punkt, bis zu dem der Ductus thyreoglossus hinabreichen kann, der Processus pyramidalis der Schilddrüse ist, so daß die Verbindung als Ganzes mit der Haut sich erst sekundär ausbilden kann. Eine regelmäßige Verteilung in der epithelialen Auskleidung der Fistel konnte nicht gefunden werden. Zylinder- und Plattenepithel wechselten miteinander unregelmäßig ab. Das geschichtete Zylinderepithel hatte größtenteils einen Besatz von Flimmern, die aber durch Entzündung verloren gehen können. Ein wichtiger Bestandteil der Fisteln war das lymphoide Gewebe, das unterhalb des Epithels in stärkerer oder geringerer Ausbreitung fast konstant zu finden war; ebenso regelmäßig waren Schleimdrüsen oder

kleinere Schleimcysten anzutreffen. Stets lag der Fistelgang vor dem Zungenbein; auch kam es vor, daß die Fistel durch das Zungenbein hindurch verlief. In den meisten Fällen endigt der Gang über der Höhe des Zungenbeines. Die Therapie kann nur in einer Exstirpation des Fistelganges mit seinen Anhängen bestehen. Zur radikalen Beseitigung ist gewöhnlich dabei die Resektion des mittleren Zungenbeinteiles notwendig, da ohne diese Maßnahme Epithelteile zurückgelassen werden können, resp. dem Auge unzugänglich bleiben, so daß Rezidive auftreten. E. ist sogar für prinzipielle Resektion des mittleren Zungenbeinstückes, obschon einige wenige Fälle auch ohne dieselbe heilen können. Unannehmlichkeiten bringt dies Verfahren für den Pat. nicht mit sich.

Zum Schluß beschreibt Verf. noch zwei Fälle, die weiter weg vom Zungenbein lagen, genetisch aber doch mit dem Ductus thyreoglossus in Zusammenhang standen. Es handelte sich dabei um eine Cyste in der Zungenspitze, die teils geschichtetes Plattenepithel vom Charakter des Mundschleimhautepithels, teils geschichtetes, zylindrisches Flimmerepithel aufwies, und um eine zweite zum Teil in der Zungenspitze, zum Teil in der Mitte der Zunge bis zum Mundhöhlenboden und Zungenbein gelegenen Cyste. Derartige Fälle sind sehr selten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **Lancereaux** et **Paulesco.** Le traitement du goitre exophthalmique par le sulfate de quinine.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 8.)

Auf Grund vieler und über mehrere Jahre ausgedehnter Erfahrungen wird Chinin zur Behandlung des Morbus Basedowii empfohlen. Man gibt es in der Menge von 1—1,5 g abendlich in 2—3 Teilen in $^1/_4$stündigen Intervallen durch 15—20 Tage jeden Monat. Die Wirkung erfolgt rasch und auffällig. Es verschwinden sehr bald alle Symptome der Krankheit bis auf den Kropf, der sich allerdings auch verkleinert. In veralteten Fällen empfiehlt es sich, Ergotin hinzuzufügen.

Die Heilungen werden bei genügender Ausdauer dauernde.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

16) **W. Körte.** Erfahrungen über Operationen wegen Lungeneiterung und -Gangrän.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

K. berichtet über die von ihm beobachteten Fälle von Operationen wegen Lungeneiterung und Lungengangrän. Im ganzen sind es 58 Einzelbeobachtungen, die in überwiegender Mehrzahl auf das männliche Geschlecht fallen und meist die Unterlappen, erst in zweiter Linie die Oberlappen betreffen. Auskultation und Perkussion ließen häufig bei der Diagnose auf Abszeß und Gangrän im Stich. Dagegen gab die Untersuchung mit Röntgenstrahlen oft eine wertvolle Unter-

stützung. Zu warnen ist vor der Probepunktion wegen Infektionsgefahr für die Pleura. Hat man einen Lungenherd durch die geschlossene Brustwand punktiert, dann ist sofortige Freilegung des Herdes erforderlich. Der Regel nach soll nur nach Freilegung der Lungenpleura punktiert werden. Meistens waren die akuten, eitrigen und gangränösen Lungenherde solitär. Bei oberflächlicher Lage der Zerfallshöhle kommt es leicht zum Pleuraempyem. Die Lungenbronchiektasien treten meist in größerer Zahl auf, so daß die Eröffnung einer Kaverne keinen genügenden Sekretabfluß bewirkt. Tiefer gelegene Bronchiektasien entziehen sich oft der Diagnose, auch derjenigen durch die Röntgenphotographie. Was die Indikationen zur Operation anlangt, so kann man bei akuten Zerfallshöhlen nach Pneumonie mit rein eitrigem Auswurf ohne größere Gewebsfetzen zunächst abwarten; tritt aber beim Lungenabszeß nach einigen Wochen keine Heilung ein, so soll man mit dem Eingriff nicht länger zögern. Bei putridem Auswurf mit oder ohne Lungenfetzen ist eine spontane Ausheilung nicht zu erwarten. Die Gefahren des Abwartens bestehen in Blutungen, weiterschreitender Lungenentzündung, Empyem, Metastasen und Sepsis. Schwierig ist die Indikationsstellung bei bronchiektatischen Kavernen, weil die Ausdehnung des Prozesses sehr schwer zu erkennen ist und man nur bei beschränkter Ausdehnung auf einen Lungenlappen auf Erfolg hoffen kann. Die Operationen sind auch viel angreifender als beim Abszeß; oft sind weitgehende Spaltungen, ausgedehnte Rippenresektionen, Resektionen ganzer Lungenlappen erforderlich. Bei bestehender Lungenblutung soll man nur operieren, wenn man mit einiger Sicherheit den Sitz der Blutung diagnostizieren kann. Wenn möglich, wurde nach Morphiuminjektion mit Infiltrationsanästhesie operiert. Wird die Allgemeinnarkose nötig, so soll sie jedenfalls keine tiefe sein, da sonst die Aspiration von jauchigem Sekret und Blut in die andere Lunge begünstigt wird. Wichtig ist eine ausgiebige Freilegung des Operationsterrains. Ob eine Verklebung der Pleura pulmonalis und costalis besteht, läßt sich erst bei der Operation selbst entscheiden. Wo sie fehlt, hat K. die Pleuranaht nach Roux mit Hinterstichen angewendet. Reißt das Brustfell bei der Operation weiter ein, so soll man die Lunge vorziehen und in den Defekt einnähen. Die Anwendung von Ätzmitteln und die Tamponade zur Erzielung von Verwachsungen sind unsicher und umständlich. Meist hat Verf. einzeitig und nur bei bedrohlichem Zustand des Kranken zweizeitig operiert. Die Lunge selbst kann man zweckmäßig mit dem Glühmesser durchtrennen. Stärkere Blutungen müssen rasch durch Umstechung gestillt werden. In den Eiterherd wird ein mit Jodoformgaze umhülltes Drainrohr eingeführt. Von Komplikationen, welche bei dem Eingriff auftreten können, werden besonders erwähnt das Eintreten von Luft in angeschnittene Venen, Lungenflattern, Atemstörungen mit Kollaps, ferner Todesfälle durch Reflexwirkung von den Vagusästen der Lunge aus. Die Heilung der Eiterhöhlen erfolgte in der Regel durch Granulation und Narben-

bildung, zweimal durch Auskleidung mit einer glatten Epitheldecke, die in einem Falle mittels Thermokauter zerstört wurde, so daß schließlich doch Heilung eintrat. Sonst wurde Fistelbildung nicht beobachtet. Von 28 wegen Lungengangrän und Abszeß Operierten genasen 20. Bei den Pat. mit bronchiektatischen Kavernen wurde nur viermal Heilung erzielt, und zwar nach vielen Schwierigkeiten und häufigen Eingriffen. Diesen Heilungen stehen 11 Todesfälle gegenüber. Ob das Operieren unter Druckdifferenz eine wesentliche Besserung der Operationsresultate bei Lungeneiterung geben wird, muß die weitere Erfahrung lehren. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

17) **Cushing** and **Branch.** Experimental and clinical notes on chronic valvular lesions in the dog and their possible relation to a future surgery of the cardiac valves.

(Journ. of med. research 1908. Nr. 4.)

C. und B. haben die von Brunton (Lancet 1902 I. p. 352) an Leichen erprobte Methode, Herzklappenfehler chirurgisch zu behandeln, am lebenden Tiere versucht.

Die Herzklappenverletzung wurde mit Ausnahme eines Falles künstlich erzeugt. Das Herz wurde durch Wegnahme des mittleren Brustbeinteiles oder durch Thorakotomie freigelegt, die Klappenverletzung in der Weise bewerkstelligt, daß man von der durch Ligatur fixierten Herzspitze aus ein »Valvulotom« in die rechte oder linke Herzkammer einführte. Die Blutung war gering. Von 25 Tieren überstanden 11 die Operation und erholten sich auffallend rasch, ohne daß Kompensationsstörungen eintraten.

Die Technik bedarf noch weiterer Vervollkommnung, ehe die Methode am Menschen angewandt werden kann. In Frage kommt zunächst nur die operative Behandlung hochgradiger Mitralstenose. Sie sei berechtigt, da die Insuffizienz ein kleineres Übel sei als die Stenose. **Revenstorf** (Hamburg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Ein Apparat, um feste Verbände an der unteren Extremität ohne jegliche Assistenz anzulegen.

Von

Dr. Paul Manasse in Berlin.

Bei der Anlegung von Gipsverbänden wegen Fraktur der unteren Extremität besteht der große Übelstand, welcher gewiß schon von vielen Ärzten empfunden worden ist, daß die Fixierung der Bruchenden bis zum Erhärten des Verbandes selbst durch geschulte Assistenz nicht immer in genügender Weise geschieht. Besonders gilt dies für Brüche mit starker Längsverschiebung der Fragmente, wo die Kraft der Gehilfen, welche durch Zug und Gegenzug die Verkürzung aus-

zugleichen haben, schließlich erlahmt. Auch bei losen Knöchelfrakturen geht die richtige Adaption der gebrochenen Teile während des Verbandes häufig verloren, da der Assistent den Fuß, an welchem er ziehen soll, zeitweilig loslassen muß, damit die Gipstouren herumgeführt werden können. Sind die Bruchenden um die Längsachse des Beines gedreht oder seitlich und winklig abgeknickt, so ist, wenn die ersten Gänge der Gipsbinde die Bruchstelle bedecken, die Kontrolle über die wirkliche Lage der Fragmente sehr erschwert, und unbemerkt stellt sich die fehlerhafte Dislokation häufig wieder ein.

Fig. 1.

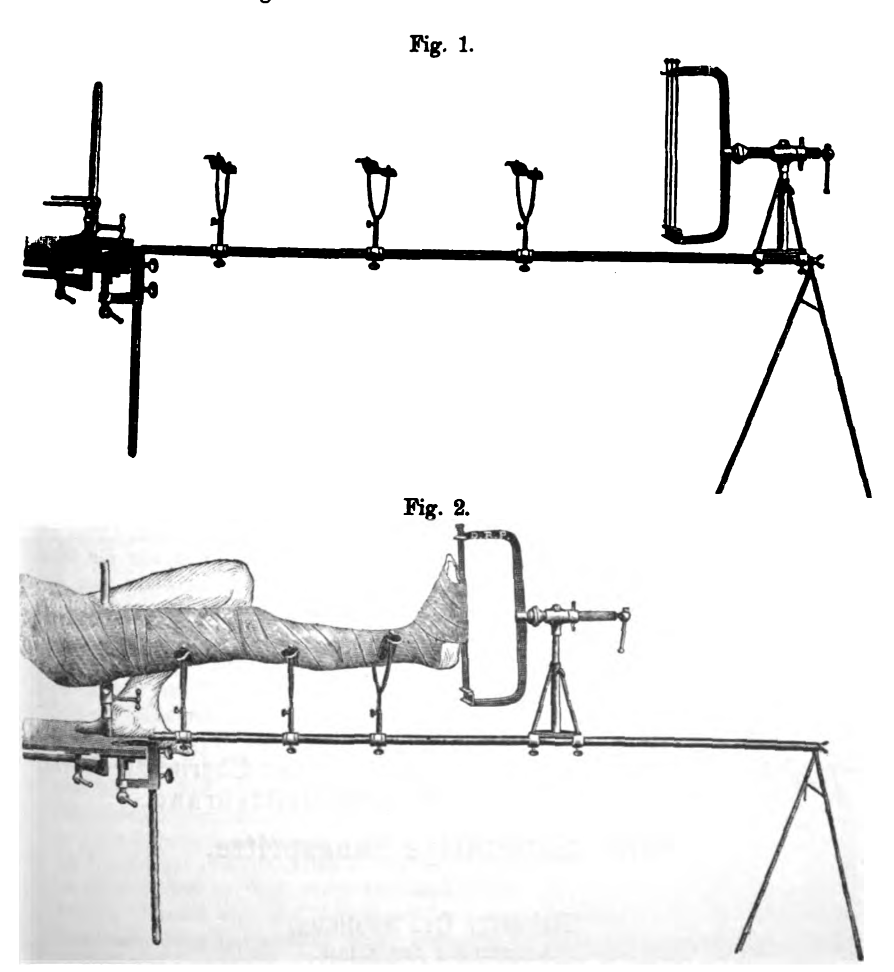


Fig. 2.

Der Apparat, welchen ich konstruiert habe, hilft über diese Schwierigkeiten hinweg; denn er gestattet, ohne Hilfe eines Assistenten, dem Beine jede zur Anlegung fester Verbände notwendige Stellung zu geben und dieselbe weiterhin sicher zu erhalten. Der Apparat besteht, wie aus der Zeichnung ersichtlich ist, 1) aus einer Beckenstütze, 2) einer horizontalen Stange, auf welcher mehrere, mit Leinengurten überspannte und für den Ober- bzw. Unterschenkel bestimmte Träger verschiebbar angebracht sind, 3) einem Fußstücke, welches sich ebenfalls auf der Trägerstange in der Längsrichtung verschieben läßt. Der Apparat ist an jedem beliebigen Tische mittels Schraubzwingen, die sich an der Beckenstütze und der Trägerstange befinden, anzubringen.

Soll nun z. B. ein Gipsverband angelegt werden, so bringt man, je nach der Länge des Beines und der beabsichtigten Größe des Verbandes, einen bis vier Träger auf die Stange und zum Schluß das Fußstück, welches derartig postiert wird, daß an dessen Stäben die Fußsohle des Kranken gerade anliegt. Dieser Teil des Apparates, welcher die Stäbe enthält, ist horizontal und vertikal verstellbar, außerdem durch ein Kugelgelenk um alle Achsen drehbar. Der Fuß wird zunächst in der fehlerhaften Stellung an die Stäbe durch Mullbinden fixiert. (In Fällen starker Verschiebung der Bruchenden geschieht die Befestigung durch einen besonderen schmalen Leinenbindenzügel.) Darauf werden Mullbinden um das Bein, soweit notwendig, umgewickelt, falls nicht eine Trikotumkleidung bevorzugt wird. Der Kranke ist jetzt so gelagert, daß er mit den Weichteilen des Gesäßes auf den zwei flachen Stäben der Beckenstütze, mit dem Ober- und Unterschenkel des verletzten Beines auf den Leinengurten der Träger ruht und mit der Sohle seinen Halt an dem Fußstücke des Apparates findet. Das gesunde Bein steht auf einem daneben befindlichen kleinen Tisch auf. Den Oberkörper lagert man auf Kissen, bei Beckenverbänden so, daß das Becken völlig frei bleibt. Der Ausgleich der fehlerhaften Stellung geschieht nunmehr durch allmählichen Zug an dem unteren Fragmente, was durch entsprechende Bewegung der Schraubenmutter an der Spindel des Fußstückes bewirkt wird. Etwaige fehlerhafte Drehung wird in dem Kugelgelenke korrigiert. Den notwendigen Gegenzug bzw. Gegenhalt leistet die Schwere des Körpers und die vertikale Stange der Beckenstütze, welche sich gegen den Damm des Kranken legt. Ist die Korrektur vollendet, so bleibt das Bein, wie ohne weiteres verständlich, von selbst in der ihm erteilten Stellung liegen und der Arzt vermag jetzt ohne Hilfe eines Assistenten den festen Verband anzulegen. Nach dem Erhärten desselben werden die Stäbe des Fußstückes nach oben herausgezogen, die Leinengurte der Träger am Ober- und Unterschenkel, soweit sie aus dem Verbande hervorragen, abgeschnitten und die flachen Stäbe der Beckenstütze, auf welchen der Kranke ruhte, aus dem Verband entfernt.

Ich benutze den Apparat[1] seit $1^3/_4$ Jahren und kann denselben empfehlen, besonders denjenigen Ärzten, welche bei ihrer Tätigkeit in kleineren Orten auf geschulte Assistenz verzichten müssen. Der Apparat dient nicht nur für Gipsverbände bei Knochenbrüchen, sondern überhaupt für feste Verbände aller Art, insbesondere nach Reposition der Luxatio femoris colli congen., wo es besonders auf zuverlässige Fixation des Beines ankommt.

II.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin.
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Hildebrand.

Eine selbsttätige Saugspritze.

Von

Stabsarzt Dr. Neuhaus,
Assistenten der Klinik.

Das Instrument, welches bisher zu Punktionen aller Art benutzt wurde, ist die Pravazspritze resp. irgend eine Modifikation derselben. Das Prinzip aller dieser Punktionsspritzen besteht darin, daß, nachdem die Nadel der Spritze bis zu der gewünschten Tiefe eingestochen ist, durch Hochziehen des Kolbens in dem Zylinder der Spritze ein Vakuum geschaffen wird, welches durch seine Saugkraft die in dem zu punktierendem Raume etwa vorhandene Flüssigkeit aspiriert.

Bei der Ausführung der Punktion mit der bisher gebräuchlichen Pravazspritze haben wir es stets als einen Mißstand empfunden, daß man dieses Vakuum erst

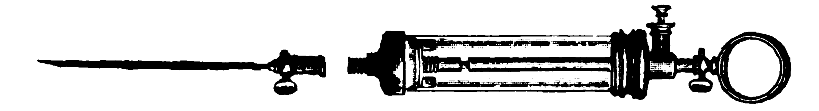
[1] Alleinverfertiger ist G. Kunze jun., Berlin-N., Lindowerstraße 18/19.

dann herstellen kann, wenn die Kanüle schon eingestochen ist. Durch das Hochziehen des Kolbens ist eine Verschiebung der Kanüle und damit ein negatives Resultat der Punktion mitunter unvermeidlich, ganz abgesehen davon, daß durch das Hin- und Herbewegen der Punktionsnadel beim Hochziehen des Kolbens gelegentlich Schmerzen hervorgerufen werden können. Man muß die Kanüle event. wieder herausziehen und von neuem einstechen, bei nervösen und empfindlichen Pat. ein besonders unerfreuliches Ereignis.

Um diesem Übelstand abzuhelfen, haben wir eine Spritze konstruiert, bei welcher das Vakuum bereits vor dem Einstechen der Kanüle hergestellt werden kann. Dadurch wird das Verschieben der Kanüle infolge Hochziehens des Kolbens vermieden, so daß eine größere Sicherheit und Exaktheit im Gebrauche gewährleistet wird. Da die Spritze eine prinzipielle Neuerung darstellt, so halten wir ihre Veröffentlichung für nicht überflüssig.

Das Prinzip der Spritze sei an der Hand untenstehender Zeichnung näher erläutert.

Der Glaszylinder der Spritze faßt 10—15 ccm; natürlich kann auch ein größerer oder kleinerer gewählt werden. In diesem Glaszylinder kann ein Kolben, luftdicht abschließend, hin- und herbewegt werden. Der Kolben ist bei unserer Spritze aus Metall angefertigt; selbstredend kann er auch aus irgend einer anderen Masse hergestellt werden (Durit usw.). Der Glaszylinder trägt an beiden Enden als Abschluß je ein Ansatzstück aus Metall, von denen das eine, welches die Kanüle trägt, in ein Schraubengewinde ausläuft. Auf dieses Schraubengewinde wird eine Kanüle aufgeschraubt, wobei jedoch vorher zwischen Kanüle und Ansatzstück des Glaszylinders ein Gummiplättchen eingeschaltet wird zwecks besserer Abdichtung.



An der Kanüle selbst befindet sich, bevor sie in die eigentliche, $^1/_2$ cmweise graduierte Punktionsnadel ausläuft, ein Hahn. Durch eine einfache Drehung dieses Hahnes kann man zwischen Glaszylinder und Punktionsnadel eine Kommunikation herstellen oder unterbrechen, da ja die Kanüle auf den Zylinder luftdicht aufgeschraubt ist. Für den Kolben der Spritze befindet sich an dem ebenfalls metallischen Ansatzstück an dem anderen Ende des Glaszylinders eine selbsttätige Arretierung. Zieht man den Spritzenkolben völlig hoch, so tritt diese Arretierungsvorrichtung automatisch in Tätigkeit. Der Kolben wird dann absolut sicher festgehalten; es bedarf erst eines Fingerdruckes auf einen an der Arretierung angebrachten Knopf, um ihn aus seiner Verankerung zu befreien.

Der Gebrauch der Spritze ist demgemäß klar. Soll punktiert werden, so wird die Kanüle auf den Glaszylinder der Spritze aufgeschraubt und der Hahn zunächst so gestellt, daß keine Kommunikation zwischen Punktionsnadel und Glaszylinder besteht. Darauf wird der Kolben völlig hochgezogen, wobei er von der Arretierungsvorrichtung festgehalten wird. Nunmehr ist in dem Glaszylinder der Spritze ein Vakuum hergestellt, welches zur Aspiration verwandt werden kann.

Nachdem dann die Punktionsnadel bis zu der gewünschten Tiefe eingestochen ist, wird durch eine einfache Umdrehung des Hahnes die Kommunikation zwischen dem vorher luftleer gemachten Glaszylinder und der Punktionsnadel hergestellt. Damit tritt die ansaugende Kraft des Vakuums in dem Glaszylinder in Tätigkeit.

Wir haben diese selbsttätige Saugspritze in der Klinik mehrfach probiert, u. a. auch bei Neisser'schen Gehirnpunktionen, und sind mit ihr wegen der Leichtigkeit und Sicherheit ihrer Handhabung sehr zufrieden gewesen. Hervorheben möchten wir noch, daß die Saugkraft der Spritze ziemlich stark ist, da nach Öffnen des Hahnes sofort das ganze Vakuum der Spritze in Aktion tritt, im Gegensatz zu der allmählich einsetzenden Wirkung einer zur Aspiration benutzten

Pravazspritze. Die graduierte Punktionsnadel erleichtert die Bestimmung der Tiefe, in welcher man punktiert.

Die Spritze ist natürlich auch als Injektionsspritze brauchbar; man muß dann nur den Hahn so drehen, daß von vornherein eine Kommunikation zwischen Punktionsnadel und Glaszylinder besteht. Die hiesige Firma Löwenstein hat die Konstruktion der Spritze übernommen.

III.

Trauma und Karzinom.

Von

Prof. Lanz in Amsterdam.

Der Fußballspieler, der zufällig gerade einen Furunkel hat und beim Spiel einen »Hufschlag« gegen seine Tibia bekommt, riskiert im Laufe der nächsten Tage unter stürmischen Erscheinungen an akuter Osteomyelitis tibiae zu erkranken.

Ein mit Gonorrhöe behafteter Pat., der eine größere Fußtour macht, kann sich infolge der Überanstrengung einen gonorrhoischen Muskelrheumatismus oder eine gonorrhoische Gelenkmetastase zuziehen.

Ich kenne einen Pat., der im Anschluß an einen Fall auf das Knie an einer tuberkulösen Gonitis erkrankte, und bei dem in der Folge auch nach geringfügigen Traumen jeweilen eine lokale Tuberkulose auftrat: im Anschluß an ein Anstoßen mit dem Arm ein tuberkulöser Abszeß daselbst; infolge einer Verstauchung der Hand eine Cheirarthritis tuberculosa usw.

Analoge Vorkommnisse sind uns auch von anderen Infektionskrankheiten bekannt und können wohl nur so gedeutet werden, daß die Infektionsträger gelegentlich in die Blutbahn gelangen, dort aber in der Regel durch die Phagocytose unschädlich gemacht werden; — bis zum Momente, wo infolge der Schaffung eines Locus minoris resistentiae durch traumatische Gewebsschädigung der vorhandene Zündstoff zur Explosion kommt. So ist im Falle des Fußballspielers der Staphylokokkus pyogenes aureus, der geradezu spezifisch ist, sowohl für den Furunkel als für die akute Osteomyelitis, vom ersteren aus in die Zirkulation geraten, und das Trauma hat die lokale Disposition zur Festsetzung des Infektionskeimes in der Metaphyse der Tibia gesetzt.

Vom Karzinom ist meines Wissens ein solches Verhalten nicht bekannt, obschon ja der Verband zwischen Trauma und Karzinom allgemein angenommen wird.

Sog. Impfmetastasen allerdings sind in der Literatur mehrfach verzeichnet: es sind das Fälle, bei denen es, offenbar durch Verschleppung karzinomatösen Materiales unter der Operation, in der Folge zu der Bildung eines Karzinoms in der Narbe kam.

Auch die »Abklatschkarzinome« sind nur an den Lippen, den Schamlippen, vom Ösophagus und in jüngster Zeit vom Darmrohr bekannt geworden.

Eine Reihe von Beziehungen zwischen Karzinom und Infektionskrankheiten sind uns lange bekannt, auf andere haben uns die jüngsten Immunitäts- und experimen-Krebsforschungen hingewiesen.

Mit der nachfolgenden Beobachtung möchte ich eine eigenartige derartige Beziehung verzeichnen:

Die 56jährige Pat. J. V. operierte ich am 27. November 1907 an einer doppelseitigen Schenkelhernie. Links war dieselbe ungewöhnlich groß, reichte bis über die Mitte des Oberschenkels hinunter; doch waren die Bruchsäcke nicht ungewöhnlich verwachsen, konnten größtenteils stumpf ausgelöst und nach ihrer Isolierung in üblicher Weise basal durchstochen und abgebunden werden. Dabei zeigte sich in den Bruchsäcken keine Flüssigkeit; veränderte Lymphdrüsen wurden nicht verzeichnet.

Die Heilung der mittels fortlaufender Naht geschlossenen Wunden erfolgte p. p. ohne Hämatombildung, und die Operationsnarben sind zurzeit so lineär, daß sie kaum mehr sichtbar sind.

2 Monate nach der Operation kam die Pat. in die Klinik zurück mit einem über handgroßen Infiltrat, welches die ganze Gegend in Beschlag nahm, die früher von dem linksseitigen Bruchsack eingenommen war, und welches eine so charakteristisch harte Konsistenz und breite Verwachsung mit der Haut und der Unterlage darbot, daß bei der ersten Untersuchung schon die Diagnose auf die karzinomatöse Natur des Infiltrates gestellt werden mußte.

Wie aber kam die Pat. zu einem solchen rätselhaften, traumatischen, operativen Karzinom?

Irgendwelche Erscheinungen eines anderweitigen primären Karzinoms konnten nicht nachgewiesen werden; es bestanden im Zeitpunkte der Bruchoperation weder nachweisbare lokale Drüsenveränderungen, noch abdominale Klagen, noch Veränderungen des Bruchsackperitoneum.

Die Zweifel sollten sich leider bald klären, indem leichte Magenbeschwerden auftraten und weitere 3 Wochen später Ascites sich auszubilden begann, der rasch zunahm und die Punktion erforderte. Ich machte dieselbe, statt mit dem Trokar mit dem Messer, indem ich im Interesse einer Sicherung der Diagnose unter Lumbalanästhesie eine Inzision in der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse legte. Mit der nach dem Cruralringe zu eingeführten Hand konnte ich nach Entleerung des Ascites ein karzinöses Infiltrat des Peritoneum in der Bruchgegend nicht nachweisen. Wohl aber exzidierte ich aus dem Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand ein stecknadelkopfgroßes Knötchen zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung. Das Resultat der letzteren ist nicht einwandfrei, wohl aber ist soeben, nach einer wiederholten Punktion ein Magenkarzinom palpabel geworden.

Die folgenden Erklärungsmöglichkeiten stellen sich ein:

In jüngster Zeit ist empfohlen worden, die Leistendrüsen des Meerschweinchens, dem man tuberkuloseverdächtiges Material einimpft, bei der Impfung zu quetschen, worauf die Impftuberkulose viel rascher manifest wird. Von den Infektionskrankheiten wissen wir, daß deren Keime monate- oder jahrelang ein Schlummerdasein führen und erst bei einer zufälligen Gelegenheitsursache (Erkältung, mangelhafte Ernährung, Trauma) einen lokalen Krankheitsprozeß hervorrufen. Etwas Analoges existiert offenbar auch beim Karzinom, indem der Organismus die Krebszelle jahrelang im Schach halten kann: so habe ich nach Amputatio mammae wegen Karzinom in einem Falle 13 Jahre, in einem zweiten Falle gar 23 Jahre nach der Operation ein Axillardrüsenrezidiv entfernt. Gleich wie bei der Diphtherie, bei Gonorrhöe usw. der scheinbar gesundete Organismus monate- oder gar jahrelang den Erreger beherbergt, in welchem Falle wir von Bazillenträgern sprechen, so könnten wir beim Karzinom von »Zellträgern« sprechen.

In unserem Falle könnte es sich also um eine Präexistenz von Karzinomzellen in den Cruraldrüsen gehandelt haben; das Trauma der Operation hätte in diesem Falle den bereits vorhandenen lokalen Krankheitsprozeß nur angefacht.

Für eine solche Erklärung spricht der Umstand, daß zurzeit die Cruraldrüsen der rechten Seite deutlich vergrößert, etwas hart und fixiert sind. Gegen die Erklärung spricht die Tatsache, daß eine isolierte Erkrankung der Cruraldrüsen bei Magenkarzinom jedenfalls ein überaus seltenes Vorkommnis sein dürfte.

Eine zweite Möglichkeit wäre die, daß es sich um eine Fortleitung des karzinomatösen Prozesses vom Peritoneum, oder um eine bei Anlaß der Operation gesetzte Impfmetastase handeln könnte. Ich wiederhole, daß von einer eigentlichen Carcinosis peritonei keine Rede ist, und daß bei der Bruchoperation anscheinend normale Bruchsäcke entfernt wurden, in denen insbesondere keine Ascitesflüssigkeit vorhanden war.

Endlich könnte im Sinne der oben angeführten traumatischen Metastasen bei Infektionskrankheiten die Karzinomzelle im Zeitpunkte der Operation bereits im Blute zirkuliert und den die Wundhöhle ausfüllenden Blutkuchen »infiziert« haben,

wodurch dann ein so ungewöhnliches operatives karzinomatöses Infiltrat zur Ausbildung kam.

Welche dieser Erklärungsmöglichkeiten nun auch die richtige sein mag, jedenfalls scheint mir die mitgeteilte Beobachtung ein Paradigma zu sein für die Beziehungen zwischen Trauma und Karzinom und zugleich ein weiteres Analogon von Infektions- mit Krebskrankheit.

---

18) **E. Martini.** Studio sulle alterazioni isto-patologiche dei tumori maligni prodotte dalla roentgen-terapia.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1907. Nr. 12.)

Die verschiedene Wirkung der Röntgenbestrahlung bei der Behandlung bösartiger Geschwülste ist dadurch bedingt, daß die Strahlen nur oberflächlich und nur auf junges protoplasmareiches Gewebe wirken. Dies zeigte die histologische Untersuchung in 12 inoperablen Fällen bösartiger Geschwülste. Diese wurden sämtlich genau in der gleichen Weise bestrahlt. 2 Epitheliome der Mammilla wurden geheilt, 2 Gesichtskarzinome, 1 Adenokarzinom des Hodens, 1 malignes Lymphom, 2 Sarkome und Myxosarkome wurden erheblich gebessert, während 1 Enchondrom und 1 Osteosarkom unbeeinflußt blieben. Die histologische Untersuchung ergab völlige Zerstörung der Karzinomzellen; bei den gebesserten Fällen waren die oberflächlich gelegenen Zellen degeneriert, während Enchondrom und Osteosarkom keinerlei Zellveränderung zeigte. **Strauss** (Nürnberg).

19) **Pawlowsky.** Über die Ätiologie der Noma.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

P. fand bei zwei Fällen von Noma in der Tiefe des Gewebes weit von der Oberfläche entfernt ein dichtes Netz nach Gram sich nicht färbender Fädchen von langer Gestalt. Sie vermehren sich anscheinend durch Teilung und sind dünner als die Stäbchen des Abdominaltyphus; auch ähneln sie in ihrer Form den Streptothrixfäden. Sie wurzeln sich primär bei der Noma in das Gewebe ein, indem sie sich in solcher Fülle vermehren, daß sie stellenweise das Gewebe selbst ersetzen und durch das Zusammenpressen desselben Nekrose hervorrufen. Verf. hält diese Fäden für die Erreger der Noma und glaubt demnach, daß die letztere zu den akuten infektiösen Nekroseprozessen gehört.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

20) **O. Schwab.** Über die Behandlung des Milzbrandes.

(Med. Klinik 1908. p. 262.)

Krankengeschichten von acht bakteriologisch sichergestellten Milzbrandfällen, die sämtlich ohne aktive chirurgische Behandlung heilten. In einem schweren Falle wurde die Abheilung durch Einspritzung von 30 ccm italienischen Milzbrandserums sichtlich gefördert. **Georg Schmidt** (Berlin).

21) **H. Hilliard.** A fatal case of status lymphaticus.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Bericht über einen Todesfall in Chloroform-Äthernarkose bei einem 21jährigen, sehr nervösen Nikotiniker. Im Augenblicke der Durchtrennung der Vorhaut zum Zweck einer Zirkumzision kollabierte er zum erstenmal, konnte aber wieder ins Leben gerufen werden; bei der ersten Naht erfolgte der zweite, diesmal tödliche Kollaps. Die Sektion ergab: hochbogiger Gaumen, Tonsillarhypertrophie, Struma, Persistenz einer Thymus von 24 g Gewicht, die bis ans Perikard reichte, Herzerweiterung mit dünnen Wänden und fettiger Entartung, Milzschwellung mit Hyperplasie der Follikel, starke Hypertrophie der Solitärfollikel, der Peyer'schen Haufen und der Gekrösdrüsen. **Weber** (Dresden).

22) **H. South.** Depressions of the skull during delivery.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 11.)

Bei dem Kind einer 43jährigen Multipara, in Schädellage mit Zange entbunden, war das ganze rechte Stirnbein eingedrückt. Ein Knochenvorsprung hatte die Kopfhaut durchbohrt. Versuche, den eingedrückten Knochen durch Händedruck zu heben, mißlangen. Da das Kind bei guter Herztätigkeit tief asphyktisch war, und alle Maßnahmen, die Atmung in Gang zu bringen, erfolglos blieben, so schob G. bei bedrohlichem Nachlassen der Herzkraft und bevorstehendem Tode in Ermangelung anderer chirurgischer Instrumente die eine Klinge einer Schere von der Fontanelle aus unter den eingedrückten Knochen und hob ihn ohne Mühe bis in die Ebene der angrenzenden Schädelknochen. Sofort fing das Kind mit einem Schrei seine Atemtätigkeit an. Der Eingriff heilte ohne Folgen aus.

Weber (Dresden).

23) **Thursfield.** A case of gumma of the thyroid.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

T. berichtet kurz über eine 5 : $2^1/_2$ cm große, sehr harte, rechtsseitige Schilddrüsengeschwulst bei einem tertiär luetischen, 53jährigen Manne, die in kurzer Frist auf Jodkali völlig zurückging. **Weber** (Dresden).

24) **K. Bayer.** Anhaltender Schmerz als Indikation zur Freund-schen Rippenknorpelresektion.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 7.)

Bei einer jungen Dame waren im Verlaufe von wenigen Monaten die 2., 3. und 4. rechte Rippe stark vorgetreten. Es bestanden sehr starke Schmerzen in der Brustmuskulatur, nach dem Arm ausstrahlend. B. nahm die Resektion des 2., 3. und 4. Rippenknorpels vor. Sofort nach der Resektion sanken die Rippen zurück in Normalstellung. Der Knorpel zeigte die Freund'schen Veränderungen. Die Kranke wurde von ihren Schmerzen befreit.

B. will durch den Fall zeigen, daß man zur Resektion der Rippenknorpel nicht die Folgeerscheinungen der Lungen, welche sich an die Freund'sche Degeneration des Rippenknorpels anschließen, abzuwarten braucht, sondern, daß man mit gutem Erfolge schon früher, in diesem Falle wegen der starken Schmerzen, intervenieren kann. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

25) **Edington.** Incision and drainage of the pericardium in a case of purulent pericarditis associated with abscess of the thigh.

(Glasgow med. journ. 1908. Februar.)

Bei einem 8 Jahre alten Knaben entwickelte sich im Anschluß an einen Abszeß hinter dem rechten großen Trochanter eine pyämische Metastase des Perikards. Durch Eröffnung und Drainage des Perikards nach Resektion der 5. Rippe ohne Verletzung der Pleura wurde innerhalb $5^1/_2$ Wochen völlige Heilung erzielt Die Eiterungen waren durch Staphylokokkus aureus hervorgerufen.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **B. Hill.** Benign tumors of the breast.

(Amer. journal of surg. 1907. Dezember.)

Unter 13000 chirurgischen Fällen des Johns Hopkins-Hospitals waren 504 Brustgeschwülste und von diesen 163 gutartige, 46 intrakanalikuläre Myxome (? Ref.), 32 einfache Cysten, 17 Adenofibrome, 13 chronische, 12 tuberkulöse Mastitiden, 8 Cysten mit intracystischen papillären Wucherungen, 6 hypertrophische männliche Mammae, 5 cystische Adenome, 3 Adenome, 2 Lipome, 2 Dermoide.

Von besonderen Fällen wird ein 15jähriges Mädchen erwähnt mit einem großen Fibroadenom der unteren Mammahälften und zahlreichen kleinen »Marbel«-großen in den übrigen Mammateilen; eine 20jährige Frau mit einem kapselfreien, fest mit dem übrigen Drüsengewebe verwachsenen, walnußgroßen Fibroadenom, ein

auf dem Durchschnitt wabenförmiger, von zahlreichen kleinen, mit gelbem Serum gefüllten Cysten durchsetzter Tumor usw.

Verf. protestiert energisch gegen ein abwartendes Verfahren auch bei anscheinend gutartigen Mammatumoren. **Goebel** (Breslau).

27) **Cheesman.** Danger of pregnancy following operations for cancer of the breast.

(Buffalo med. journ. 1908. Januar.)

Sowohl wenn ein Brustkrebs zuerst während einer Schwangerschaft in Erscheinung tritt, als auch, wenn bei einer an Brustkrebs Erkrankten Schwangerschaft eintritt, nimmt die Erkrankung einen auffallend bösartigen Charakter an, und selbst frühzeitige Operationen bleiben ohne Erfolg, wie C. es in je einem Fall erlebte. Bei der zweiten Pat. blieb nach der sehr ausgedehnten, gründlichen Operation ein Rezidiv zunächst 9 Monate aus; dann trat Schwangerschaft ein, welche im 2. Monate künstlich unterbrochen wurde; trotzdem entwickelte sich äußerst schnell sowohl ein örtliches Rezidiv als auch eine Mastitis carcinomatosa (Volkmann) der anderen Brustdrüse.

C. hält es daher für geboten, Kranke mit Brustkrebs bzw. an Brustkrebs Operierte vor den Gefahren einer etwa eintretenden Schwangerschaft zu warnen, bzw. letztere sofort zu unterbrechen. **Mohr** (Bielefeld).

28) **J. B. Bissell.** Syphilitic tumors of the breast.

(New York med. record 1907. Juli 6.)

B. hat fünf Fälle von syphilitischen Neubildungen der Mamma beobachtet und kommt zu dem Schluß, daß Gummata der Brustdrüse nicht so selten seien wie bisher angenommen. Manche Exstirpation der Mamma könne bei sorgfältiger Diagnose vermieden werden. Subkutane Quecksilberinjektionen führen zu schneller Heilung und sind in zweifelhaften Fällen zu versuchen.

Loewenhardt (Breslau).

29) **F. J. Tschistowitsch.** Neurofibroma ganglionare nervi sympathici.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 1.)

Die Geschwulst wurde bei der Sektion eines 12jährigen Mädchens gefunden, das an Tuberkulose des Kreuzbeines und beider Hüftgelenke litt. Sie war gänseeigroß und lag rechts neben den Körpern des 4.—6. Brustwirbels. Mikroskopisch wurden nur in der tiefsten Schicht Nervenzellen gefunden. Die Achsenzylinder und die Schwann'schen Scheiden fehlten vollständig. Nach T. entstand die Geschwulst aus einem Ganglion des N. sympathicus, und wurde das Stroma nicht von amyelinen Nerven, sondern nur von Endoneuriumbündeln ohne Teilnahme der Nervenelemente gebildet. Nach Beneke gingen in solchen Fällen infolge regressiver Veränderungen der Geschwulst die Nervenzellen zugrunde; T. glaubt, daß sie von Anfang an an der Bildung der Geschwulst nicht beteiligt waren: selbst spezifische Färbungen (nach Ströbe, Mallory, van Gieson) zeigten keine Reste der Achsenzylinder und der Schwann'schen Scheiden.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 19. Sonnabend, den 9. Mai 1908.

Inhalt.

I.

Aus dem schlesischen Krankenhause zu Teschen.
Direktor und Primararzt Dr. H. Hinterstoisser.

Zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher.

Von

Dr. J. C. Reinhardt,
Sekundararzt.

Mögen zur Entfernung gutartiger Nasenrachenpolypen auch wenig eingreifende Operationen vollkommen genügen, so erfordern bösartige Geschwülste des Nasenrachenraumes und der Schädelbasis doch zum Zwecke gründlicher Exstirpation immer eine ausgiebige Freilegung des verborgenen Operationsfeldes durch eingreifende Voroperationen.

Von den zahlreichen Methoden, die zu diesem Zweck ersonnen sind, dürfte wohl keine so viele Vorzüge in sich vereinigen als die temporäre Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher; denn sie schafft den breitesten Zugang zum Operationsfeld, ermöglicht infolgedessen ein gründliches Operieren, setzt den Operierten aber keiner Entstellung aus und gibt ein vorzügliches kosmetisches und funktionelles Resultat.

Obwohl Kocher seine Methode schon vor 16 Jahren erprobt und veröffentlicht hat, scheint sie doch nur wenig Anwendung gefunden zu haben; denn ich konnte in der mir zugänglichen Literatur nur 13 Fälle ihrer Anwendung verzeichnet finden. Es sind dies die von Lanz (operiert von Kocher), Falkenberg (Bornhaupt), Depage (zwei Fälle), Lavisé, Payr, Hertle, Enderlen, Stenger (Garrè), Pinkus (zwei Fälle v. Bergmann) und Hofmann (zwei Fälle, Streissler und Hofmann) veröffentlichten Fälle.

Diesen habe ich einen weiteren 14. von meinem Chef, Herrn Direktor Hinterstoisser, operierten Fall hinzuzufügen und glaube, daß es bei der geringen Zahl der nach dieser Methode operierten Fälle gewiß am Platze ist, über die dabei gemachten Erfahrungen zu berichten.

Alois Sk., 11jähriger Häuslerssohn aus Klubina in Ungarn. Aufgenommen am 4. Januar 1908.

Anamnestisch ist von den wenig intelligenten Angehörigen des Knaben, dessen Intelligenz auch merklich herabgesetzt erscheint, nur zu erfahren, daß es ihnen seit einigen Monaten auffiel, daß der Knabe durch die Nase nicht atmen könne, sondern immer mit offenem Munde atme. Schwerere Symptome, Blutungen und Kopfschmerzen, seien angeblich erst kurz vor Weihnachten aufgetreten.

Befund: Herabgekommener, elend aussehender, blasser Knabe. Körpergewicht 29 kg. Temperatur zeitweilig erhöht (abends bis 38,4). Reine Mundatmung. Der Nasenrachenraum ist von einer fast unbeweglichen derben graurötlichen, bei der Untersuchung leicht blutenden Geschwulst erfüllt, die den weichen Gaumen stark nach dem Munde vorwölbt und hinter dem Zäpfchen sichtbar wird. Vergrößerte Halsdrüsen sind nicht nachweisbar.

13. Januar 1908. Temporäre Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher und Exstirpation des Tumors in Äthernarkose, eingeleitet mit der Juillard'schen Maske und fortgesetzt mit dem Salzer'schen Pfeifenrohransatz bei Schräglagerung des Pat. mit erhöhtem Kopfe, so daß der Pharynx den tiefsten Punkt einnimmt.

Die Operation wurde genau nach den Angaben Kocher's durchgeführt, nur von der vollständigen Spaltung des weichen Gaumens wurde abgesehen, so daß die Kontinuität des Zäpfchens erhalten blieb.

Wider Erwarten war die Voroperation durchaus wenig blutig. Die Blutung ließ sich durch einfache Jodoformgazetamponade in den einzelnen Phasen der Operation leicht stillen und stand, als die beiden Oberkieferhälften mit Langenbeck'schen Knochenhaken kräftig auseinander gezogen wurden, fast völlig.

Der Tumor, welcher breit der Schädelbasis aufsaß und sich mit einem Zapfen weit nach der Fossa infratemporalis zu erstreckte, war nach Abtragen der Muscheln und Abschieben des Vomer nun gut zu übersehen, wurde mit einer Muzeux'schen Zange hervorgezogen und gründlich abgetragen. Die Blutung war hierbei ziemlich stark, stand aber nach Tamponade mit adrenalingetränkter Gaze bis auf einen größeren spritzenden Ast der Art. maxillaris interna, der bei der Abtragung des linken Zapfens der Geschwulst verletzt wurde. Dieser konnte ge-

faßt und ligiert werden. Sodann konnte ohne Behinderung durch Blutung das Geschwulstbett nach Resten der Geschwulst besichtigt werden.

Auch bei diesem blutigen Akte der Operation konnte dank der gewählten Kocher'schen Schräglagerung des Pat. jede Aspiration von Blut leicht durch abdämmende Jodoformgazestreifen und häufiges Austupfen des Rachenraumes vermieden werden.

Die Wundflächen des Geschwulstbettes wurden mit zwei Jodoformgazestreifen, die durch die Nasenlöcher herausgeleitet wurden, tamponiert; sodann wurden die in ihre natürliche Lage zurückgebrachten beiden Oberkieferhälften durch eine Silberdrahtnaht aneinander fixiert und die Naht des Gaumens und der Oberlippe ausgeführt.

Der Wundverlauf war ein ungestörter. Nur an der Grenze des harten und weichen Gaumens schnitt eine Naht durch, und es entstand ein kleiner Defekt, der durch eine spätere Naht geschlossen werden soll.

Am 4. Tage wurde der rechte und am 6. Tage der linke Jodoformgazestreifen entfernt.

Schon sehr bald konnte der Knabe halbfeste Nahrung kauen, und am 17. Tage war die Konsolidation des Oberkiefers schon so weit vorgeschritten, daß die Silberdrahtnaht entfernt werden konnte.

Der Knabe erholte sich zusehends und hat bei der Entlassung am 15. Februar 1908 3 kg zugenommen.

Kurz vor der Entlassung wird das Fehlen des rechten äußeren Schneidezahnes bemerkt. Der beschränkte Pat. hat sich ihn selbst mit den Fingern extrahiert, da er locker gewesen sei. Die Untersuchung der übrigen Zähne und insbesonders der beiden bei der Operation am meisten gefährdeten inneren Schneidezähne zeigt keine Lockerung derselben.

Die histologische Untersuchung des Tumors ergibt den Befund eines gefäßreichen Spindelzellensarkoms.

Von dieser Operationsmethode und der raschen Erholung des Pat. von dem großen Eingriffe waren wir überaus befriedigt. Auch bei den übrigen bisher veröffentlichten Fällen war der Ausgang der Operation immer ein guter, und es wurden niemals schlechte Erfahrungen mit der Methode veröffentlicht, so daß es eigentlich wunderlich ist, daß sie nicht öfter angewendet wurde.

Der Grund, daß diese Methode, trotz der bisher gemeldeten guten Ergebnisse, so selten zur Operation von malignen Tumoren des Nasen-Rachenraumes gewählt wurde, dürfte neben der seltenen Gelegenheit zu solchen Operationen überhaupt vielleicht auch darin zu suchen sein, daß die Kocher'sche temporäre Aufklappung beider Oberkiefer in den gebräuchlichsten chirurgischen Handbüchern und Operationslehren als eine überaus blutige bezeichnet wird. Heißt es doch auch im Handbuche der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz: »Diese trotz Anwendung aller eingangs besprochenen prophylaktischen Maßnahmen« (Carotisunterbindung usw.) »sehr blutige Operation hat bisher keine allgemeine Aufnahme finden können«. Auch die sehr gute Beschreibung der Operation von v. Esmarch und Kowalzig beginnt mit den Worten: »Die sehr blutige Operation wird am hängenden Kopfe ausgeführt, nach vorhergegangener Ligatur der Carot. ext. und Morphium-Chloroformnarkose von einer Tracheotomiewunde aus«.

Nun haben wir aber in unserem Falle die Erfahrung machen

können, daß die Kocher'sche Voroperation als solche weniger blutig ist als jede einseitige totale Oberkieferresektion, und daß es bei entsprechender Lagerung des Pat. vollkommen und unschwer auch ohne präventive Carotisligatur und Tracheotomie gelingt, den Gefahren der Blutung durch Tamponade in wirksamer Weise entgegenzutreten und dabei dem Pat. doch die Wohltat einer vollkommenen Narkose zuteil werden zu lassen. Auch in den übrigen Fällen (Lavisé, Hertle, Payr, Hofmann), wo auf die Ligatur der Carotiden verzichtet wurde, war die Blutung, wenn sie von einigen Operateuren auch als eine sehr starke bezeichnet wurde, doch immer durch Tamponade zu stillen und hat keine üblen Folgen gehabt. Payr hebt sogar hervor, daß in seinem Falle »die Blutung eine durchaus mäßige und leicht zu beherrschende war«.

Die Befürchtung einer zu starken Blutung mit ihren Gefahren veranlaßte mehrere Operateure vor der Ausführung dieser Operation zu prophylaktischen Maßnahmen.

So suchten Kocher, Depage und Enderlen die Blutung durch (temporäre) Unterbindung beider äußeren Carotiden zu beschränken. Enderlen leistete die Ligatur auch vortreffliche Dienste, während es in dem Falle Depage's bei der Abschälung des Tumors von der Basis cranii und den oberen Halswirbeln trotz Unterbindung zu heftigerer Blutung kam. Die starke Blutung bei Kocher ist wohl der Rose'schen Lage, dem »hängenden Kopfe« zuzuschreiben, weshalb Kocher auch von dieser entschieden abrät. Enderlen operierte in der Kocher'schen Schräglage mit erhöhtem Kopfe und war damit sehr zufrieden. Streissler hatte es trotz der Ligatur der linken Carotis ext. bei hauptsächlich linksseitigem Sitze des Tumors schon bei der Voroperation mit einer überaus heftigen Blutung zu tun, deren Stillung die Operation sehr in die Länge zog. In dem Falle Garrè's wurde nur eine Fadenschlinge um das Gefäß geführt, um bei stärkerer Blutung angezogen zu werden; die Blutung wird als nicht besonders stark bezeichnet. Depage, Hertle, Hofmann und v. Bergmann tracheotomierten ihre Pat. und führten Tamponkanülen ein.

In unserem Krankenhause wurde von der präliminaren Unterbindung der Carotis ext. zu wiederholten Malen mit bestem Erfolge Gebrauch gemacht. Nur in einem Falle, einer Exstirpation des Ganglion Gasseri nach Krause, allerdings bei einem 73 Jahre alten Manne, hatte sie die von Hertle geschilderten üblen Folgen. Auch die Fowler'sche Umschlingung der Carotis communis mit mehrfachem Jodoformdochte und leichtem Anziehen desselben leistete uns in einem Falle von rechtsseitiger Oberkieferresektion wegen Karzinom vorzügliche Dienste, ohne bei der schon betagten, 66 Jahre alten Pat. irgendwelchen Schaden anzurichten. Trotzdem wollte mein Chef unseren Pat. nicht von vornherein ohne zwingenden Grund der doch immerhin nicht gleichgiltigen temporären Unterbindung beider Carotides ext. oder gar den Gefahren, die jede Tracheotomie mit sich bringt, aussetzen und operierte ohne diese prophylaktischen Maßnahmen in der Kocher-

schen Schräglage, der wir gerade bei dieser Operation besondere Wichtigkeit beimessen, und die wir deshalb auch angelegentlichst empfehlen, weil sie sowohl in bezug auf Aspirationsgefahr als auch Blutung überhaupt überaus günstige Verhältnisse schafft und für den Operateur sehr bequem ist.

Der Verlauf der Operation rechtfertigte dieses Verhalten in jeder Beziehung.

Eine prophylaktische Maßnahme zur Verhinderung der Aspiration bei dieser und ähnlichen Operationen verdient gewiß alle Beachtung; es ist dies die perorale Intubation nach Kuhn; sie kann nötigenfalls auch während der Operation rasch ausgeführt werden.

In unserem Falle — Hertle und Streissler passierte das gleiche — heilte der getrennte weiche Gaumen nicht vollständig zu; es entstand an der Grenze des harten und weichen Gaumens ein kleiner Defekt, der eine kleine Nachoperation erfordert und gewiß nicht schwer in die Wagschale fällt. Depage hat in dem einen seiner Fälle den weichen Gaumen überhaupt erst nach 6 Wochen genäht, damit das Wundbett bei der Nachbehandlung besser zugänglich sei. Wir glauben aber, daß wegen narbiger Verkürzung des Gaumensegels doch immer die primäre Vereinigung anzustreben sei.

Über die mit dieser Operation erzielten Dauererfolge läßt sich, da sie bisher noch so selten ausgeführt wurde, und überdies die Endresultate nur weniger Fälle bekannt sind, vorläufig wenig sagen. — Der Pat. Streissler's (Sarkom) starb nach mehreren Monaten an einem ausgebreiteten Rezidiv an der Schädelbasis. Der Pat. Hertle's (Fibrom) wurde nach 3 Jahren von Hofmann wegen Rezidiv nach der gleichen Methode wieder operiert, und sie ergab auch diesmal ein gleich gutes funktionelles und kosmetisches Resultat. — So viel läßt sich aber gewiß sagen, daß sie die beste Vorbedingung zur Dauerheilung die beste Möglichkeit einer radikalen Exstirpation der bösartigen Geschwülste des Nasen-Rachenraumes und der Schädelbasis ohne die geringste Entstellung bietet und, was die Zugänglichkeit des Operationsfeldes anbelangt, nur noch von einer Voroperation, der temporären Aufklappung beider Oberkiefer mit gleichzeitiger Aufklappung der ganzen Nase gegen die Stirn, übertroffen wird. Dieser »geradezu riesenhafte« Eingriff wurde bisher erst einmal von v. Bergmann mit dem besten Erfolge für den Kranken (8jährige Rezidivfreiheit) ausgeführt, nachdem nach der früher mittels einfacher temporärer Oberkieferresektion vorgenommenen Exstirpation ein Rezidiv an der Schädelbasis aufgetreten war (Pinkus).

Aus der Arbeit von Pinkus, welche die Erfahrungen über 18 in der Klinik v. Bergmann's nach verschiedenen Operationsmethoden behandelte Fälle von Nasen-Rachentumoren berichtet, geht hervor, daß gerade die Fälle, welche nach sehr eingreifenden, das Operationsfeld ausgiebigst freilegenden Methoden operiert wurden, rezidivfrei geblieben sind, obwohl gerade diese die am meisten vorgeschrittenen Fälle waren.

Dieser Umstand spricht gewiß auch zugunsten der Kocher'schen Methode, und es wäre nur zu wünschen, daß sie im Interesse der Dauerheilung dieser Pat. öfter als bisher und so frühzeitig als nur möglich Anwendung fände und nicht nur erst dann in ihre Rechte träte, wenn es gilt, nach anderen Operationsmethoden entstandene Rezidive zu beseitigen.

Literatur.

Kocher, Chirurgische Operationslehre. 5. Auflage. 1907. p. 578.

Otto Lanz, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXV. p. 423. 1893.

Falkenberg, Wratsch 1895. Nr. 33. (Referat.)

Depage, Extrait du bull. publié par la soc. roy. des scienc. méd. et nat. de Bruxelles, séance du 1. janvier 1897.

Depage, Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1898. Nr. 5.

Lavisé, IV. Congrès de la société belge de chirurgie 1898.

Payr, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 2.

Hertle, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIII. Hft. 1.

Enderlen, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV. p. 517.

Stenger, Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.

Pinkus, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXXII. p. 110.

Hofmann, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1907. p. 191.

v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz, Handbuch der praktischen Chirurgie. 2. Auflage. Bd. I. p. 776.

v. Esmarch und Kowalzig, Chirurgische Technik. 3. Auflage. Bd. III und IV. p. 36.

F. Kuhn, Die Operation der Nasen-Rachentumoren mittels peroraler Intubation. Fischer's med. Buchhandlung (F. H. Kornfeld) 1906.

II.

Aus der chirurgischen Klinik der militärmedizinischen Akademie zu St. Petersburg. Vorstand: Geh.-Rat Prof. M. Subbotin.

Behandlung knöcherner Ellbogengelenksankylosen mittels Überpflanzung von ganzen Gelenken[1].

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. P. Buchmann,

I. Assistent der Klinik.

Die Behandlung der knöchernen Ankylose im Ellbogengelenke stellt bis heutzutage für Patient und Arzt eine schwer zu lösende Aufgabe dar.

Typische Resektion, orthopädische Resektion (Osteotomia trochleiformis nach Defontaine, Arthrolysis nach Wolff), Einpflanzung verschiedenartiger Fremdkörper und Gewebsteile (Muskel- und Sehnenlappen nach Verneuil-Helferich, Fettlappen — Schanz, Haut-

---

[1] Vortrag, gehalten in einer Sitzung der russischen Pirogow'schen chirurgischen Gesellschaft zu St. Petersburg am 12./25. März 1908.

lappen — Gluck, Periostlappen — Hofmann, Knorpelplatten — Węglowsky, Elfenbein — Gluck, Magnesiumblech — Pupovac) —, alle diese Methoden wurden vorgeschlagen und erprobt, und keine von ihnen ist zum Allgemeingut erwachsen. Die schlimmen Ausgänge — Rückfälle der Versteifung, sogar Ausbildung von passiven Schlottergelenken — waren nämlich bei keiner der Methoden allzu selten, und die spärlichen hier und da erzielten Erfolge in solchem Mißverhältnis zur Mühe und enorm schmerzhaften Nachbehandlung, daß viele Chirurgen eine feste Ankylosierung in bequemster Stellung den Mobilisierungsversuchen vorziehen.

Dennoch werden seit den bekannten Gluck'schen Arbeiten von Zeit zu Zeit neue Vorschläge laut, deren einzelne Erfolge freilich mehr auf günstigen Verhältnissen der betreffenden Fälle, als auf wirklichen Vorzügen der neuen Methoden beruhen.

Einen prinzipiell neuen Weg glaube ich bei den zwei von mir operierten knöchernen Ellbogengelenksankylosen betreten zu haben, indem ich ganze geschlossene Gelenke in die Resektionswunde der Knochen einpflanzte.

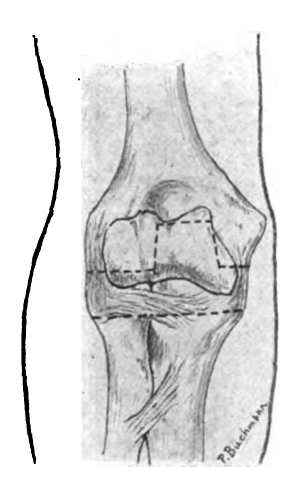




Fig. 1. Punktierte Linie zeigt Schnittführung der Knochen en face.

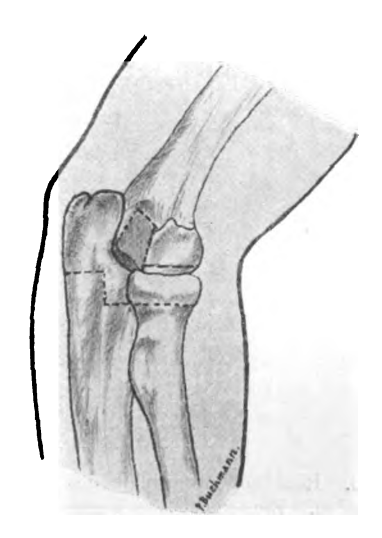


Fig. 2. Punktierte Linie zeigt Schnittführung der Knochen en $^3/_4$.

Die dauerhaften Erfolge, welche von verschiedener Seite mittels Überpflanzung langer Röhrenknochen erzielt sind, legten schon den Gedanken nahe, auch ganze Gelenke zu transplantieren. Als Überpflanzungsobjekt wählte ich das I. Metatarsophalangealgelenk, welches bei genügender Größe und Festigkeit ziemlich breite Streck- und Beugebewegungen gestattet, während es lateral fast unverschieblich ist.

Dieses Gelenk wurde bei zwei Pat. transplantiert, wie aus nachstehenden Krankengeschichten zu ersehen ist.

Fall I. G. K., jüdisches Mädchen, 14 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. Im 8. Lebensjahre hat sie ein schweres Trauma erlitten, wonach das rechte Ellbogengelenk erkrankte und nach fast 2 Jahren vollständig steif wurde.

Status praesens: Gut entwickeltes, im übrigen ganz gesundes Mädchen; rechter Ellbogen in einem Winkel von 150° fixiert, weder aktiv noch passiv im geringsten beweglich, auch Pro- und Supination unmöglich; Muskulatur des rechten Oberarmes atrophisch, Handgelenk und Finger normal beweglich, Haut und Weichteile über dem erkrankten Gelenk normal. Im Röntgenbild ist eine vollständige knöcherne Ankylose zu sehen.

Operation am 15. Oktober 1907 in Chloroformnarkose und künstlicher Blutleere. Längsschnitt nach Park-Langenbeck bis zur Tricepssehne und dem Olecranon etwas unterhalb des Gelenkspaltes. An der Außenseite des Olecranon werden alle Weichteile in der Längsrichtung durchtrennt und mit einem Raspatorium nach innen verschoben (Tricepssehne, Kapselreste, Periost). In der Höhe

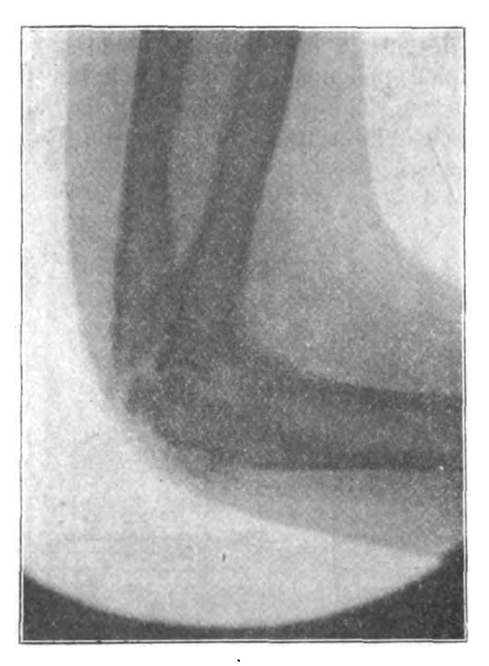


Fig. 3. Röntgenphotographie des rechten Ellbogengelenkes 8 Wochen nach der Operation. Eine knöcherne Verwachsung an beiden Knochenstücken ist eingetreten. Die Gelenkfacette der I. Phalange ist leicht zu sehen.

des Gelenkspaltes wird das Olecranon mit einem Meißel durchtrennt und ganz entfernt, dann die lateralen Kapselreste durchschnitten und die knöcherne Verbindung zwischen Humerus, Ulna und Radius durchtrennt. Jetzt konnte das Gelenk spitzwinklig gebeugt werden, und in dieser Lage wurden in den Armknochen die Nischen ausgemeißelt, welche zur Aufnahme des einzupflanzenden Gelenkes bestimmt waren. Zuerst wurde eine Nische in der Trochlea angefertigt, und zwar so, daß ihre Breite nach vorn zunahm, nach oben abnahm; dann wurde von der unteren Humerusepiphyse ein 3—4 mm dickes Stück abgetragen und auf diese Weise ein breiter Zugang zur vorderen Gelenkfläche geschaffen. Von hier aus wurde mit Meißel und Raspatorium der Ansatz der M. brachialis internus an den Processus coronoideus abgetrennt und in der Ulnaepiphyse eine viereckige Nische ausgemeißelt, wohin das Stück Halluxphalange passen sollte. Zuletzt wurde

das Radiusköpfchen abgetragen und die Ulna vom Radius auch gänzlich abgetrennt.

In die so vorbereitete Nische wurde das inzwischen in toto extrakapsulär resezierte, uneröffnete I. Metatarsophalangealgelenk hineingebracht, welches dem linken Fuße der Kranken entnommen war. In der Resektionswunde des Ellbogens wurde dieses Gelenk in der Weise gelagert, daß die Plantarfläche nach hinten, die Dorsalfläche nach vorn kam, das Metatarsalstück in die Humerusnische, das Phalangealstück in die Ulnanische eingeschoben wurde. Darauf keine Knochennaht, Schließung der Wunde der Weichteile und Gipsverband bei gestrecktem Ellbogen. (Die Wunde am Fuße wurde einfach zusammengenäht und verbunden.)

Verlauf glatt; beim ersten Verbandwechsel ca. 30 ccm blutig-seröser Flüssigkeit entleert. Am 21. Tage wird in Chloroformnarkose der Gipsverband abgenommen und durch einen neuen, diesmal in spitzwinkliger Stellung angelegten Verband ersetzt. Am 33. Tage Gipsverband endgültig entfernt und wegen einer bestehenden Fistel Bier'sche Stauung eingeleitet; bei dieser Behandlung schloß sich die Fistel innerhalb 5 Wochen. Jetzt, Ende Dezember, wurde mit passiven Bewegungen und Massage begonnen. Aktive Bewegungen seit Abnahme des Gipsverbandes schmerzlos innerhalb 30° möglich. Mitte Januar 1908 hat die Kranke Bewegungsübungen auf orthopädischen Maschinen begonnen.

Durch mehrere Röntgenaufnahmen werden folgende Verhältnisse sichergestellt: 1) ist das eingepflanzte Gelenk in seiner Nische fest eingeheilt; 2) ist dieses Gelenk funktionsfähig geblieben, und bei Beugung resp. Streckung des Ellbogens erfolgen die Bewegungen eben in diesem Gelenk; 3) der Erfolg wird etwas beeinträchtigt durch die Knochenneubildung an der Humerusepiphyse; es soll hier also künftighin mehr Knochensubstanz reseziert werden.

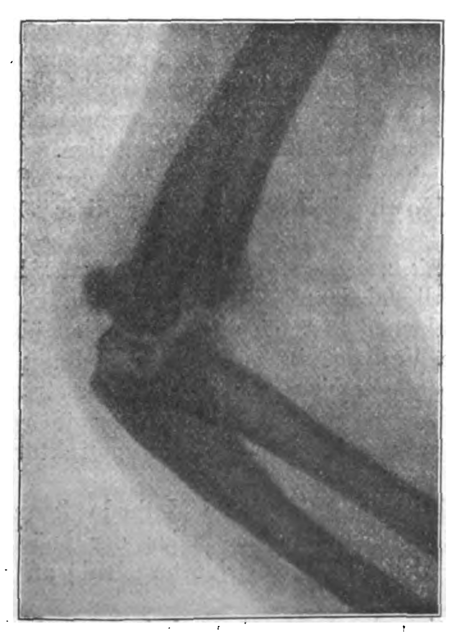


Fig. 4. Röntenphotographie des linken Ellbogengelenkes $10^1/_2$ Wochen nach der Operation. Die Gelenkspalte ist gänzlich zu sehen.

Fall II. Die zweite Kranke, ein litauisches Mädchen, 19 Jahre alt, wurde am 5. September 1907 in die Klinik aufgenommen. Gut entwickelt und stets gesund gewesen; im Oktober 1906 geriet sie bei der Arbeit in ein Maschinenrad,

wobei eine komplizierte Fraktur im Bereiche des linken Ellbogengelenkes und eine breite Hautabreißung daselbst entstanden ist. Nach längerer Krankheitsdauer, wobei Sequester abgestoßen wurden, bildete sich eine knöcherne Ankylose im Winkel von über 150° aus. Pro- und Supination unmöglich. Die ganze Vorderfläche des unteren Drittels des Oberarmes und des oberen Drittels des Vorderarmes teils narbig, teils noch granulierend.

Anfang Dezember 1907 war die Wunde vernarbt, und am 13. Dezember wurde die Gelenküberpflanzung wie im ersten Fall ausgeführt. Es wurde aber mehr Periost vom Humerusende abgetragen. Verlauf nur insofern gestört, als ein Hämatom entstanden war.

Erster Gipsverband in gestreckter Stellung nur 11 Tage getragen, alsdann in Chloroformnarkose neuer Gipsverband im Winkel von 70° für 6 Wochen. Nach Abnahme des Verbandes aktive, völlig schmerzlose Bewegungen innerhalb 20—30°.

Wegen der bestehenden Fistel Stauungsbinde angelegt, was einen raschen Schluß der Fistel (2 Monate nach der Operation) zur Folge hatte. Leider sind in diesem Falle Massage und Gymnastik wegen der ausgedehnten, leicht einreißenden Narbe der Weichteile nicht anwendbar; dennoch sind schon jetzt, also 3 Monate nach der Operation, aktive Streck- und Beugebewegungen innerhalb 60° (Beugung) und 130° (Streckung) möglich.

Beide Kranke konnten 2 Monate nach der Operation schmerzlos auf den operierten Fuß auftreten und gehen seitdem ganz fest und unbehindert herum.

Meine Schlußsätze sind folgende:

1) Die Transplantation und die Einheilung von ganzen, uneröffneten, dem Kranken selbst entnommenen Gelenken sind möglich und zweckmäßig, ebenso wie die Überpflanzung von langen Röhrenknochen.

2) Die Transplantation des I. Metatarsophalangealgelenkes in die Resektionswunde eines ankylosierten Ellbogengelenkes kann die Beweglichkeit im letzteren Gelenk wieder herstellen.

3) Nach Leichenexperimenten scheint der Park-Langenbeck'sche und Kocher'sche Schnitt für diese Operation der geeignetste zu sein.

4) Das Gelenk zwischen Eminentia capitata humeri und dem Radiusköpfchen soll dabei breit reseziert werden.

5) Eine Knochennaht ist für diese Operation überflüssig.

6) Der erste Verband in gestreckter Stellung soll durch den zweiten in Beugestellung nicht vor 15 Tagen ersetzt werden.

7) Aktive sowie passive Bewegungen im überpflanzten Gelenk gehen schmerzlos vor sich, soweit es die kontrakturierte Muskulatur gestattet.

8) Die beschriebene ganz neue Methode kann mit Recht den besten existierenden Behandlungsmethoden der knöchernen Ellbogengelenksankylosen (vielleicht auch Schlottergelenk) an die Seite gestellt werden.

9) Die Resektion des I. Metatarsophalangealgelenkes übt keinerlei schädliche Folgen auf die Funktion des Fußes aus.

1) **L. la Roy.** Étude anatomo-pathologique et clinique de la tuberculose à masque pseudo-leucémique.

(Arch. intern. de chir. 1907. Fasc. 6.)

Für die Erkennung der unter dem Bilde einer Pseudoleukämie verborgenen tuberkulösen Erkrankungen läßt sich differentialdiagnostisch verwerten: das nur der Tuberkulose eigentümliche Fieber, die frühzeitige Härte der Lymphome, welche jeder therapeutischen Beeinflussung, auch der Wirkung der Röntgenstrahlen trotzen, die Leukocytose bei Tuberkulose, die Lymphocytose bei Pseudoleukämie, das Fehlen der hämorrhagischen Diathese und der Augenhintergrundsveränderungen. In unklaren Fällen Probeexzision und histologische Untersuchung.

Während bei der Pseudoleukämie jeder chirurgische Eingriff kontraindiziert ist, muß die Abtragung tuberkulöser Geschwülste, solange der Prozeß lokalisiert ist, in allen Fällen angeraten werden.

Revenstorf (Hamburg).

---

2) **Risacher.** Du thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1907.

Die Arbeit des Verf.s gibt eine Beschreibung der in der Abteilung von Ménard in Berck-sur-Mer angewendeten Injektionsmethode tuberkulöser Abszesse. Hierzu wird der Thymolkampfer benutzt, den man darstellt, indem man 1 Teil Thymol mit 2 Teilen Kampfer mischt und leicht erwärmt; es bildet sich eine dickliche, in Wasser unlösliche, in fetten Ölen, Alkohol, Äther und Chloroform leicht lösliche Flüssigkeit, von 0,967 spez. Gewicht. Man spritzt hiervon 2—4 ccm in größere, 1 ccm in kleinere Abszesse ein, indem man darauf achtet, keine Vene anzustechen und die Flüssigkeit nur unter leichtem Drucke ausfließen zu lassen. Das Mittel bewirkt eine Verflüssigung der tuberkulösen Fungositäten, ist stark antiseptisch und viel weniger giftig, als das zu demselben Zwecke empfohlene Naphtolum camphoratum.

E. Toff (Braila).

---

3) **C. Kraemer.** Zur Tuberkulinnachbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.

(Med. Klinik 1908. p. 128.)

Nach abgeschlossener chirurgischer Behandlung eines Tuberkulosefalles (Knochen-, Gelenk- Halsdrüsentuberkulose) ist mit Hilfe von Tuberkulineinspritzungen zu prüfen, ob noch mehr tuberkulöse Herde im Körper vorhanden sind. Die örtliche Tuberkulinreaktion wird ihren Sitz anzeigen. Besonders sind diese Nachforschungen bei Jugendlichen nötig. K. geht dabei von der Annahme aus, daß die späteren tuberkulösen Leiden solcher Kranken nicht auf Neuinfektionen beruhen, sondern mit der früheren chirurgischen Tuberkulose in Zusammenhang stehen, daher rechtzeitig aufgefunden und durch

*

Tuberkulin geheilt werden könnten. Zwei »Leitfälle« sind mitgeteilt. Die Möglichkeit, einen örtlich behandelten Tuberkulösen vor dem weiteren Ausbruch und vor der Übertragung des Leidens auf Gesunde zu behüten, ist jedenfalls gegeben. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

4) **F. Orthner.** Das Wesen der Avidität der Zellen zu den Nährstoffen und die Entstehung der Geschwülste aus verlagerten Keimen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

5) **F. Orthner.** Wachstum und Wachstumsstillstand gutartiger und bösartiger Geschwülste. (Aus der v. Eiselsberg'schen Klinik.

(Ibid. Nr. 45.)

6) **P. Ehrlich.** Bemerkungen zu obigen Aufsätzen.

(Ibid. Nr. 49.)

Für die Proliferation der Zellen bestehen nach O. drei Grundbedingungen: genügende Blutversorgung, Avidität der Zellen zu den Nährstoffen, Fähigkeit der Zellen, die Substanzen im Sinne der Proliferation zu verwerten. Indem er annimmt, daß die Avidität der Zellen zu den Nährstoffen auf dem Vorhandensein chemischer Spannkräfte beruht, kommt Verf. weiter zu dem Schluß, daß mit dem Altern des Individuums die Avidität abnimmt, bis schließlich ein Weiterleben unmöglich ist.

Normalerweise halten sich die verschiedenen Zellen des Körpers in bezug auf Avidität das Gleichgewicht; zu größeren Störungen müsse es aber kommen, wenn in einer Gruppe der Spannkräfteumsatz längere Zeit gehemmt sei. Solche Umstände seien z. B. durch Verlagerung von Zellen gegeben; hier könne es zu relativer Steigerung der Avidität und vermehrter Ausnutzung der aufgenommenen Nährstoffe zum Zwecke der Proliferation kommen.

Zwischen gut- und bösartigen Neubildungen besteht nur ein quantitativer Unterschied.

E. weist zunächst darauf hin, daß er sowohl wie Albrecht schon vor 2 und 3 Jahren die Bildung der Geschwülste auf eine Differenz der Avidität ihrer und der übrigen Zellen zurückgeführt haben. Dann tritt er der O.'schen Vermutung entgegen, daß sich auch der Übergang transplantierter Karzinome in Sarkome durch seine Hypothese erklären lasse. **Renner** (Breslau).

---

7) **J. Hofbauer.** Experimentelle Beiträge zur Karzinomfrage. (Aus der Königsberger Frauenklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Durch Untersuchungen am schwangeren Uterus kam Verf. zu der Ansicht, daß die Langhans'schen Elemente ihren destruktiven Cha-

rakter durch hochaktive, eiweißspaltende Fermente erhalten, die sie nicht nur zur Aufnahme von Nährmaterial, sondern auch zur Auflösung (Verdauung) und Ersetzung materner Gewebe befähigen. Es tauchte nun der Gedanke auf, ob es sich bei den karzinomatösen Neubildungen um ähnliche Vorgänge handelt. Wenn auch da Fermente tätig sind, mußten die entstandenen Zwischen(Spalt-)produkte nachzuweisen sein. Diese will H. auch bei mehreren Mammakarzinomen gefunden haben und schließt auf abnorme Fermentvorgänge. Auch durch andere Autoren ist der Ablauf intensiver enzymatischer Prozesse im Karzinomgewebe sichergestellt. Es müßte also dann möglich sein, durch Fermente bzw. Antifermente Wucherungsvorgänge zu erzeugen, bzw. zu hemmen. Ersteres ist H. durch Trypsininjektionen am Kaninchenohre gelungen; mit Hemmungsversuchen, die er schon vor 3 Jahren anregte, ist er zurzeit beschäftigt.

Durch die Bier'schen Versuche sah sich H. veranlaßt, seine bisherigen Resultate und Anschauungen schon jetzt zu veröffentlichen.

Renner (Breslau).

8) **B. W. Babcock** and **G. E. Pfahler.** A conservative treatment of sarkoma.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Verff. bringen eine recht beachtenswerte Mitteilung über die Erfolge der konservativen Behandlung bösartiger Sarkome, das sind die periostogenen Sarkome der langen Röhrenknochen, die Melano- und Rundzellensarkome, die im allgemeinen rasch zum Tode führen und auch der eingreifendsten chirurgischen Therapie trotzen, zumal das Operationstrauma selbst zu neuen Rezidiven in den Narben prädisponiert. Die Kachexie und der frühzeitige Tod der Pat. ist weniger durch die Geschwulstentwicklung an sich bedingt, als durch den Untergang und die Nekrose der Geschwulstzellen, die außerdem durch Röntgenstrahlen, Pyoktanin, Methylenblau und gewisse Toxine in therapeutisch günstigem Sinne beeinflußbar sind. Demzufolge stellen die Autoren für die Therapie der oben erwähnten Sarkome neue Indikationen auf. Bei der Aussichtslosigkeit hoher Amputationen und Exartikulationen nach den Statistiken Butlin's, Coley's und Morel's, bei der hohen Sterblichkeitsziffer dieser Operationen und der Gefahr der Narbenrezidive halten Verff. die Amputation nur dann für gerechtfertigt, wenn das zu amputierende Glied durch die Neubildung völlig funktionsfähig geworden ist. In allen anderen Fällen soll sich der Chirurg mit der subkapsulären Enukleation begnügen, die die lokalen Druckerscheinungen, die Verunstaltungen und die Kachexie infolge der Geschwulstnekrose behebt. Nach der Enukleation soll die Kapsel mit aseptischer Gaze austamponiert werden, nachdem sie vorher mit einer 5%igen Pyoktaninlösung bepinselt worden ist. Bei starken Blutungen infolge von Nekrosen des Sarkoms sollen terpentingetränkte Kompressen von Vorteil sein, bei jauchigem Zerfall wird reine Karbolsäure und nachfolgende Alkoholbepinselung, bzw.

33%ige Zinkchloridlösung empfohlen; bei oberflächlichem Zerfall genügt Pikrinsäure. Statt des Pyoktanin kann auch Methylenblau verwendet werden, das ebenso wie Pyoktanin nicht allein antiseptisch und desodorisierend wirkt, sondern auch infolge seiner fluoreszierenden Fähigkeiten die Röntgenbestrahlung unterstützt, die nach der Einwirkung der chemischen Agentien einsetzen soll. Es werden harte Röhren in einer Entfernung von 30 cm für 20—50 Minuten verwendet. Die Behandlung soll täglich ausgeübt und monatelang fortgesetzt werden, wenn der Pat. die unter allen Vorsichtsmaßregeln ausgeführte Bestrahlung verträgt. Neben der lokalen Behandlung soll eine allgemein roborierende einhergehen, event. kann auch Methylenblau, Chinin oder Fluorescin innerlich gegeben werden. In recht verzweifelten Fällen könnte man noch einen Versuch mit Coley's Toxingemischen machen, das jedoch nach Coley selbst nur in 10% der Fälle Erfolge zeitigt, und dessen Verwendung recht viele Übelstände mit sich bringt. Trypsin und Doyen's Serum waren ohne Erfolg.

Sechs ausführlich geschilderte, zum Teil illustrierte Fälle, in denen es sich teilweise um Rezidive handelte, sollen die Erfolge der oben dargelegten konservativen Therapie zeigen. **Strauss** (Nürnberg).

---

9) **E. v. Graff.** Experimentelle Beiträge zur Erklärung der Wirkungsweise der Bier'schen Stauung. (Aus dem Innsbrucker hygienischen Institut und der Innsbrucker chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

Nach den Ergebnissen der in dieser vorläufigen Mitteilung kurz erwähnten Versuchsreihen beruht die Heilkraft des Stauungsödems weder auf einer rein humoralen bakteriziden noch auf einer antitoxischen Wirkung, sondern auf seiner Fähigkeit, die leukocytäre Phagocytose in hohem Grade zu fördern. Ob dies auf dem Gehalte des Ödems an Stimulinen, Opsoninen oder Bakteriotropinen beruht, will Verf. nicht entscheiden. **Kramer** (Glogau).

---

10) **G. Fichera.** Ancora sul meccanismo d'azione dell' iperemia da stasi nelle infezioni.

(Policlinico 1908. Nr. 1 u. 2. Sez. chir.)

Auf Grund weiterer ausführlich mitgeteilter Experimente an Meerschweinchen (s. Referat im Zentralblatt für Chirurgie 1907 p. 333) kommt Verf., teilweise in Übereinstimmung mit den Beobachtungen von Heyde, Maragliano, Axamit, Riedl, Rosenberger und Tarantine, zu nachstehenden Schlüssen:

Die Injektion tödlich wirkender Mengen virulenter Bakterien wird unwirksam, wenn in Gegenden injiziert wird, die vorher der Stauung unterworfen waren; das durch die Stauungshyperämie bedingte Transsudat hat keinerlei stärkere bakterizide Wirkung; die Stauungshyper-

ämie bildet ein mechanisches Hindernis für den Übergang pathogener Bakterien in den Kreislauf und hindert so das Eintreten von Septhämie. In infizierten Gegenden findet unter dem Einfluß der Stauungshyperämie reichliche Leukocytenauswanderung und Phagocytose sowie rasche Bindegewebsneubildung statt. Das Zeitintervall, in dem nach akuter Infektion die Bier'sche Methode noch wirksam ist, ist relativ beschränkt. Bakterientoxine (Tetanus) werden durch die Stauungshyperämie nicht beeinflußt.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis, das die Arbeiten von 1906 und 1907 umfaßt, ist der Arbeit beigegeben. **Strauss** (Nürnberg).

---

11) **F. Riedl.** Erfolgreiche Anwendung gefäßerweiternder Einspritzungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Auf einer zufälligen Beobachtung fußend, hat R. Warzen durch Injektion gefäßerweiternder Lösungen, speziell von Nebennierenpräparaten, dauernd beseitigen können. Die Injektionen müssen in die Haut, nicht in das Unterhautzellgewebe, stattfinden. An die kurzdauernde Anämie schließt sich eine längere Hyperämie, nach deren Ablauf immer wieder eine neue Injektion gemacht werden muß, bis die allmählich kleiner werdende Warze ganz verschwunden ist. Experimentell hat R. dann bei künstlich erzeugten Entzündungen den günstigen Einfluß vorhergehender Injektionen nachgewiesen. Dagegen waren solche wirkungslos bei Wucherungen der Haut, wie Fibromen, Naevis. R. schließt aus diesen beiden Tatsachen, daß auch die Warzen chronisch entzündlichen Ursprunges sein müssen und wird darin bestärkt durch die für ihn feststehende Übertragbarkeit, für die er Beispiele (Mensch—Kuh—Mensch) beibringt. Auch bei vier Fällen von Ulcus rodens hatte er anscheinend gute Erfolge, will aber ein definitives Urteil noch nicht abgeben. Bei Furunkeln will er mit den Injektionen eine Abortivkur im Frühstadium versuchen, und auch Kondylome solchen Versuchen unterziehen. **Renner** (Breslau).

---

12) **J. D. Bryant.** Some unclassified dangers in anesthesia.

(New York med. record 1907. Dezember 28.)

13) **R. Reyburn.** Prevention of death during anesthesia by chloroform and ether.

(Ibid. 1908. Januar 18.)

14) **D. Loree.** Ether anesthesia.

(Ibid. Februar 29.)

Ohne wesentlich neue Gesichtspunkte zu enthalten, beweisen obige drei kurze hintereinander aus der Feder verschiedener Autoren erschienenen Artikel, wie dringlich überall in den Vereinigten Staaten die strikte Forderung ausgesprochen wird, daß jede Narkose von einem

in Theorie und Praxis als Anästhesist völlig ausgebildeten approbierten Arzt ausgeführt wird.

Übereinstimmend wird vor Augen geführt, daß man nicht auf Art und Konstruktion der Maske so viel Gewicht legen brauche als auf die Kenntnisse des Narkotiseurs.

B. erinnert sich in ca. 40jähriger Tätigkeit an vier schwere Asphyxien, von denen drei vielleicht hätten vermieden werden können, wenn das Interesse des Narkotiseurs nicht auch auf die Operation gerichtet gewesen wäre.

Ein Todesfall trat durch Anurie nach 24 Stunden ein (Äther, vergebliche Versuche der Reposition einer Hüftverrenkung.)

Nach Hewitt sei die verbrauchte Quantität des Betäubungsmittels nicht gleichbedeutend mit der absorbierten Menge. Außer dem Verluste durch die Respiration befindet sich am Ende der Narkose noch eine gewisse Menge in den Luftwegen.

Deshalb sei die genaue Berechnung des verbrauchten Quantums bisher nicht ausführbar.

R. stellt als wesentliche Punkte auf:

1) Tropfnarkose,

2) möglichste Abkürzung der Operation,

3) bei drohender Asphyxie den Pat. sofort so lagern, daß Kopf und Oberkörper abwärts geneigt sind.

Plötzliche Todesfälle könnten dadurch entstehen, daß der Druck der Blutsäule in der überfüllten Jugularis und der Vena innominata die Öffnung des Vorhofes verhindert. Bei genannter schneller Umlagerung wird der venöse Blutstrom nach dem Kopf abgeleitet und die Zirkulation befördert werden. R. beschreibt sehr anschaulich wie er einmal, als ihm keine weitere Hilfe zu Gebote stand, eine Pat. dadurch rettete, daß er sie hoch hob und seine Schulter zur Herstellung dieser Hängelage benutzte.

L. hat beobachtet, daß der Verbrauch von ca. 120 ccm Äther per Stunde das Normalmaß sei. Bei einer $5^1/_2$ Stunden langen Dauer wurden einmal 420 g verbraucht. Auf das Auftreten von Azeton sei nicht viel Wert zu legen, weil oft gerade in den kürzesten Narkosen und bei dem geringsten Ätherverbrauch solches nachgewiesen würde.

Verf. zieht im allgemeinen eine geschlossene Maske vor.

Loewenhardt (Breslau).

---

15) **N. Senn.** Mediaeval military surgery.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Eine kurze, recht lesenswerte Übersicht über die Kriegschirurgie des Mittelalters. Es werden vor allem die Schußverletzungen und ihre mannigfache Behandlungsart erörtert. Gersdorf, Pfolspeundt, Braunschweig, Würz, Purmann, Gelman, Hilden und Ambroise Paré werden mehr oder minder ausführlich zitiert. Es ist bekannt, daß besonders deutsche Wundärzte schon vor Paré die Schußwunden nicht als vergiftete Wunden betrachteten und dem-

entsprechend nur mit harmlosen Mitteln (warmer Milch, Terpentinöl) behandelten.

Strauss (Nürnberg).

16) **Villaret.** Die Handgranate. 50 S.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1907.

In den ersten Jahrhunderten der Anwendung von Schußwaffen war deren Tragweite eine so geringe, daß in den Schlachten die feindlichen Reihen einander nahe gegenüber traten, es meist zum Handgemenge kam und es sich durchaus lohnte, Sprenggeschosse anzuwenden, die mit der Hand in die feindlichen Reihen geschleudert werden konnten. Es waren das die mit Pulver geladenen Handgranaten, die durch eine Zündschnur zur Explosion gebracht wurden. Mit der größeren Tragweite der Gewehre mußten sie allmählich verschwinden, im Jahre 1800 waren sie fast ganz abgeschafft; nur bei Belagerungen (1832 Antwerpen, 1854—1856 Sebastopol) kamen sie wohl ausnahmsweise zur Anwendung. Da traten sie plötzlich in der neuesten Zeit im mandschurischen Kriege wieder auf den Plan, nicht sowohl als vorschriftsmäßige Waffe, sondern zunächst improvisiert, aus einfachen Blechdosen bestehend, aber nicht mehr wie früher mit Pulver gefüllt, sondern mit den furchtbaren Sprengmitteln unserer Zeit, wie sie schon vor diesem Kriege die Anarchisten zu ihren Bomben verwendet haben. Und zwar benutzten die Soldaten sie nun nicht allein, wenn auch in besonders reicher Zahl, während der Belagerung und Verteidigung von Port Arthur, bei der zu Zeiten die Handgranaten die vornehmste Rolle spielten, sondern auch in den Feldschlachten des Krieges, bei denen es ja auch oft zum Kampfe Mann gegen Mann kam, da sich der Feind in den Stellungen, die er halten wollte, nach Möglichkeit verschanzte. Die Wirkung dieser Granaten war eine fürchterliche infolge der kolossalen zerstörenden Kraft der verwendeten Explosivstoffe. Die Mehrzahl der durch sie Getroffenen erlag entweder sofort der Verletzung oder doch bevor sie in ärztliche Behandlung kommen konnten. Bei denen aber, die lebend auf den Verbandplatz geschafft wurden, handelte es sich meist um Verbrennungen, vielfache Hautverletzungen und eine Unmenge winziger stecken gebliebener Splitterchen. Das muß natürlich wechseln je nach der Entfernung, in welcher die Explosion stattgefunden hat, nach dem Material, aus dem die Granate besteht und der Menge und Explosionskraft ihrer Füllung.

Richter (Breslau).

17) **S. Derüyinsky.** Bericht über die Tätigkeit des temporären Lazarettes am Golitzynhospital in Moskau während des russisch-japanischen Krieges.

Kurzer Bericht über die operative Tätigkeit im Hospital. Da die Verwundeten naturgemäß erst durchschnittlich nach 2—3 Monaten nach Moskau kamen, so geben die beschriebenen Fälle und die diesbezüglichen Operationen nur ein Bild von den späteren Folgen der

Kriegsverletzungen. In jeder der zwölf verschiedenen Gruppen von Verletzungen sind zunächst die Krankengeschichten ausführlich gegeben und dann eine kurze Zusammfassung über die Erfolge der vorgenommenen Operationen, ihre Indikation und die Grundsätze der Behandlung. Es kommen im wesentlichen in Betracht Aneurysmenoperationen (2), Naht peripherer Nerven, Naht nicht geheilter Frakturen, sowie Fisteln nach Schußeiterungen. Die Chirurgie der großen Körperhöhlen tritt naturgemäß ganz in den Hintergrund; es sind nur einige Empyemfisteln verschlossen worden. Hervorzuheben ist von den Lungenschüssen, daß dieselben zwar im allgemeinen zunächst gut heilten, daß aber die Verletzten hauptsächlich wegen Atembeschwerden in das Hospital kamen und von hier meist ungeheilt in die Bäder gingen. Die Prognose war somit anfangs günstig, später indes wurden die Soldaten invalide wegen zurückgebliebener Beschwerden.

Coste (Breslau).

---

18) **Fritz König.** Die späteren Schicksale difform geheilter Knochenbrüche, besonders bei Kindern.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf., dem wir schon eine Reihe wertvoller Anregungen über die Behandlung von Frakturen verdanken, kennzeichnet an einzelnen Beispielen die Wichtigkeit der systematischen Nachuntersuchung geheilter Knochenbrüche. Man lernt aus dieser Kontrolle vor allem, bei welchen Frakturen man zweckmäßig konservativ oder gleich von Anfang an operativ vorgehen soll. Für besonders interessant hält K. es, in verschieden langen Intervallen difform geheilte Knochenbrüche bei Kindern zu untersuchen. An Röntgenbildern aus seinem reichhaltigen kasuistischen Materiale zeigt er, wie bei Kindern der Callus bedeutende Unebenheiten ausgleicht und wie das Wachstum große Vorsprünge des alten Knochens abschleift. Die Resorption ist manchmal geradezu erstaunlich. Die Röntgenbilder lehren, daß der durch Dislokation aus seiner Richtung gerückte Schaft, der überflüssig geworden ist, im Wachstum zurückbleibt und atrophiert, und zwar hauptsächlich durch eine Verminderung des Wachstums in die Dicke und in die Länge. Zum Ersatz für die atrophierende Partie entwickelt sich anscheinend der die Funktion übernehmende neue Teil um so kräftiger, und es scheint, als ob ein vermehrtes Wachstum hier sogar gewisse Differenzen in der Länge ausgleichen kann. Auch die Markhöhle stellt sich vielfach selbst bei sehr großen Deformitäten wieder her. Das kann natürlich nur durch Resorption des Callus zugleich mit der des alten Schaftknochens zustande kommen. Wesentlich ist der Nutzen, den die vorliegenden Beobachtungen für die Therapie geben, insofern sie sicherlich bei Kindern die Notwendigkeit operativer Eingriffe vermindern. Zu lernen bleibt uns nur, welche Deformitäten bei Erwachsenen und Kindern prognostisch ungünstig, und welche harmloser zu beurteilen sind. Zu den ungünstig zu beurteilenden Verschiebungen gehören Absprengungen ins Gelenk und Verdrehungen

abgebrochener Teile. Bei diesen soll auch auf Grund dieser neuesten Studien die Bruchstelle bloßgelegt, genäht oder sonstwie korrigiert werden. Dagegen sind die suprakondylären Brüche mit Verschiebung nach vorn und hinten und selbst die bisher für schwer zu behandeln geltenden verzahnten Oberschenkelquerbrüche konservativer Therapie zu unterwerfen, da ihre Prognose eine günstige ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **Ware.** Radiograms of syphilis of the long bones.

(Surgery, gynecology and obstetrics VI, 1.)

Luetische Knochenerkrankungen ergeben im Röntgenbilde so charakteristische Symptome, daß das Röntgenbild für Diagnose und Prognose der Knochensyphilis von großem Wert ist. An der Hand von elf recht guten Röntgenbildern zeigt Verf. die Besonderheiten der luetischen Knochenveränderungen. Der produktive Charakter der syphilitischen Entzündung ergibt die Dichtigkeit des Schattens, der auch bei gummösen Veränderungen an der Peripherie deutlich ist. Knochenatrophie ohne gleichzeitige reaktive Veränderungen fehlt.

Strauss (Nürnberg).

---

20) **A. le Dentu et P. Delbet.** Nouveau traité de chirurgie. VI. Lésions traumatiques des articulations par Léon Cahier.

Paris, **J. B. Baillière & fils,** 1908.

Verf. behandelt im vorliegenden Werke die Verrenkungen, Wunden, Kontusionen und Distorsionen der Gelenke. Auch die Gelenkfrakturen sind berücksichtigt, wenn schon nicht mit der Ausführlichkeit wie die Verrenkungen, was in der Einteilung des Stoffes begründet ist. Das mit zahlreichen lehrhaften Abbildungen versehene Buch entspricht durchaus den modernen Anforderungen, die man an Diagnose und Behandlung dieser besonders durch die Unfallversicherung wichtig gewordenen Verletzungen zu machen hat. Es steht in jeder Hinsicht auf voller wissenschaftlicher Höhe und ist ein brauchbares Nachschlagewerk. Die therapeutischen Maßnahmen sind bei jedem einzelnen Trauma ausführlich behandelt, so daß auch der praktische Arzt, dem solche Verletzungen seltener vorkommen, sich gut auch über seltenere Formen orientieren kann. Die Literatur, welche sich gerade in letzter Zeit sehr ausführlich mit den Gelenktraumen befaßt hat, ist eingehend berücksichtigt, und alle wirklich wertvollen Verfahren — wie die Bardenheuer'schen Extensionsmethoden — sind in die Besprechung mit einbezogen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

21) **H. Spitzy.** Die Anwendung der Lehre von der Regeneration und Heilung durchschnittener Nerven in der chirurgischen Praxis. ✓

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Historische und kritische Betrachtungen über Nervennaht und Nervenanastomose, entsprechend dem Referate des Verf.s auf der

Naturforscherversammlung 1907. Für die Technik der Naht stellt er prinzipielle Forderungen auf. Bei der Anastomosierung betont er wieder die Notwendigkeit einer einheitlichen, eindeutigen Nomenklatur, für die er schon früher (Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII) Vorschläge gemacht hat. Die Grundeinteilung sei kurz erwähnt: Implantation, Kreuzung, Anastomose.

Verf. bespricht dann die von ihm und anderen Autoren in den verschiedenen Nervengebieten geübte Technik.

Immer umgibt er die Naht- oder Anastomosenstelle mit sterilisierten Hundearterien, und führt auf diese Schutzmaßregel einen nicht geringen Teil der guten Resultate der jüngsten Zeit zurück. Einige von ihm angegebene Instrumente erleichtern die Technik. In etwa 70% seiner Operationen hatte er positive Erfolge.

Renner (Breslau).

---

22) **R. Galeazzi.** Trattamento meccanico della spondilite tubercolare.

(Archivio di ortopedia Bd. XXIV. Hft. 5 u. 6. 1907.)

Der Autor geht davon aus, daß die zahlreichen Forschungen und Arbeiten des letzten Dezenniums auf dem Gebiete der Behandlung der ausgebildeten tuberkulösen Spondylitis keinen wirklichen Fortschritt gebracht haben, indem die direkten Einwirkungen auf den Pott'schen Buckel, wie sie von Calot (Berc), Redard, Lorenz und Wullstein empfohlen wurden, nicht die von diesen Autoren angegebenen Vorteile haben. Insbesondere ist der Nachweis der absoluten oder relativen Gefahrlosigkeit für keine der erwähnten Methoden erbracht, da sich die Beendigung des akuten Prozesses nicht mit absoluter Sicherheit erweisen läßt, und so die Gefahr des Wiederaufflackerns der Erkrankung besteht. Es kommt hinzu, daß sich die Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses, das Vorhandensein von Abszeßbildung trotz des Röntgenbildes klinisch nicht mit der wünschenswerten Sicherheit feststellen läßt. Dazu muß hervorgehoben werden, daß die Gewalteinwirkung auf den Buckel sich trotz aller Vorsichtsmaßregeln der Wullstein'schen Methode nicht mit der wünschenswerten Sicherheit dosieren läßt. Endlich werden als Hauptargument gegen das direkte Redressement die anatomischen Besonderheiten der tuberkulösen Wirbelerkrankung und die statischen Verhältnisse der Rückenwirbelsäule betont, die für Extension und Druck am wenigsten zugänglich und doch in 50% aller Fälle der Sitz der tuberkulösen Erkrankung ist.

Demzufolge bleibt für die tuberkulöse Spondylitis die frühere erprobte Behandlung empfehlenswert. Langdauernde Ruhigstellung im Lorenz'schen Reklinationsbett bzw. der Sayre'schen Schlinge ist während des floriden Stadiums zu empfehlen, später sollen Gips-, Zelluloid- und Hessingkorsetts den erzielten Erfolg für die Dauer festhalten. Behandlung und sorgfältige Überwachung müssen sich über mindestens 5—6 Jahre erstrecken; gleichzeitig ist eine Stärkung

und Kräftigung des Gesamtorganismus zu erstreben, so daß G. besondere orthopädische Sanatorien für die an Spondylitis Erkrankten fordert, in denen Arzt und Pat. vor allem auch gegen die gefällige Nachgiebigkeit gegen die Eltern gesichert ist. **Strauss** (Nürnberg).

---

23) **Kroemer.** Über Schwierigkeiten bei der Diagnose von Abdominaltumoren.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

K. erörtert auf Grund seiner gynäkologischen Erfahrungen die Schwierigkeiten, welchen wir bei der Diagnostik von Bauchgeschwülsten begegnen können.

Bei kleinen Geschwülsten sind es die Verwachsungen, die es unmöglich machen können, zu entscheiden, ob eine Geschwulst dem Uterus und seinen Adnexen oder benachbartem Darm angehört. Beispiele werden angeführt.

Bei mittleren und großen Geschwülsten erwachsen Schwierigkeiten durch Lageverschiebung der Eingeweide mit Fixation am falschen Orte. Beispiele: Wandermilz; bis ins Becken reichende Gallenblase mit Enteroptose; oder wenn primär verlagerte Organe zu Geschwülsten werden, z. B. ektopische Nieren. Ferner ist die Diagnostik schwierig bei Vorhandensein mehrfacher Geschwülste: Echinokokken, mehrfache Eierstocksgeschwülste; auch Gekröscysten können schwer zu erkennen sein. Endlich wird eine genaue Differenzierung unmöglich, wenn die Geschwülste eine solche Größe erreicht haben, daß sie den ganzen Bauch erfüllen und die Bauchorgane auf einen engen Raum zusammendrängen.

In vielen Fällen kann daher erst die Probelaparotomie die Sachlage erkennen lassen. **Haeckel** (Stettin).

---

24) **M. Cohn.** Über den Einfluß der Röntgendiagnostik auf die Erkennung und die Behandlung der Ellbogenbrüche.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 30.)

Man hat zu unterscheiden zwischen Verletzungen, die im Gelenk, und solchen, die am Gelenk sich abspielen. Absprengungen des Epicondylus internus und externus haben für die Beweglichkeit keine ausschlaggebende Bedeutung; doch kann eine Fraktur des Epicondylus internus, der an der Bildung des Sulcus ulnaris beteiligt ist, bei nicht richtiger Anwachsung Anlaß zur Verlagerung des Nerven geben. Die Brüche des Condylus internus und externus (T- und Y-Brüche) sind niemals rein intraartikulär. Nur bei der Fractura diacondylica (Kocher) verläuft die Bruchlinie intraartikulär in der Nähe der Epiphysenlinie. Der Humerus ist bei den Brüchen weit öfter beteiligt als Radius und Ulna (Bruch des Radiusköpfchen, Fraktur des Olecranon und sehr selten die des Proc. coronoideus). Die Einrenkung des Cubitus valgus und varus ist immer vergesellschaftet mit einem intra- und extra-

artikulären Bruch. Bei Kindern besteht die Neigung zu Loslösungen der Knorpelfuge. Reine Epiphysenbrüche kommen allerdings auch am Ellbogen nur selten vor. Die Diagnose ist bei Kindern häufig allein durch das Röntgenverfahren ermöglicht. — Eine seltene Bruchform ist eine Spaltung des Humerus; merkwürdigerweise ist die Dislokation hierbei oft am zentralen Ende am größten.

Bei den Ellbogengelenkfrakturen ist man meist nicht imstande, durch geeignete Manipulationen das abgebrochene Stück in die richtige Lage zu bringen. Es verliert deshalb der fixierende Verband viel an seinem Wert.

Die Bardenheuer'sche Extensionsmethode bei allen Ellbogenbrüchen anzuwenden, hält C. nicht für notwendig, sondern empfiehlt sie nur bei den schweren Brüchen oberhalb des Ellbogens und den kombinierten extra- und intraartikulären Ellbogenbrüchen. Bei den Torsionsbrüchen dürfte ein geeigneter Rotationszug am zweckmäßigsten sein. Für Frakturen, die sich lediglich im Gelenk abspielen, ist ein Pappe-Stärkebindenverband, der eine Durchleuchtung zuläßt, und das Verbinden tagsüber in Beuge-, nachts in Streckstellung unter Benutzung der Hülsen am vorteilhaftesten.

Brüche am Radiusköpfchen und am Proc. caracoideus erfordern eine Fixierung in Supination bei rechtwinklig gebeugtem Ellbogen. — Olecranonbrüche hinterlassen auch bei nicht knöcherner Vereinigung der Bruchenden ein gutes funktionelles Resultat; eine Knochennaht ist deshalb nicht notwendig.

Bier'sche Stauungshyperämie befördert die Resorption von Blutergüssen und verbessert die Funktion.

Den Störungen, die der Callus sekundär hervorbringt, hat man nach Verf.s Ansicht zu großes Gewicht beigelegt; er hat solche nur bei Frakturen dicht über dem Gelenk am Humerus beobachtet, wenn das obere Fragment nach der Ellbeuge nicht genügend reponiert war.

Langemak (Erfurt).

---

25) **E. Aievoli.** Sul concetto della patogenesi della contrattura palmare.

(Arch. di ortopedia XXIV. 5 u. 6. 1907.)

In einer eingehenden Monographie über die Pathogenese der Dupuytren'schen Palmarfascienkontraktur kommt Verf. nach einer ausführlichen Übersicht über die bisher in der Literatur niedergelegten Hypothesen zu dem Schluß, daß die Annahme einer nervösen Grundlage für die von Dupuytren exakt beschriebene Erkrankung nicht zu Recht besteht. A. weist darauf hin, daß in zahlreichen Fällen, für die eine syringomyelitische Basis sicher gestellt werden konnte, das Bild der genuinen Palmarfascienkontraktur fehlt. Er sieht in dieser eine produktive Veränderung des Fett- und Lymphbindegewebes, die durch häufige lokale Traumen bedingt ist.

Die Feststellung der Pathogenese ist für die Therapie von großer Wichtigkeit, da eine traumatische Ätiologie einen chirurgischen Ein-

griff rechtfertigt, der bei neurotischer Basis der Erkrankung lediglich symptomatische Bedeutung hätte. **Strauss** (Nürnberg).

---

26) **W. Bennett.** A clinical lecture on modifications in the movements of the knee-joint directly consequent upon injury.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Verf. bespricht an der Hand einiger lehrreicher Beispiele die verschiedenen Beeinflussungen der Kniegelenksbeweglichkeit unmittelbar oder längere Zeit nach Verletzungen. Vollkommenes Feststellen des Gelenkes in irgendeiner Stellung spricht bei Kranken bis zu 35 Jahren für Verschiebung der Semilunarknorpel oder für Einklemmung eines Zipfels der Gelenkkapsel zwischen Knochenenden oder lose Gelenkkörper oder Gelenkbruch mit keilartig wirkendem Bruchstück zwischen den Gelenkenden; starke Einschränkung der Beweglichkeit ohne völliges Feststellen kann auch bei losen Körpern vorkommen, meist aber bei Zerreißung der Kreuzbänder oder der außerhalb befindlichen Weichteile, besonders der Muskeln. Beschränkung der Streckung im Kniegelenk führt B. zurück auf ein mechanisches Hindernis im Gelenk: Einklemmung, Keilwirkung; Beschränkung der Beugung spricht immer für Erguß. **Weber** (Dresden).

---

27) **Chevrier.** De l'examen du reflex veineux dans les varices superficielles.

(Arch. génér. de chirurgie 1908. II, 1.)

Verf. geht davon aus, daß die Klappeninsuffizienz das Wesentliche für die Entstehung der Varicen ist. Eine eingehende Betrachtung der klinischen Untersuchungsmethoden, vor allem des Trendelenburg'schen Phänomens, ergibt, daß das Zurückströmen des venösen Blutes nach der Entleerung der Venen in verschiedener Weise erfolgen kann, entweder absteigend, wie dies die Regel ist, oder aufsteigend, oder, was noch seltener ist, absteigend und aufsteigend zugleich. Der absteigende Rückfluß kennzeichnet eine Insuffizienz der Klappen an der Mündung der Saphena in die Femoralis, während die Klappen der perforierenden Venen leistungsfähig sind. Der aufsteigende Rückfluß weist auf eine Insuffizienz der letztgenannten Klappen hin. Das Verneuil'sche Gesetz, wonach zuerst die Venen der Tiefe varikös werden und erst später auf dem Wege der Kontinuität diejenigen der Oberfläche, besteht nur in den wenigsten Fällen zu Recht; die Häufigkeit des absteigenden Rückflusses macht es vielmehr sehr wahrscheinlich, daß die Klappeninsuffizienz in der Regel von oben nach unten fortschreitet, indem die Mündungsklappe der Saphena zuerst versagt.

Diese theoretischen Schlüsse erscheinen nun dem Verf. besonders in Hinsicht auf die therapeutischen Indikationen von Bedeutung. Er führt nämlich die Mißerfolge der verschiedensten chirurgischen Maß-

nahmen bei den Varicen darauf zurück, daß die Genese der Fälle nicht genügend beachtet wurde, da jeder Fall besondere Maßnahmen nötig mache. Demzufolge werden drei Gruppen von Varicen unterschieden. Bei den oberflächlichen Varicen mit absteigendem Rückfluß des Blutes handelt es sich darum, die insuffiziente Klappe der Saphena auszuschalten. Das geschieht am rationellsten durch eine distal von der Saphenamündung angelegte Anastomose zwischen Saphena und Femoralis, wie dies von Delbet vorgeschlagen und ausgeführt wurde. Das Vorhandensein tiefer und oberflächlicher Varicen mit aufsteigendem Rückfluß macht ausgedehnte Resektionen der oberflächlich gelegenen Venen nötig. Die gleichzeitige Exstirpation größerer Hautflächen (Schwartz) bedingt eine natürliche elastische Kompression der tiefer gelegenen Gewebe und Venen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um oberflächlich und tief gelegene Varicen mit absteigendem Rückfluß. Hier ist die Unterbindung und partielle Resektion der V. saphena nötig. Dabei muß jedoch die Unterbindung möglichst hoch oben gemacht werden, um nicht die Möglichkeit eines Kollateralkreislaufes bestehen zu lassen.

Die Richtung des venösen Rückflusses ist bei der Prüfung des Trendelenburg'schen Phänomens ohne weiteres erkennbar.

Strauss (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der deutschen chirurgischen Klinik in Prag.
Vorstand: Prof. Dr. A. Wölfler.

Der Galalithdarmknopf.

Von
Prof. Dr. Viktor Lieblein,
emer. I. Assistent der Klinik.

In Ergänzung meiner vorläufigen Mitteilung über den Galalithdarmknopf in diesem Zentralblatt Nr. 4 möchte ich mir über die Anwendung des Knopfes, sowie über die mit demselben bisher erzielten Erfolge folgende Mitteilungen erlauben: Der Galalithknopf ist, was Gestalt und Mechanismus betrifft, ganz dem Murphy'schen Darmknopfe nachgebildet. Auch er besteht aus den beiden Hohlzylindern, welche die beiden Knopfhälften tragen. Nur ist beim Galalithknopfe die Spiralfeder und die bewegliche Platte weggeblieben. Da es sich als unmöglich herausgestellt hat, die beiden Federn, welche in das Gewinde des Zylinders der weiblichen Knopfhälfte einschnappen, aus demselben Material herzustellen, Magnesium auch nicht hierfür (ebenfalls aus technischen Gründen) verwendet werden konnte, so sind die Federn aus Neusilber hergestellt und verläßlich in dem männlichen Knopfteile befestigt. Einen Nachteil habe ich hiervon nicht gesehen. Der Mechanismus des Knopfes ist ebenfalls der gleiche wie beim Murphyknopfe; die beiden Knopfhälften können durch Druck geschlossen, aber nur durch schraubende Bewegungen voneinander entfernt werden. Ich habe den Galalithknopf in drei Größen mit einem Lumen der inneren Bohrung von 11, 9 und 7 mm herstellen lassen. Der größte dient für die Ausführung der Gastroenterostomie, der mittelgroße für Operationen am Dünndarme, falls die größere Nummer des Knopfes sich nicht eignen sollte, und der kleinste für die Ausführung der Enteroanastomose

bei der vorderen Gastroenterostomie, oder für die Herstellung von Gallenblasen-Dünndarmfisteln. Die Sterilisation der Knöpfe geschieht durch 5 Minuten langes Kochen in Wasser. Da die Knöpfe dabei weich werden, so nimmt man diese Prozedur am besten in einem kleinen Instrumentenkochapparat vor, hebt dann den Einsatz mit den Knöpfen heraus und schüttet die Knöpfe, ohne sie mit einem Instrument zu berühren, in eine 5%ige Karbolglyzerinlösung, in welcher sie ihre frühere Härte wieder erlangen. In dieser Lösung werden die Knöpfe bis zum Gebrauch aufbewahrt. Wichtig ist, die beiden Knopfhälften vor dem Sterilisieren so weit auseinander zu schrauben, daß sie nur mit den äußersten Windungen des Schraubengewindes zusammenhängen. Hebt man nämlich die beiden Knopfhälften im Karbolglyzerin geschlossen auf, so macht das nachträgliche Auseinanderschrauben große Schwierigkeiten.

Die Anwendung des Knopfes ist die gleiche wie beim Murphyknopfe. Die beiden Knopfhälften werden an dem Rande des Knopfzylinders mit einem Péan gefaßt und in die Magen- resp. Darmöffnung mittels einer Schnürnaht eingebunden. Die Öffnung darf nicht zu groß angelegt werden, weil man sonst bei dem Festbinden des Knopfes Falten erhält, welche das exakte Zusammenlegen der beiden Knopfhälften verhindern. Drückt man die beiden Knopfhälften zusammen, so muß die Magen- resp. Darmwand durch eine Kompresse vor zu starkem Drucke bewahrt werden. Eine jede Knopfanastomose ist durch eine zirkuläre, am besten fortlaufende Übernähung zu sichern.

Verdauungsversuche, sowie Tierversuche haben ergeben, daß in erster Linie der Magensaft eine verdauende Wirkung auf den Galalithknopf ausübt, während die verdauende Wirkung des Darmsaftes eine viel geringere ist. Andererseits haben die Versuche ergeben, daß der Knopf genügend lange in der Anastomose verbleibt und auch seinen Mechanismus genügend lange bewahrt, so daß man aus diesen Ursachen eine Insuffizienz der Anastomose nicht zu befürchten braucht.

Ich habe bislang in 19 Fällen von Gastroenterostomie aus verschiedenen Indikationen (Karzinom, Ulcus, akute Magenblutung) den Knopf 26mal angewendet, da ich in sieben Fällen von vorderer Gastroenterostomie auch die Braun'sche Anastomose mittels Galalithknopfes ausgeführt habe. Von diesen Fällen starb nur der Fall von Gastroenterostomie wegen akuter Magenblutung 24 Stunden nach der Operation an der Anämie. Die Anastomose selbst erwies sich bei der Sektion vollständig in Ordnung, es war keine Peritonitis vorhanden. Alle übrigen Fälle haben geheilt das Spital verlassen, und war der Verlauf nach der Operation ein ganz glatter. Nur in einem Falle kam es zum Auftreten eines Bauchwandabszesses infolge Durchbruch des Karzinoms. Die in diesem Fall ausgeführte hintere Gastroenterostomie hatte mit dieser Komplikation nichts zu tun. Ein Fall von Pylorusresektion wegen Karzinoms und Gastroenterostomia retrocol. ant. starb in der Irrenanstalt 10 Wochen nach der Operation an einer Pneumonie. Bei der Sektion erwies sich die Bauchhöhle frei von Verwachsungen, die Anastomose gut durchgängig und verheilt. Schließlich erwähne ich noch einen Fall von Gastroenterostomie wegen eines großen Pyloruskarzinoms, bei welchem 3 Wochen nach der Operation die weibliche, in der Magenwand eingebunden gewesene Knopfhälfte mit dem Knopfzylinder des männlichen Teiles ausgebrochen wurde. Die Knopfhälfte des männlichen Teiles, sowie die Metallfedern fehlten. Der ausgebrochene Teil des Knopfes zeigte deutliche Zeichen der Andauung, war jedoch in seiner äußeren Form erhalten. — Was drei Fälle von zirkulärer Vereinigung des Dünndarmes nach Resektion bei gangränösen Hernien betrifft, so ist von diesen ein Fall glatt geheilt. Ein Fall starb an Peritonitis infolge fortschreitender Gangrän des zuführenden Stückes. Es war also hier der Knopf nicht Schuld am letalen Ausgange. Der dritte Fall starb ebenfalls an einer Perforationsperitonitis, welche plötzlich am 4. Tage nach der Operation einsetzte. Bei der Sektion fand sich eine Perforationsöffnung am zuführenden Stück nahe der Vereinigungsstelle. Es ist nicht gut möglich, daß es sich hier um Drucknekrose gehandelt hat, weil der Knopf, wenn er sich im Magen-Darmkanale befindet, durch die Einwirkung der Verdauungssäfte sowie durch die Ingesta weich und nachgiebig wird; vielleicht haben bei der

bereits 67 Jahre alten Frau, welche an einer schweren Atheromatose litt, Zirkulationsstörungen im Verein mit dem Operationstrauma eine Rolle bei der Entstehung der Perforation gespielt. Ich habe jedoch weitere Versuche mit dem Galalithknopfe bei gangränösen Hernien nicht gemacht, weil ich auf dem Standpunkte stehe, daß die Naht gerade bei der gangränösen Hernie die beste Methode der Darmvereinigung darstellt. Falls man jedoch auch für diese Fälle einen Darmknopf anwenden will, dann verdient sicher der Galalithknopf vor dem Murphyknopfe den Vorzug.

In erster Linie kann ich nach meinen Erfahrungen die Anwendung des Galalithknopfes bei der Gastroenterostomie empfehlen, da der Galalithknopf tatsächlich die Vorzüge des Murphyknopfes (Zerlegbarkeit in die beiden Hälften, sicher schließender Mechanismus) besitzt ohne seine Nachteile (Unresorbierbarkeit, großes Gewicht). Nur in denjenigen Fällen, in welchen infolge einer langdauernden Stenose die Magenwand sehr stark hypertrophisch und brüchig ist, empfiehlt sich die Anwendung des Galalithknopfes ebensowenig wie eine andere Prothese; in diesen Fällen ist die Naht vorzuziehen. Auch bei Operationen am Dünndarme kann der Knopf zur Herstellung von Enteroanastomosen oder beispielsweise nach der Resektion infolge von Verletzung des Darmes angewendet werden. Die ausführliche Mitteilung über meine Erfahrungen bezüglich des Galalithknopfes mit den nötigen klinischen Belegen und Versuchsprotokollen wird in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie erscheinen.

Den Alleinverkauf des Galalithknopfes hat die Firma M. Schaerer, Aktiengesellschaft, in Bern übernommen.

---

28) **Harrass.** Über Schling- und Atmungsstörungen beim Tetanus und deren Behandlung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

In einem schweren Falle von Trismus mit schwersten asphyktischen Anfällen, welche offenbar nicht auf Glottiskrampf beruhten, leistete die Tracheotomie vortreffliche Dienste; 21 Stunden blieben danach diese Anfälle aus. Schlucken wird vollständig unmöglich; Einführung einer Schlundsonde in tiefer Narkose und Liegenlassen derselben für $^1/_2$ Stunde führte vollständiges Schluckvermögen herbei. Die letztere Beobachtung konnte auch in einem zweiten Falle gemacht werden. Wenn auch in beiden Fällen der tödliche Ausgang nicht abgewendet werden konnte, so fordern diese Erfahrungen doch dazu auf, in Zukunft nicht nur beim Glottiskrampf, sondern auch beim Spasmus der Interkostal- und auxiliären Respirationsmuskulatur Tetanischer der Gefahr des asphyktischen Anfalles durch die Tracheotomie zu begegnen, sondern die Schlundsonde beim Tetanus aphagirus, vielleicht auch beim Tetanus hydrophobicoides, gegen die Aphagie bzw. Dysphagie einzuführen und einige Zeit liegen zu lassen. **Haeckel** (Stettin).

29) **G. Vincenzo.** Contributo clinico alla rachistovainizzazione.

(Policlinico 1907. Nr. 1 u. 2. Sez. chir.)

Nach einer kurzen Übersicht über die Literatur, von der besonders die italienischen Autoren berücksichtigt werden, schildert Verf. seine eigenen Erfahrungen an insgesamt 207 Fällen der Urso'schen Klinik zu Messina, die unter Rückenmarksanästhesie operiert wurden. Die verwendete Stovainmenge schwankte von 0,04—0,07 g, das Anästhetikum war in physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst, der pro Kubikzentimeter 0,0015—0,002 g Milchsäure zugefügt waren, wodurch Versager seltener geworden sein sollen. Es wurden 1 ccm Lösung injiziert; vorher ließ man 20 Tropfen bis zu 7 ccm Liquor abfließen. In den 207 Fällen versagte die Anästhesie 19mal mehr oder minder vollkommen, in 27 Fällen kam es zu Neben- und Nacherscheinungen, die alle wieder bald vorübergingen. In einem Falle trat nach 6 Tagen der Tod ein. Verf. kann jedoch nicht bestimmt angeben,

ob er auf die Lumbalanästhesie zurückzuführen ist. Die Autopsie zeigte lediglich Myodegeneratio cordis und fettige Leberentartung. Albuminurie wurde nur in einem Falle beobachtet.

Verf., dessen kritische Darlegungen eine Reihe weiterer beachtenswerter Einzelheiten enthalten, kommt zum Schluß, daß die Lumbalanästhesie eine brauchbare Methode darstellt, die besonders indiziert ist bei dringender Kontraindikation gegen Chloroformgebrauch. **Strauss** (Nürnberg).

30) **Ogiloy and Coffin.** The opsonic index in orthopedic surgery.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 2.)

Auf Grund eigener Erfahrungen mit Verabreichung von Tuberkulin an sechs Pat. mit Knochen- und Gelenktuberkulose kommen die Verff. zu dem Schluß, daß der opsonische Index durch Applikation des Tuberkulins steigt und damit eine unverkennbare Besserung verbunden ist, wenn keine Sekundärinfektion vorhanden ist.

W. v. Brunn (Rostock).

31) **Colvin.** A brief survey of the general knowledge of bone regeneration and certain features of osteomyelitis.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Eine kurze Mitteilung über sieben Fälle von pyogener Osteomyelitis bei jugendlichen Personen. 16 sehr gut wiedergegebene Röntgenbilder zeigen die verschiedenen destruktiven und regenerativen Veränderungen des erkrankten Knochens. In einzelnen Fällen kam es, trotzdem die Gelenkenden betroffen waren, nach Jahren noch zu einer fast vollständigen anatomischen und funktionellen Heilung. So kommt Verf. zum Schluß, daß bei der Osteomyelitis, sofern es sich nicht um sehr akute septische Infektion handle, ein möglichst konservatives Verfahren nötig sei. Wiederholt aufgenommene Röntgenbilder sollen die Fingerzeige zu den einzelnen Maßnahmen geben. Besonders müsse dies bei jugendlichen Personen berücksichtigt werden, deren weiche, gefäßreiche Knochen eher zur Sequesterbildung und -Ausstoßung führen und dann ein recht lebhaftes Regenerationsvermögen zeigen.

Strauss (Nürnberg).

32) **Butkewitsch.** Über sklerosierende Osteomyelitis.

(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

B. beobachtete in den letzten Jahren drei Fälle dieser seltenen Erkrankung. Zweimal war das Schienbein, einmal der Oberschenkel befallen. Im Gegensatz zu Ätiologie, Symptomatologie und Differentialdiagnose, die in der Literatur ausführlicher behandelt sind, vermißt B. genaue Angaben über die Therapie der fraglichen Erkrankung. Er sieht — schon wegen der Schmerzen — die einzige rationelle Behandlung der sklerosierenden Osteomyelitis in weiter Eröffnung der Markhöhle, Entfernung aller neugebildeten Knochenmassen, die durch Druck den Schmerz verursachen, und eine ausgiebige Drainage. Mit medikamentösen Kuren bzw. physikalischen Heilmethoden hat er nie Erfolge gesehen.

Oettingen (Berlin).

33) **W. B. Coley.** Bone sarkoma: diagnosis, prognosis and treatment.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Verf. bringt auf Grund eigener Beobachtungen (234 Knochensarkome bei 630 Fällen von Sarkomen überhaupt) eine Reihe wichtiger Einzelheiten über das Sarkom der Knochen, von denen die am häufigsten ergriffen werden, die traumatischen Einflüssen besonders ausgesetzt sind. Bezüglich der Ätiologie kommt C. zum Schluß, daß es sich um ein infektiöses Agens handle, das durch das Trauma erst aktiv werde. Für die Diagnose werden traumatische und hereditäre Einflüsse (Krebs bei Verwandten), Erkrankung aus vollem Wohlbefinden heraus und die Bedeutung der Röntgenuntersuchung und Probeexzisionen betont, da die differential-

diagnostischen Schwierigkeiten gegenüber Knochencysten, Tuberkulose und Myositis ossificans oft recht groß sind. Eine Reihe weiterer Einzelheiten über Sarkome der verschiedensten Knochen und die Erfolge der operativen Behandlung lassen sich leider im Referate nicht genügend wiedergeben; ich begnüge mich daher mit einigen Schlußfolgerungen des Autors, der die Resultate der modernen Sarkombehandlung eines der düstersten Kapitel der Chirurgie nennt und, ehedem einer der eifrigsten Verfechter der möglichst frühzeitigen und möglichst hohen Amputation, nunmehr zum Schluß kommt, daß es meistens ein schwerer Irrtum ist, von der Opferung der Extremität die Erhaltung des Lebens zu erhoffen, besonders wenn es sich um periostale Sarkome handelt.

Dagegen betont C. auf Grund kritischer Darlegungen die Tatsache, daß in einer Reihe hoffnungsloser Fälle durch die Behandlung mit den gemischten Toxinen von Streptokokken- und Prodigiosuskulturen Extremität und Leben für längere Zeit erhalten wurde, und berichtet über 44 eigene Beobachtungen (17 Rundzellen-, 17 Spindelzellen-, 1 Chondrosarkom, 2 Mischgeschwülste, 1 Epitheliom, 5 Geschwülste ohne pathologische Untersuchung), von denen 27 Fälle 3—15 Jahre und 10 Fälle 10—15 Jahre gesund blieben. Diesen Erfahrungen entsprechen die experimentellen Beobachtungen von Tracy und Bube, die beim multiplen Sarkom der Hunde ebenfalls Heilung durch das Toxingemisch sahen. Eine kurze Beschreibung der Herstellung dieses Toxins (erhältlich bei Parke, Davis & Cie.) und eine kurze Gebrauchsanweisung (Beginn mit kleinen Dosen, die nicht in die Geschwulst selbst injiziert werden sollen, Berücksichtigung des Kräftezustandes des Pat., beschließen die Arbeit, die das Toxingemisch auch als Prophylaktikum gegen Rezidive empfiehlt. **Strauss** (Nürnberg).

34) **Payr.** Schußverletzung der Wirbelsäule.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

F. berichtet im Medizinischen Verein in Greifswald über eine interessante Schußverletzung der Wirbelsäule, bei der wegen beginnender Eiterung aus dem Körper des 5. Halswirbels das Revolvergeschoß entfernt wurde. Es lag in einem Zertrümmerungsherde mit verschieden großen Knochensplittern. Glatte Heilung. **Borchard** (Posen).

35) **Burk.** Seltene Fraktur an der Wirbelsäule.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Durch forciertes Beugen nach vorn und rechts war ein isolierter Bruch des rechten Gelenkfortsatzes des 5. Lendenwirbels zustande gekommen.

Entfernung des abgesprengten Knochenstückes, sowie des rechten Gelenkfortsatzes des obersten Kreuzbeinwirbels. Es handelt sich also um eine Abrißfraktur infolge Distorsion des Kreuzbeinlendenwirbelgelenkes. **Borchard** (Posen).

36) **Payr.** Fraktur des Processus transversus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Durch Sturz von einem Jagdwagen war bei einem 40jährigen Mann ein Bruch des Querfortsatzes des 1. Lendenwirbels entstanden (Röntgenbild). Die Diagnose konnte schon vor der Aufnahme mit großer Wahrscheinlichkeit aus dem eigentümlichen Verhalten des Schmerzes bei Neigung nach der gesunden Seite usw. gestellt werden.

Aufhören der Schmerzen bei Anlegen eines Heftpflaster-Gummibindenzugverbandes an der kranken Seite. **Borchard** (Posen).

37) **Frank.** Halsrippe und Unfall.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

F. teilt einen Fall mit, in welchem nach einem Trauma eine Halsrippe Ursache zu hochgradigen Beschwerden abgegeben hatte. **Borchard** (Posen).



38) **Bounamour et Bouchut.** Rupture traumatique de la rate.
(Province méd. 1907. Dezember 28.)

Der Kranke erlitt durch einen Fall einen Bruch der 5. und 6. linken Rippe, dessenthalben er 4 Wochen in chirurgischer Behandlung stand. 10 Wochen später tritt er wegen Abnahme der Kräfte, nervöser Abspannung, Schmerzhaftigkeit der linken unteren Thoraxpartien aufs neue in Behandlung. Befund eines linksseitigen Pleuraexsudats. Nach weiteren 3 Wochen Auftreten von Temperatursteigerung mit abendlichen Exazerbationen bis 39°, septischer Allgemeinzustand. Nach weiteren 14 Tagen Einsetzen einer akuten Peritonitis, die in 3 Tagen zum Tode führt. Obduktion: Etwa 1 Liter sanguinolentes Exsudat im linken Pleuraraum; im linken Hypochondrium ein ausgedehnter schokoladefarbiger Abszeß mit dem Hauptherd in der Milzgegend, nach unten durch Netz abgeschlossen, die Niere in ihrer Lage vom Abszeß umspült. Die Milz zeigt am unteren Pol ein walnußgroßes Stück total abgesprengt, die Rißstelle durch Netzteile verstopft und verklebt. Es war die Milzruptur, von der zur Rippenfraktur führenden Gewalteinwirkung gleichzeitig bewirkt, zunächst symptomlos geblieben. Das abgekapselte Hämatom wurde vom Darm aus infiziert (Fistel), durch Durchbruch des Abszesses entstand diffuse Peritonitis. Besprechung verwandter Fälle aus der Literatur, Erörterung der Pathogenese der Milzrupturen und ihrer Ausgänge. **Pletzsch** (Karlsruhe).

39) **Couteaud.** Plaies de la vésicule biliaire.
(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 9.)

Die Stich-, Schnitt- und Schußwunden der Gallenblase sind wegen der Kleinheit und versteckten Lage des Organes selten. C. widmet ihnen auf Grund eines selbst beobachteten Falles und sorgfältiger Literaturstudien eine eingehende Besprechung, in der die Zerreißungen der Gallenblase durch Quetschungen des Bauches außer Betracht bleiben. Der Kranke C.'s erhielt einen Messerstich unterhalb des rechten Rippenbogens drei Querfinger breit von der Mittellinie in der Richtung von unten nach oben. Er klagte über heftigen rechtsseitigen Schulterschmerz, der aber auch nach links ausstrahlte. Die Erscheinungen einer zunehmenden intraperitonealen Blutung nötigten zur Laparotomie 4 Stunden nach der Verletzung. Das Messer hatte die Gallenblase in ihrem Grund und an der äußeren Seite nahe der Leber durchbohrt und war hier in die Leber, 3 cm von ihrem vorderen Rand, eingedrungen. Im Bauchfell 1800 g Blut, Gerinnsel und Galle. Naht der Funduswunde mit einer, der Leber- und äußeren Blasenwunde mit zwei Catgutknopfnähten, die die Wundränder beider zugleich fassen. Tod an Bauchfellentzündung 83 Stunden nach der Verletzung. Die bei der Operation stark verkleinert vorgefundene Gallenblase hatte sich, wie die Sektion ergab, gut ausgedehnt und war zur Hälfte mit Galle gefüllt. Die Gallenblasenwunden waren bis auf eine kaum quadratmillimetergroße Schleimhautstelle, die Leberwunden, abgesehen von einem oberflächlichen Bezirk, vernarbt.

Aus der Literatur berichtet Verf. über 38 Fälle. Mit Einschluß seiner eigenen Beobachtung war nur elfmal nach modernen chirurgischen Grundsätzen bei der Behandlung vorgegangen; außer C.'s Fall endete noch ein zweiter tödlich, bei dem erst 48 Stunden nach der Verletzung (Messerstich) laparotomiert wurde. In $^3/_4$ der Fälle handelte es sich um Stich- bzw. Schnittwunden, in $^1/_4$ um Schußwunden.

Die Diagnose einer Gallenblasenverletzung ist meistens nicht mit Sicherheit zu stellen. Der Füllungsgrad der Blase und die Richtung des Wundkanales sind oft entscheidender als die Lage der äußeren Verletzung. Gallenabfluß nach außen findet selten statt und kann in geringem Maß auch allein aus Leberwunden erfolgen. Ikterus tritt meist erst nach 2—4 Tagen auf, kann aber auch manchmal fehlen: C. beobachtete ihn erst am 3. Tage. Ein intraperitonealer Gallenerguß kann nur, wenn er reichlich ist, auf eine Verletzung der Gallenblase bezogen werden. Er sammelt sich gewöhnlich, Dank des eine Scheidewand darstellenden Dünndarmgekröses, zunächst auf der rechten Seite an und steigt erst bei weiterem Anwachsen

vom Becken nach links auf, wobei häufig der gleichzeitige Bluterguß die Verteilung der Galle begünstigt. Die Entleerung der Gallenblase wird durch die eigene Kontraktilität, die Schwerkraft, die Atembewegungen und die beweglichen Nachbarorgane noch befördert. Das alles erhöht die Infektionsgefahr, so daß größere Blasenwunden bei infizierter Galle, sich selbst überlassen, in der Regel in 4 bis 5 Tagen zum Tode führen. Nur hochgradigster Chok oder andere unabweisbare Gründe werden deshalb von dem dringend nötigen Eingriff abhalten. Dem Mediansehnitt mit aufgesetztem Quer- oder Schrägschnitt nach rechts zieht C. den Kehr-schen Wellenschnitt vor. Die Naht der Gallenblasenwunde, ohne die Schleimhaut zu fassen, gilt ihm als das Verfahren der Wahl; nur große Wunden rechtfertigen die Abtragung der Blase. Seine Methode der gleichzeitigen Blasen-Lebernaht zwangen ihm die Verhältnisse auf; ihr Ergebnis befriedigte, trotzdem auf die gewöhnlich empfohlene zweite Nahtreihe verzichtet wurde. Das Bauchfell wird nur durch Tupfer gereinigt, das Becken vom unteren Wundwinkel oder einem besonderen Schnitt aus mitdrainiert.

Aus der Beobachtung seines Falles zieht Verf. noch den Schluß, daß Leberwunden des Menschen 4—5 Tage zur Heilung brauchen und nicht 7—8, wie Carnot, Cornil und Couteur aus Versuchen an Hunden folgerten.

Gutzeit (Neidenburg).

40) **R. Bonamy.** Présentation d'un volumineux sarcome du grand épiploon. Opération suivie de guérison et de non-récidive depuis 14 mois.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 6.)

Es handelt sich um eine ungeheure Netzgeschwulst von 90 cm Umfang und 10 kg Gewicht, die als Eierstocksgeschwulst diagnostiziert worden war.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

41) **Hartwig.** Beitrag zur Kasuistik der Chyluscysten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 284.)

Ein Mann erkrankte vor 4 Wochen mit zunehmendem Druckgefühl in der Unterbauchgegend und bemerkte daselbst seit 8 Tagen eine Geschwulst. Bei normalem Urin und entleerter Blase ließ sich zwischen Nabel und Schamfuge, dicht unter den verschieblichen Bauchdecken eine prallelastische, fluktuierende, etwas druckempfindliche Geschwulst nachweisen. Dieselbe erwies sich bei der Laparotomie als eine kindskopfgroße Cyste zwischen den Blättern des Dünndarmgekröses. Sie wurde ausgeschält, der Mesenterialschlitz genäht, und glatte Heilung erzielt.

Die glattwandige, nicht von Septen durchzogene Cyste enthielt ca. 2 Liter einer rahmigen Flüssigkeit. Die bindegewebige Wandschicht enthielt Anhäufungen von Lymphoidzellen. Nach dem histologischen Befunde handelte es sich eher um eine Entstehung aus einer mesenterialen Lymphdrüse infolge Verstopfung der Vasa efferentia als um eine Retentionscyste in Chylusgefäßen. Die paroxysmale Vergrößerung ist typisch für derartige Chyluscysten.

Stets ist ein operativer Eingriff angezeigt: ob man dabei die Ausschälung mit Vernähung des Bettes oder die Einnähung in die Bauchwand mit späterer Inzision vornimmt, wird von den Verwachsungen und der Sterilität des Inhaltes abhängig zu machen sein. **Reich** (Tübingen).

42) **Lotheissen.** Über Skapularkrachen.

(Med. Klinik 1908. p. 51.)

Leichte Geräusche bei Bewegungen des Schulterblattes sind nicht allzu selten; lautes Knarren, Skapularkrachen, dagegen zeigte von 18000 erwachsenen männlichen Kranken nur einer. Gegenüber Terrillon's Angaben fand L. bei einer Reihe von Versteifungen nach Entzündung oder Verletzung des Schultergelenkes nie Skapularkrachen.

L. beobachtete bei einem 42jährigen nichttuberkulösen Manne beiderseitiges Skapularkrachen, das rechts erheblich stärker war. Bei Betastung und im Röntgenbilde fand sich an den Schulterblättern keine Abweichung. Bei der Operation der rechten Seite (Hautschnitt entlang dem medialen Schulterblattrande vom oberen Winkel bis etwas unter die Spina; stumpfe Trennung des Cucullaris vom Latissimus dorsi) stieß man auf keinen Schleimbeutel; der freigelegte obere Schulterblattwinkel erschien etwas verdickt, der obere Schulterblattrand nach vorn wie eingerollt; alle Muskeln waren sehr kräftig entwickelt. Am Rande wird der Musculus supraspinatus samt der Knochenhaut abgelöst, der Knochenrand auf etwa 5 cm Breite abgemeißelt, ein Muskellappen aus dem Rhomboideus gebildet, nach vorn umgeschlagen und am Serratus angenäht. Nach 4 Wochen aktive und passive Bewegungen und Faradisation. Völlige Heilung, auch noch nach 5 Monaten.

Handelt es sich um Krachen am unteren Schulterblattwinkel, so wird bei ausgesprochen Tuberkulösen von jeder Operation abgesehen, bei den übrigen Fällen je ein 5—6 cm langer und breiter Lappen aus dem unteren Ansatz des M. rhomboideus und aus dem M. infraspinatus gebildet und damit der untere Schulterblattwinkel umkleidet. **Georg Schmidt** (Berlin).

43) **Escribano.** Quistes hidatídicos del humero.

(Rev. de med. y cir. de Madrid 1908. Nr. 1015.)

Die 30jährige Kranke hatte durch einen Fall einen Bruch des rechten Oberarmes erlitten. Alle Versuche, ihn zur Konsolidation zu bringen, waren erfolglos. Man entschloß sich schließlich zur Operation in der Absicht, die Fragmente durch Naht zu vereinigen. Da zeigte sich, daß der ganze Humerus mit kleinen Echinokokkencysten durchsetzt war; da diese sowohl bis in die proximale wie in die distale Epiphyse reichten, mußte der Arm exartikuliert werden. Die Heilung war glatt. In der ganzen Literatur sind nur 16 derartige Fälle verzeichnet.

Stein (Wiesbaden).

44) **Loison.** Mains botes par arrêt de développement du squelette.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 238.)

In einem Falle bestand ulnarer Typus der Klumphand nach Fall auf die Hand im jugendlichen Alter, in den beiden andern Fällen radialer Typus. Auch in dem einen dieser Fälle konnte ein Trauma als Ursache angesprochen werden; im zweiten Falle blieb die Ursache unbekannt. Ein Röntgenogramm erläutert die genaueren Verhältnisse. **Kaehler** (Duisburg-M.).

45) **A. Cuneo.** Sulla pseudo-artrosi di Hoffa.

(Arch. di ortopedia XXIV. 5—6. 1907.)

Verf. konnte sieben Pat. längere Zeit beobachten, nachdem sie in vorgerückterem Alter wegen einer angeborenen Hüftverrenkung und der mit dieser verbundenen Beschwerden in Behandlung gekommen und von Galeazzi unter Bildung einer Pseudarthrose nach Hoffa operiert worden waren. Die Technik war die von Hoffa angegebene; nur wurde das Gelenk von vornher freigelegt und die verschiedenen Wundschichten primär vernäht.

Die Beobachtungen ergaben, daß die arthritischen Schmerzen nach der Operation völlig verschwanden; die Hüftdeformitäten besserten sich ebenso wie die statischen Verhältnisse, da der Oberschenkel am Becken eine festere Stütze fand. Die Lumballordose zeigte nur wenig Besserung; in einigen Fällen kam es zu Flexionskontraktur mit Außenrotation, die erst nach langer Behandlung und auf Kosten der Beweglichkeit des Gelenkes behoben werden konnte. In allen operierten Fällen kam es zu einer Verkürzung, während ein bewegliches Gelenk nur in wenigen Fällen erzielt wurde.

Demzufolge kommt C. zum Schluß, daß die Operation nur dann gerechtfertigt ist, wenn sehr schwere Funktionsstörungen vorliegen; die von Hoffa erwartete Besserung der Beweglichkeit tritt nur selten ein, so daß die Operation nur bei

einseitiger Erkrankung vorgenommen werden kann. Die unblutige Reposition nach Lorenz ist der Hoffa'schen Pseudarthrose vorzuziehen; wenn der erstgenannte Eingriff unmöglich ist, so dürfte die blutige Reposition nach Codivilla in Frage kommen. **Strauss** (Nürnberg).

46) **F. K. Weber.** Zur Frage von der Ätiologie der Coxa vara.
(Russki Wratsch 1908. Nr. 4.)

3 Fälle: 1) 13jähriges Mädchen fiel beim Schlittschuhlaufen und verletzte den rechten Oberschenkel. Nach einigen Tagen Osteomyelitis des oberen Teiles der Femurdiaphyse; Fieber $1^1/_2$ Monate lang, keine Fisteln. Darauf entwickelte sich eine Coxa vara. Röntgenuntersuchung: Hals und Kopf normal, Femurdiaphyse oben verdickt, unterhalb des Trochanter major eingebrochen; Winkel zwischen Femur und Hals = 80°. Es handelte sich also um pathologische Fraktur nach osteomyelitischer Knochenerweichung. — 2) Frau mit schwerer Osteomalakie. Beide Schenkelhälse nach unten, nicht nach hinten verbogen. Eierstöcke normal, Schilddrüse interalveolär kleinzellig infiltriert, ihre Epithelien degeneriert, stellenweise ganz geschwunden. Alle Knochen weich wie Wachs. — 3) 16jähriger Jüngling, seit 4 Jahren sehr fettleibig, Gesicht und Hals gedunsen, wie bei Myxödem. Beiderseits Coxa vara. Orthopädische Behandlung beseitigte das alles. 6 Jahre später ist Pat. ganz gesund; nur stehen die Trochanteren etwas hoch und sind die Oberschenkel übermäßig nach außen rotiert. Am Halse sind nicht die geringsten Spuren einer Schilddrüse zu fühlen. Also: Atrophie der Schilddrüse, infolgedessen eine besondere Art Verfettung, ähnlich dem Myxödem, und Erweichung beider Femurhälse osteomyelitischen Charakters. W. verwirft die Theorie einer selbständigen Coxa vara adolescentium infolge Überlastung ohne Veränderung der Knochensubstanz. Er schreibt der Osteomalakie in der Ätiologie der Coxa vara eine große Rolle zu. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

47) **Meisenbach.** Lipoma arborescens of the knee joint.
(Buffalo med. journ. 1908. März.)

M. konnte in mehreren Fällen von Lipoma arborescens des Kniegelenkes auch im Röntgenbilde die lipomatösen Wucherungen nachweisen. In drei der vier von M. mitgeteilten Fällen wurden die Wucherungen der Synovialis mit gutem Erfolge bezüglich der späteren Kniegelenksfunktion entfernt. Ein im Röntgenbilde vorhandener leichter Schatten entsprach bei dem ersten Pat. einem gestielten derben, vom Lig. alare ausgehenden Lipom, während die diffusen lipomatösen Wucherungen der Synovialis bedeutend weicher waren. Bei dem zweiten Pat. zeigte das Röntgenbild unregelmäßige Schatten überall im Gelenk; bei der Operation fand sich außer typischem Lipoma arborescens ein freier Gelenkkörper, der vermutlich aus einer vergrößerten Synovialiszotte entstanden war. Bei der dritten Pat. ergab die Operation außer diffusem Lipoma arborescens eine Exostose des äußeren Condylus femoris, durch welche eine Einklemmung der verdickten Synovialisfalten verursacht wurde; außerdem zeigt die Gelenkfläche der Kniescheibe keine stachelige Exostosen. Nach Entfernung der Knochen- und Synovialiswucherungen Heilung mit voller Funktion des Gelenkes. **Mohr** (Bielefeld).

48) **Giribaldo.** Un caso de mallomegalia: hipertrofia congenita del segundo dedo del pie derecho.
(Revista med. del Uruguay 1907. Nr. 7.)

Mitteilung eines Falles von kolossaler Hypertrophie der zweiten rechten Zehe bei einem 7jährigen Mädchen, die alle bisher publizierten ähnlichen Fälle weit übertrifft. Die Länge der betreffenden Zehe betrug 15 cm (gegen 3 cm der anderen Seite), ihr Umfang war 10 cm (gegen 3 cm an der anderen Seite). Die Zehe war hakenförmig nach dem Fußrücken umgebogen. **Stein** (Wiesbaden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 20. Sonnabend, den 16. Mai 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Klinik und Poliklinik zu Greifswald.
Direktor: Prof. Dr. Payr.

Zur Frage der Sensibilität der Bauchorgane.

Von

Prof. Dr. Carl Ritter.

Bekanntlich ist die von Lennander in mehreren ausgezeichneten Arbeiten begründete und allgemein anerkannte Lehre von der Sensibilität der Bauchorgane durch eine vor kurzem erschienene Mitteilung von Meltzer und Kast in Frage gestellt.

Lennander war auf Grund seiner Untersuchungen am Menschen zu dem Schluß gekommen, daß zwar das Peritoneum parietale sehr schmerzempfindlich ist, daß aber die Bauchorgane sowohl in normalem als auch in entzündetem Zustande weder für Berührung, noch für Kälte und Wärme, noch für Schmerz empfindlich sind. Die Erkrankungen der Bauchhöhle werden erst dann schmerzhaft, wenn das Peritoneum parietale durch Dehnung oder Zerrung gereizt oder durch Übergreifen der Entzündung, z. B. durch Lymphangitis, auf das Peritoneum parietale selbst in Mitleidenschaft gezogen wird.

Demgegenüber kamen Meltzer und Kast, die an Hunden und Katzen experimentierten, zu dem Resultat, daß nicht nur die Empfindlichkeit für Schmerzeindrücke in normalen Bauchorganen vorhanden, sondern sogar in entzündeten erheblich erhöht ist. Wenn bisher die Bauchorgane bei den Operationen unter Lokalanästhesie schmerzlos gefunden wurden, so liegt das nach ihrer Ansicht in der Verwendung des Kokains, da eine subkutane oder intramuskuläre Injektion einer schon relativ kleinen Dosis von Kokain genügt, um die Empfindlichkeit in normalen und entzündeten Eingeweiden vollkommen aufzuheben.

Wie zu erwarten war, haben diese Versuche verschiedentlich dazu geführt, noch einmal die Frage der Sensibilität der Bauchhöhle zu prüfen. Aber schon mehren sich die Mitteilungen, die Zweifel an der Bedeutung der Versuche von Meltzer und Kast aussprechen.

So beobachtete Beer[1], daß man bei großen und alten Hernien ohne Schmerzäußerung im Gegensatz zum parietalen am visceralen Peritoneum manipulieren kann und Haim[2] konnte ebenso beim Menschen, wenn er nur einige Tropfen einer Billrothmischung zur schmerzlosen Durchtrennung der Bauchdecken und Vorlagerung des Magens und Dünndarmes gegeben hatte, das vollkommene Fehlen irgendeines Gefühlsinnes für Magen, Gallenblase, Leberoberfläche bei vollem Bewußtsein des Pat. feststellen. Fürs Tier aber konnte Müller[3] die Resultate von Meltzer und Kast nicht bestätigen.

Diesen Mitteilungen gegenüber möchte ich aber zur Vorsicht mahnen. So einfach liegen die Dinge nun doch nicht.

Was zunächst die Tierversuche anbetrifft, so bin ich auf Grund von zahlreichen eigenen Versuchen zu durchaus anderen Ergebnissen als Müller[3] gekommen.

Durch Zufall bin ich auf diese Frage geführt worden. Bei Enteroanastomosen, die ich zu anderem Zweck ausführte, machte ich die für mich damals höchst auffallende Beobachtung, daß der Hund, obwohl er in Morphiumnarkose schlief, bei jedem Stich am Dünndarm wie am Dickdarm laut aufschrie. Nicht die leiseste Manipulation war ohne ein Stöhnen oder Aufschreien des Tieres möglich. Diese Schmerzempfindlichkeit war so groß, daß sie bei der Naht sehr störte. Ich habe deshalb auch nur 2mal — 17. Oktober und 20. Oktober — bei diesen Versuchen den Morphiumrausch benutzt, weiterhin sie aber stets nur unter Äthernarkose ausgeführt.

Als ich dann später die Widerstandsfähigkeit eines größeren Darmabschnittes gegen künstliche Ernährungsstörungen dadurch zu erhöhen suchte, daß ich nicht plötzlich, sondern allmählich die Gefäßzufuhr abschnitt (Versuche, die Herr Dr. Esau vor kurzem in seiner Arbeit angeführt hat), machte ich die gleiche Beobachtung des

---

[1] E. Beer, A note of the sensibility of the human visceral peritoneum. New York med. record 1907. Oktober 5.

[2] Haim, Zentralblatt für Chirurgie Bd. XXXV. p. 337. 1908.

[3] L. R. Müller, Über die Empfindungen in unseren inneren Organen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1908. p. 600.

intensiven Gefühls bei der Unterbindung der Mesenterialgefäße, wenn das Tier sich im Morphiumschlaf befand.

Ich konnte daraus nur entnehmen, daß offenbar das Tier in der Bauchhöhle doch Gefühl besitzt, und bin dann deshalb dieser Frage noch einmal systematisch nachgegangen[4]. Ich benutzte Hunde und Kaninchen. Da ich die obigen Beobachtungen im Morphiumrausch gemacht hatte, so habe ich auch die meisten Untersuchungen in Morphiumnarkose vorgenommen. Den Tieren wird etwa $^1/_2$—1 Stunde vor der Operation 1 ccm einer 4%igen Morphiumlösung subkutan injiziert, sie schlafen danach gewöhnlich oberflächlich, reagieren aber auf jede Reizung. (Bei sehr aufgeregten ängstlichen Tieren wirkt das Morphium nur etwas beruhigend.) Dieser Morphiumschlaf ist die beste Untersuchungsmethode und die humanste. Ich habe auch andere Methoden versucht. So benutzte ich leichte Äthernarkose bzw. Ätherrausch zur schnellen schmerzlosen Durchtrennung der Bauchdecken und zum Hervorholen der Baucheingeweide. Es geht auch damit zuweilen, wenn wirklich die Narkose ganz oberflächlich gewesen ist, und wenn man so lange wartet, bis das Tier wirklich vollkommen erwacht ist. Nur ist die Schmerzleitung oft deutlich verlangsamt. Ich rate aber nicht dazu. Die Methode ist ganz unsicher, und ich kann ihr daher im allgemeinen gar keine Beweiskraft für die Sensibilität der Bauchhöhle zuerkennen. Obwohl das Tier oft anscheinend wach war, zeigte es öfter weder Sensibilität der Bauchorgane noch des Peritoneum parietale, über dessen Schmerzempfindlichkeit doch nicht der mindeste Zweifel besteht. Dagegen gelingt es ebenso gut wie im Morphiumrausch ohne jede Narkose die Schmerzempfindlichkeit zu beobachten. Nur ist diese Art der Untersuchung nicht sehr human und zuweilen auch nicht sehr rationell, da die Tiere schließlich eine solche gehäufte Schmerzempfindung haben, daß sie sich überhaupt nicht mehr beruhigen.

Ich rate deshalb, die Untersuchung in Morphiumschlaf vorzunehmen. Man macht dann schnell die Laparotomie, holt eine Darmschlinge hervor und wartet nun kurze Zeit, bis das Tier sich von dem ersten Schmerz erholt hat und ganz ruhig daliegt.

Nimmt man jetzt den Darm zwischen die Finger, oder faßt man ihn mit einer Hakenpinzette, oder noch besser quetscht man ihn mit Finger oder Pinzette, so sieht man sofort, daß das Tier den Kopf hebt, sich umwendet, stöhnt oder aufschreit.

Ein Schneiden der Darmwand, ein Durchstechen mit einer Nadel ist stets mit einer besonders lebhaften Schmerzäußerung vermacht. Ebenso wird Klopfen des Darmes sofort mit Reflexbewegung des Kopfes beantwortet, während Beklopfen der Bauchwand von außen nichts derartiges hervorruft. Alle diese Schmerzäußerungen treten sofort und jedesmal auf. Ich bemerke dabei ausdrücklich, daß ein

[4] Die Versuche, die noch weiter ausgedehnt werden sollen, werden demnächst ausführlich wiedergegeben werden.

Ziehen und Zerren am Mesenterium vollkommen vermieden werden kann.

Die Empfindlichkeit läßt nach, sobald der Darm längere Zeit vor der Bauchhöhle gelegen hat und austrocknet, bleibt aber für stärkere Reize stets erhalten. Ein neuer, frisch hervorgezogener Darm zeigt allerdings am besten die Reaktion auf die verschiedenen Reize.

Einfache Berührung des Darmes mit stumpfer Nadel wird anscheinend nicht empfunden. Oder ist der Reiz zu gering im Vergleich zu dem starken Reize der kalten Luft, dem die Darmschlinge ausgesetzt ist? Ebensowenig wird Vereisung mit Chloräthyl empfunden. Dagegen wird die Berührung mit dem Thermokauter zuweilen sofort deutlich beantwortet. Sobald der Thermokauter tiefer in die Muscularis dringt, ruft er stets sehr lebhaften Schmerz hervor. Hineinstopfen von Darmschlingen ist auch dann sehr schmerzhaft, wenn das Peritoneum parietale dabei nicht berührt wird. Wenn man dabei Kneifen der Darmwand vermeidet, ist es allerdings möglich, ohne größere Schmerzäußerung kurze Darmstücke in die Bauchhöhle hineinzubringen. Man muß dabei aber sehr vorsichtig und langsam zu Werke gehen. Berührung des Darmes mit zwei Nadelelektroden eines kleinen Induktionsapparates ruft starken Schmerz hervor.

Die gleiche Empfindlichkeit wie der Dünndarm zeigen Appendix, Dickdarm und Magen. Ob Milz, Leber, Pankreas die gleiche Empfindung besitzen, kann ich nicht sagen. Jedenfalls reagiert das Tier auch auf Berührung der Milz und des Netzes mit dem elektrischen Strom genau so wie bei der des Magendarmes sehr deutlich.

Ob ferner das Peritoneum viscerale an sich wirklich schmerzempfindlich ist, ist mir fraglich. Durchschneidung des Mesenterium an gefäßlosen Stellen ruft keine Reaktion hervor.

Man kann nach alledem dem Tier eine gewisse Sensibilität in der Bauchhöhle nicht absprechen. Wer aber diesen Versuchen trotzdem skeptisch gegenübersteht, und man kann bei widerstreitenden Meinungen nur mit großer Skepsis an diese Frage herangehen, dem rate ich, einmal die Unterbindung eines Mesenterialgefäßes vorzunehmen.

Es ist schon sehr auffallend, wie die schmerzhaften Empfindungen an den Bauchorganen jedesmal in der Nähe der Gefäße am stärksten sind, offenbar deshalb, weil mit den Gefäßen auch die Nerven verlaufen. Der Vergleich bei Betupfen einer gefäßlosen Darmpartie und eines Darmwandgefäßes mit dem Thermokauter ist besonders lehrreich.

Am auffallendsten ist aber die Beobachtung bei Unterbindung eines Mesenterialgefäßes:

Man legt die Dünndarmschlinge auf einen Gazestreifen, schneidet dann mit einer kleinen feinen Schere rechts und links von dem Gefäß das gespannte Mesenterium durch und zieht nun unter Arterie und Vene ganz vorsichtig zwei Fäden hindurch. Knüpft man jetzt den zentralen Faden, was ohne jeden Zug am Mesenterium gelingt, so zuckt das Tier momentan zusammen, schreit plötzlich laut

auf, wendet den Kopf nach der operierten Seite, krümmt sich vor Schmerz und will oft vom Operationstisch herunter. Der Versuch gelingt stets auch bei Därmen, die lange vor der Bauchwand gelegen haben. Knotet man dagegen jetzt den peripheren Faden, so tritt nicht das Mindeste ein. Hier ist also offenbar die Nervenleitung unterbrochen.

Umgekehrt stöhnt das Tier sofort auf, wenn das periphere Ende zuerst und schreit von neuem, wenn das zentrale zuletzt unterbunden wird. Hier war die Nervenleitung zum Gehirn auch nach Knoten des peripheren Fadens erhalten.

Diese Versuche sind auch ein guter Beweis dafür, daß das Ziehen des Mesenteriums hierbei keine Rolle spielt. Denn dann müßte auch, wenn der periphere Knoten zuletzt geknüpft wird, Schmerz eintreten. Man kann aber, wie ich schon betont habe, das Ziehen des Mesenteriums ganz vermeiden. Andererseits wird Zerrung am Mesenterium nach meinen Beobachtungen bei weitem nicht so schmerzhaft empfunden, wie die Unterbindung der Gefäße.

Diese Sensibilität der Gefäße ist nun nicht nur am Mesenterium vorhanden, sondern auch am Dickdarm und an sämtlichen Gefäßen des Magens; desgleichen an den Gefäßen der Milz.

Ebenso ist die Unterbindung eines Netzzipfels stets sehr schmerzhaft.

Nach alledem kann ich nur sagen, daß auch die Bauchorgane des Tieres Sensibilität besitzen.

Ich habe dann weiter geprüft, ob wirklich das Kokain in der Schleich'schen Infiltration imstande ist, diese Schmerzempfindlichkeit herabzusetzen. Nachdem ich am selben Tier zunächst die Sensibilität in der Bauchhöhle festgestellt hatte, spritzte ich subkutan und intramuskulär Braun'sche Lösung (um jeden anderen störenden Zusatz zu vermeiden Kokain 0,1, physiologische Kochsalzlösung 100,0) in der Ausdehnung, wie man eine Infiltrationsanästhesie zur Eröffnung der Bauchhöhle machen würde. Ich habe die Versuche oft wiederholt. Zunächst war danach an den Organen der Bauchhöhle nichts Besonderes nachweisbar. Erst nach 10 Minuten und länger ist die Empfindlichkeit scheinbar geringer. Dann tritt selbst auf starke Reize (Unterbindung eines Gefäßes) nur ganz geringe Zuckung des Kopfes ein und schließlich fühlt das Tier nicht das allermindeste mehr. Das Tier liegt jetzt auffallend ruhig. Weder Reizung des Peritoneum parietale oder Zug am Mesenterium noch Malträtieren des Darmes oder Unterbindung von Gefäßen und Netz ruft irgend eine Reaktion am Tier hervor. Besonders auffallend ist im Gegensatz zu früher die vollkommene Gleichgültigkeit des Tieres selbst gegen Hineinstopfen eines großen Darmschlingenkonvoluts. Die Bauchdecken sind dabei ohne jede Spannung.

Kein Tier ist übrigens bei diesen Versuchen zugrunde gegangen, bei keinem traten Vergiftungserscheinungen auf.

Da es möglich war, daß das Kokain rein lokal gewirkt hatte, betupfte ich eine vor der Bauchhöhle liegende Darmschlinge längere

Zeit mit Braun'scher Lösung, erreichte auch eine vollkommene Anästhesie. Als ich aber dann eine frische Darmschlinge hervorholte, war auch sie wie die ganze Bauchhöhle anästhetisch.

Ich kann also auch die Beobachtung von Meltzer und Kast bestätigen, daß das Kokain bei dem Tier recht rasch resorbiert wird und dann allgemein wirkt.

Wenn nach diesen Versuchen der Schmerz in der Bauchhöhle empfunden und dem Gehirn mitgeteilt wird, so war es von vornherein wahrscheinlich, daß das nur auf dem Wege des Rückenmarkes geschehen kann, und zwar unter Vermittlung der Verbindungsfasern des Sympathicus mit den sensiblen Bahnen.

Um das zu beweisen, habe ich bei mehreren Tieren vorher das Rückenmark durchschnitten. Geschieht das an der Grenze zwischen Brust- und Bauchhöhle, so bleibt die Bauchhöhle empfindlich. Durchtrennt man aber höher, etwa in Höhe der Schulterblattspitze, so ist jetzt die Bauchhöhle genau so wie die Bauchdecken vollkommen empfindungslos. Damit scheint mir diese Frage erledigt zu sein. Durch den verschiedenen Ausfall der Rückenmarksdurchtrennung ist zugleich bewiesen, daß nicht etwa die Chokwirkung der Rückenmarksdurchtrennung selbst für die nachträgliche Gefühlslosigkeit der Bauchhöhle als Ursache herangezogen werden kann.

Wenn ich nun ebenso wie Meltzer und Kast zu dem Schluß komme, daß man der Bauchhöhle die Sensibilität nicht absprechen kann, so möchte ich nicht gleich so weit gehen, diese Versuche nun auch für den Menschen als bindend anzusehen.

Für das Tier entscheidet das Tierexperiment, für den Menschen nur der Versuch am Menschen. Es ist sehr wohl möglich, daß das Tier sich recht wesentlich vom Menschen unterscheidet. Aber auch für den Menschen möchte ich vor voreiligen Schlüssen aus wenigen Beobachtungen warnen. Beobachtungen, die an vorher narkotisierten Menschen gemacht sind, halte ich nach den Erfahrungen am Tier nicht für beweisend. Ebensowenig Beobachtungen am vorgelagerten Darm, den man nicht gleich, sondern nach 12 oder 24 Stunden eröffnet. Denn der Darm leidet durch längeres Liegen an der Luft in seiner Empfindlichkeit. Beobachtungen durch die Bauchdecken hindurch beweisen noch weniger. Wenn man z. B. durch dünne Bauchdecken hindurch den Darm schlägt und keinen Schmerz auftreten sieht, so ist deshalb der Darm nicht ohne weiteres sicher empfindungslos. Man berührt dabei, ohne daß es weh tut, auch das Peritoneum parietale, das sicher schmerzempfindlich ist. Man wird daher viel subtiler und unter viel größerer Vermeidung von Fehlerquellen untersuchen müssen.

Ganz besonders rate ich, hier die Unterbindung von Gefäßen in der Bauchhöhle als Prüfstein für die Sensibilität zu verwenden.

Daß die Bauchhöhle auch beim Menschen nicht empfindungslos ist, dafür gibt es doch hier und da einige Andeutungen. Ich verweise hier auf Bier's Nachtrag zu seinem Kollateralkreislauf, der

besonders das Abbinden des Gekröses schmerzhaft fand (was aber Lennander unter allgemeiner Anerkennung auf Zug am Mesenterium bezog) und ferner auf die interessante, vor kurzem erschienene Arbeit von Müller hin, der sich durchaus nicht ohne weiteres den Anschauungen Lennander's anschließt, und schließlich auf die Schwierigkeiten, die sich bei Lennander's Auffassung der Erklärung der Schmerzen in Bauchorganen entgegenstellen, und auf die besonders Wilms hingewiesen hat. Ich selbst habe in zwei Fällen am nicht narkotisierten Menschen sowohl beim sehr früh geöffneten vorgelagerten Darm, als auch beim Fassen von Darmschlingen mit der Pinzette deutliches Schmerzgefühl eintreten sehen.

---

1) **Gaudiani.** I germi anaerobi nelle suppurazioni.
1908.

Anaerobe Keime wurden fast regelmäßig bei gashaltigen Abszessen, Perforationsperitonitiden und Urininfiltrationen gefunden und verursachten den eigenartigen Gestank dieser Affektionen. Bis auf wenige Formen, die regelmäßiger angetroffen werden, ist es nicht möglich, bisher die Spezifizität der Keime zu beweisen. Die isolierten Anaeroben waren häufig wenig virulent, erlangten aber eine erhebliche Virulenz, wenn sie zusammen mit anderen Bakterien injiziert wurden in jenen Verhältnissen, wie sie sich auch beim Menschen vorfinden.

Dreyer (Köln).

---

2) **T. Chutaro.** Experimentelle Untersuchungen über Knochentransplantation.
(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 80.)

Um die Frage zu entscheiden, ob bzw. wie lange ein unversehrtes Knochenstück in anderem Körpergewebe seine Lebensfähigkeit behalten kann, und ob Knochenneubildung allein aus dem eingepflanzten Knochenstück entsteht, wurden Schwanzwirbelknochen von Hunden und Kaninchen samt ihrem Periost und den daranhängenden Weichteilen den Versuchstieren in die freie Bauchhöhle eingepflanzt. Die Schicksale der verpflanzten Knochen wurden in Zeiträumen von 3 bis 130 Tagen nach der Operation untersucht. Es ergab sich hierbei, daß bei 110—130 Tage alten Präparaten ein vollständiger Untergang von Knochensubstanz erst stattgefunden hatte, daß aber bis zu 95 Tagen alte noch deutlich teilweise Vitalität zeigten. Solche teilweise erhaltene Vitalität des Knochens hatte einen günstigen Einfluß auf die Einheilung. Die Resorption des eingepflanzten Knochenstückes geschah gewöhnlich unter dem Auftreten von Riesenzellen und Lakunen; mitunter ging sie jedoch auch ohne diese von statten. Die Knochenneubildung ging stets vom Periost und Knochenmark aus; die Knochenzellen waren ohne Einfluß auf sie. Es empfiehlt sich daher für Implantation von Knochen zu Heilzwecken stets die Entnahme eines

Knochenstückes mit allen ernährenden Bestandteilen. Am längsten lebensfähig erwiesen sich Mark und Epiphysenknorpel.

Doering (Göttingen).

3) **A. Margulies.** Zur Frage der Regeneration in einem dauernd von seinem Zentrum abgetrennten peripherischen Nervenstumpf.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 94.)

Um durch eigene Untersuchungen zu der Streitfrage Stellung zu nehmen, ob die Nervenregeneration von der Ganglienzelle allein ausgehe, oder ob bei diesem Prozeß auch eine Tätigkeit der dem peripherischen Nerven von Anbeginn zugehörigen Nervenzellen, den sog. Schwann'schen Zellen, zu konstatieren sei, resezierte M. bei Kaninchen ein 2 cm langes Stück des Ischiadicus und untersuchte die Nervenstümpfe, nachdem die Tiere in Zeitabständen von 1—240 Tagen getötet waren. Seine Resultate sind kurz folgende. Nach der Durchschneidung eines peripheren Nerven treten im distalen Stumpf die bekannten Degenerationserscheinungen auf. Die Schwann'schen Zellen bilden durch Vermehrung und Massenzunahme ein neues, spezifisches Fasergewebe. In diesem unfertigen Zustande verharrt aber der Nerv, wenn er dauernd vom Zentrum abgetrennt bleibt; vollwertig wird er nur bei Wiederherstellung der Verbindung mit dem Zentrum. Autogene Regeneration, d. h. Bildung vollwertiger Nerven, findet im dauernd abgetrennten Stumpf bei erwachsenen Tieren nicht statt. Jede Nervenregeneration ist ein autonomer Wachstumsvorgang, insofern als die anatomische Grundlage des Nerven von den Schwann-schen Zellen aufgebaut wird. Es kommt unter allen Umständen autonom, auch ohne Einfluß der Ganglienzelle, zu einer Regeneration, aber sie ist unvollständig und bedarf zur vollen Ausbildung der typischen Nervenform der funktionellen Inanspruchnahme. Die Regeneration des peripherischen Nervenstumpfes zum vollwertigen Nerven erfolgt nicht durch Einwachsen zellenloser Fortsätze der Ganglienzelle; autonome Regeneration der Schwann'schen Zellen bildet das neue Gewebe; diesem kommen dann durch Verbindung mit dem Zentrum die funktionellen, den regenerierten Nerven zu einer vollwertigen Form ausgestaltenden Reize.

Doering (Göttingen).

4) **Dessauer und Wiesner.** Leitfaden des Röntgenverfahrens. Dritte umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Leipzig, **O. Nemnich,** 1908.

Das allen Röntgenologen bekannte Buch erscheint nach 4 Jahren bereits in dritter Auflage. Gegenüber manchen anderen Lehrbüchern des Röntgenverfahrens enthält es sehr eingehende Erklärungen des physikalischen und technischen Teiles.

Außer den Verff. sind verschiedene bekannte andere Autoren an dem Werke beteiligt: Hildebrand, Hoffmann, Hoffa, Blencke

und Holzknecht. Letztere haben hauptsächlich den medizinischen Teil des Buches bearbeitet.

Die einzelnen Kapitel enthalten alles notwendige, ohne sich in der Beschreibung der unzähligen Apparate zu verlieren.

Gaugele (Zwickau).

---

5) **A. Thorndike.** A manual of orthopedic surgery. 401 S. 191 Abbild.

Philadelphia, **P. Blakistons Sohn & Co.,** 1907.

Der kurze Leitfaden ist bestimmt zur Einführung in die Orthopädie. Die Gruppierung des Stoffes ist nach ätiologischen und chronologischen Gesichtspunkten vorgenommen; sie erscheint trotz mancher Schwierigkeiten, die sich daraus für die Darstellung ergeben, wohl geeignet. Die Deformitäten, die durch Narbenbildungen an den Extremitäten erzeugt werden, sind übergangen.

Der außerordentlich umfangreiche Stoff bedingt, daß T. sich vielfach nur mit kurzen Hinweisen begnügen muß; um so wichtiger ist es, daß die persönliche Erfahrung noch mehr in den Vordergrund gestellt wird.

Den Beschluß des Werkes bilden zwei Kapitel, in denen die Gipstechnik und die orthopädischen Apparate beschrieben werden.

Ein besonderer Vorzug des Werkes ist die klare, übersichtliche Darstellung. Die Abbildungen sind sorgfältig gewählt.

Kranepuhl (Kassel).

---

6) **O. Thilo** (Riga). Orthopädische Technik.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. IV. Hft. 2 u. 3.)

Die fleißige Arbeit umfaßt 83 Seiten mit 7 Abbildungen im Text und 137 Abbildungen auf Tafeln und soll uns in Wort und Bild Verf.s Technik vor Augen führen, die er selbst zum größten Teil als eine Drahttechnik bezeichnet. Sie bietet namentlich dem praktischen Arzte die Möglichkeit, sich selbst Schienen, Korsette und alle möglichen Übungsvorrichtungen herzustellen. Auf die einzelnen Behandlungsmethoden, die lesenswert sind, einzugehen, würde über den Rahmen eines einfachen Referates hinausgehen. **Hartmann** (Kassel).

---

7) **Radmann.** Chirurgische Behandlung bei epidemischer Genickstarre.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

R. setzt auseinander, daß schon aus theoretischen Gründen chirurgische Maßnahmen im allgemeinen bei der epidemischen Genickstarre keinen Erfolg versprechen, da es sich nicht um eine lokale Eiterung handelt, vielmehr die Allgemeininfektion das Krankheitsbild beherrscht; und gegen diese sei die lokale Beeinflussung der Entzündungsprodukte in den Meningen machtlos. Die Statistik spricht für diese Ansicht; denn $^1/_3$ der Erkrankten kommt ohne chirurgische

Behandlung zur Heilung, während die Operierten kaum diesen Heilungsprozentsatz erreichen; in den Krankenhäusern, in welchen keine chirurgischen Eingriffe gemacht wurden, war die Sterblichkeit am niedrigsten.

Eine Ausnahme macht in chronisch verlaufenden Fällen der Hydrocephalus. Diesen zu beseitigen, dürfte in der Tat von Vorteil sein. R. führte dazu die Drainage beider Seitenventrikel in zwei Fällen aus, ohne freilich die Kranken retten zu können, und empfiehlt, gleichzeitig noch den 4. Ventrikel durch Eröffnung des Lig. atlanto-occipitale zu drainieren. Die Gefahr dieser Drainage besteht in der Sekundärinfektion bei der Nachbehandlung. Um diese zu vermeiden, brauchte Verf. zur Drainage kleine 4 cm lange Silberdrahtgestelle, in welche parallel gelegte Baumwolldochtfäden eingelegt waren; durch sukzessives Herausziehen der Fäden gelang es, den Abfluß wieder herzustellen, wenn eine Verstopfung eingetreten war.

Haeckel (Stettin).

---

8) **F. Riedl.** Granulationsbehandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Die Schwierigkeiten in der Behandlung großer Granulationsflächen veranlaßten den Verf. zu einem Versuche mit dem als Hausmittel bekannten Leinöl. Es ergab sich, daß dabei die Granulationen sehr rasch dünner, trockener werden, sich sehr schnell überhäuten, und daß die Narben geringere Neigung zu Retraktion zeigen. Nebenbei haben diese Verbände den Vorzug der Einfachheit und Billigkeit; es wird einfach Mull mit sterilem Leinöl getränkt, mit undurchlässigem Stoffe bedeckt und mit Binde befestigt, der Verband zweimal täglich gewechselt. Bei sehr frischem Öle scheint eine Sterilisation nicht einmal nötig zu sein.

Renner (Breslau).

---

9) **Creite.** Zur Therapie des äußeren Milzbrandes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Auf Grund von 13 mit ausgezeichnetem Erfolge behandelten Fällen aus der Braun'schen Klinik hält C. ausgedehnte Operationen, wie Exzision und Kauterisation, zur Heilung des äußeren Milzbrandes nicht für nötig. Er empfiehlt Suspension des erkrankten Gliedes und Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

Borchard (Posen).

---

10) **W. T. Dannreuther.** The surgical value of jodine.

(New York med. record 1908. Januar 25.)

D. hält eine begeisterte Lobrede auf die Jodtinktur und verwendet das Mittel in ausgedehntem Maße, äußerlich bei allen möglichen Entzündungszuständen, prinzipiell bei den gewöhnlichen Fleischwunden des Schädels, wie solche die tägliche poliklinische Praxis in reichlicher Zahl mit sich bringt. Nach der üblichen Desinfektion dieser meist verunreinigten Wunden soll die Aufträufelung von Jodtinktur außerordentlich die primäre Wundheilung befördern. Bei

schlaffen Granulationen und torpiden Geschwüren sei Jodoform nicht ebenso wertvoll. — Eine 1%ige wäßrige Jod-Jodkalilösung dient zur Sterilisation der Hände; nach bakteriologischen Untersuchungen genüge schon ein Zeitraum von 1/2 Minute. Die Desinfektion des Operationsfeldes, das Jodcatgut, die Irrigation der Bauchdeckenwundflächennaht des Peritoneums nach vorheriger Laparotomie, wie Goelet vorschlug, mit einer dünnen wäßrigen Lösung (1 g Tinktur auf 250 g Wasser) wird für zweckmäßig erachtet. In der Gynäkologie und Geburtshilfe sei ebenfalls ein reichliches Feld der Anwendung. Schließlich wirkt eine Lösung von 1 : 4000 Gonokokken tötend.

Loewenhardt (Breslau).

---

11) **Schlesinger.** Zur Injektionstherapie der Neuralgien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

S. verwendet auf 0° durch Einsetzen des dünnwandigen Gefäßes in ein Gemisch von kleingeschlagenem Eis, Viehsalz, Ammoniak abgekühlte physiologische Kochsalzlösung zur Einspritzung bei Neuralgien. Die Injektion erfolgt nach Bildung einer anästhetischen Hautquaddel tief in das Gewebe unter ständiger langsamer Einspritzung der kalten Lösung. Die erzielten Resultate sind gut. **Borchard** (Posen).

---

12) **Sehrt.** Die histologischen Veränderungen des in menschliches Gewebe injizierten Paraffins.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 601.)

Nach einer zusammenfassenden Darstellung der bisherigen histologischen Untersuchungen über das Schicksal des in menschliches Gewebe injizierten Paraffins schildert Verf. den Befund, den er an den Paraffingeschwülsten aus der Wange einer Pat. (es war vermutlich Hartparaffin) erheben konnte.

Das Paraffin findet sich in den Hohlräumen zwischen alveolär angeordnetem Bindegewebe. Die Wand der Alveolen, in denen das Paraffin deutlich erkennbar liegt, ist von epitheloiden Zellen ausgekleidet, zwischen denen sich zahlreiche Riesenzellen befinden, die Ausläufer in das Paraffin ausschicken und dieses zerteilen.

Das Paraffin wird maschenförmig von oft bizarr angeordneten Bändern durchzogen, welche die Einwucherung von epitheloiden Zellsträngen und Zellgewebszügen vorbereiten. Diese Bänder bestehen aus unzähligen feinsten Fettröpfchen. In einem späteren Stadium sind die Paraffinalveolen von einem aus epitheloiden und Riesenzellen bestehendem Gewebe ausgefüllt, dessen Zellen zahlreiche Fettröpfchen enthalten. Letztere entstehen vermutlich weder durch Oxydation des Paraffins, noch durch fettige Gewebsdegeneration, sondern stammen von fettreichen Gewebssäften, die vom Paraffin eingeschlossen werden.

Das in dem Hartparaffin enthaltene Fett, das von eingewanderten Zellen resorbiert wird, macht das schwer resorbierbare Präparat zu einem leichter resorbierbaren. Die Organisation des Weichparaffins

erfolgt noch rascher und stürmischer, aber auch von den Injektionen mit Hartparaffin läßt sich vom histologischen Standpunkt aus ein dauernder kosmetischer Erfolg nicht erwarten. **Reich** (Tübingen).

---

13) **Zangemeister.** Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

Da die Gefahr der Vereiterung durch Saugbehandlung vermehrt wird, eignet sich die Methode für Fälle frischer puerperaler Mastitis nicht. In den abszedierten Teilen, in denen die Entzündung nicht mehr weiter fortschreitet, kann man bei der Saugbehandlung sich auf kleine Inzisionen beschränken. **Borchard** (Posen).

---

14) **O. Cignozzi.** La tecnica dell' amputazione della mammella nella cura radicale del cancro mammario in rapporto alle sue vie di diffusione.

(Archiv intern. de chirurgie 1907. Vol. III. Fasc. 6.)

Die radikale Operation des Brustkrebses erfordert: 1) die Exstirpation eines möglichst großen Teiles der Haut, 2) die völlige Entfernung der Brustdrüse, 3) die Abtragung des M. pectoralis major und event. des Pectoralis minor samt seiner Fascie, 4) die Ausräumung der Achselhöhle, der Fossa subclavicularis und event. der Fossa supraclavicularis.

Bei der Besprechung der plastischen Operationsmethoden wird des näheren auf die 1896 angegebene und 1906 verbesserte Methode Tansini's eingegangen. Tansini bildet einen dorsalen Lappen von ovaler Form und von der Größe des zu deckenden Defektes, dessen Stiel aus den Weichteilen der hinteren Achselhöhlenbegrenzung entspringt, 6—7 cm breit ist und, um eine genügende Blutversorgung zu gewährleisten, den Latissimus dorsi und einen Teil des Teres major einschließt. Verletzung der wichtigen Gefäße, A. subscapularis und A. circumflexa scapulae, hat eine Nekrose des hinteren Lappenrandes zur Folge, läßt sich aber durch Bildung einer breiten Muskelbasis unter Beachtung der anatomischen Lage dieser Gefäße vermeiden.

Ein vom Verf. beobachteter, nach der Methode von Tansini operierter Fall ergab Dauerheilung und ein ausgezeichnetes kosmetisches und funktionelles Resultat.

Der Arbeit sind instruktive Abbildungen beigegeben. — Photographien geheilter Fälle finden sich ferner in der Arbeit von Purpura, Lancet 1908, p. 634—637. **Revenstorf** (Hamburg).

---

15) **W. A. Bartlett** and **E. E. Smith.** Blood reactions on inflammation; and the diagnostic prevention of the terminal stages of infections of the appendix and gall-bladder. Part I. E. E. Smith: Blood reactions of inflammation.

(New York med. record 1908. Februar 8.)

B. und S. versuchen die umstrittene Bedeutung des Blutbefundes besonders für die Feststellung des Terminalstadiums bei Infektionen des Wurmfortsatzes und der Gallenblase, d. h. den Eintritt von Empyem oder Gangrän zu rechtfertigen. Allerdings wird zugestanden, daß ein positiver Blutbefund hauptsächlich bei einem fortschreitenden Entzündungsprozeß und nicht ebenso sicher bei einem fertigen Zustande zu erwarten ist. Es kommt also darauf an, diese Untersuchungen frühzeitig und häufiger während der Beobachtung vorzunehmen.

Bei einem aktiven Prozeß steht die Leukocytosis im Verhältnis zu der Intensität der Entzündung.

Bei Eintritt der weniger aktiven Gangrän braucht die Leukocytenzahl dann nicht mehr vermehrt zu sein, weil jetzt weniger chemotaktische Substanz durch die geringere Reaktion der Gewebe gebildet wird. Dagegen pflegt noch eine relative Vermehrung der Zahl der polymorphonukleären Leukocyten zurückzubleiben, die gerade die Diagnose eines gangränösen Prozesses nahe legt, weil dadurch angezeigt wird, daß die aktive entzündliche Reaktion der Gewebe abgelaufen ist.

Es wird ferner auf die Bedeutung der Untersuchung des Blutes auf den Fibringehalt hingewiesen und bestimmt behauptet, daß dessen Vermehrung im genauen Verhältnis dazu steht, wie weit sich die Serosa an der Entzündung mit beteiligt. Die Fibrinvermehrung des Blutes ist ein Index für Ausdehnung und Grad der Bildung von fibrinösem Exsudat in dem Körper.

So kann man an der »Hyperinosis« (d. h. vermehrten Fibrinbildung) oft die Entwicklung der Peritonitis diagnostizieren und z. B. die Information erhalten, daß der Rückgang von Symptomen nur dem Platzen eines Abszesses und nicht etwa einer wirklichen Besserung zuzuschreiben sei.

Bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller sonstigen diagnostischen Momente liefert der Blutbefund nicht nur eine Sicherung, sondern oft eine direkte Entscheidung zur korrekten Deutung aller Symptome, ermöglicht auch bei Abwesenheit aller prägnanten Erscheinungen, besonders in den Anfangsstadien, die Feststellung der Infektion.

Loewenhardt (Breslau).

---

16) **Tomita.** Über die Obliteration des Wurmfortsatzes.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Zur Entscheidung der Frage, ob die außerordentlich häufigen partiellen, seltener totalen Atresien des Wurmfortsatzes das Resultat einer abgelaufenen Entzündung oder eines chronisch während einiger Dezennien ohne ausgesprochene Entzündungserscheinungen vor sich

gehenden, nahezu physiologischen Obliterationsprozesses sind, hat T. in Ribbert's Institut Untersuchungen an zahlreichen obliterierten, der Leiche möglichst frisch entnommenen Wurmfortsätzen gemacht. Er betont es als besonders wichtig, sich nicht mit Querschnitten zu begnügen, sondern auch Längsschnitte zu machen, da der Übergang des obliterierten in den nicht obliterierten Teil am meisten Aufschluß über das Wesen des Prozesses gebe. Er kommt zu dem Resultat, daß nicht entzündliche Vorgänge die Obliteration bedingen. Nie findet man Narben, sondern einfachen Schwund des Epithels, so daß die Muscularis mucosae zusammenrückt und die Achse der obliterierten Partie bildet. Es handelt sich um eine langsam fortschreitende Veränderung, bei der das Epithel nach und nach zugrunde geht, wahrscheinlich durch Einwirkung toxischer Substanzen; durch Vermehrung des submukösen Bindegewebes wird der Raum, den früher die Lichtung und das Epithel einnahm, ausgefüllt; ein Teil der Submucosa verwandelt sich in umfangreiches Fettgewebe. Schon die außerordentliche Häufigkeit des Prozesses und der Umstand, daß die Obliteration immer am Ende des Wurmfortsatzes beginnt und allmählich gegen den Blinddarm hin fortschreitet, spricht gegen entzündliche Natur dieses Vorganges.

Haeckel (Stettin).

---

17) **L. Thévenot** et **Gabourd.** Les hernies spontanées du repli semilunaire de Spiegel.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 4.)

Die am Außenrande des Rectus abdominis meist in der Verbindungslinie zwischen Nabel und Spina il. ant. sup. gelegenen Brüche verdanken ihre Entstehung meist den Lücken der Aponeurose, welche kleinen Zweigen der A. epigastrica inf. den Durchtritt gestatten. Sie finden sich meist bei Frauen, und auch hier meist in vorgerücktem Alter. Tritt in solchen Umständen Einklemmung ein, die bei scharfen Rändern der Bruchpforte zur förmlichen Durchtrennung der inkarzerierten Darmschlingen führen kann, so bietet die operative Heilung wenig Aussicht auf Erfolg, während sie natürlich bei noch resistenten Bauchdecken von Individuen gesunder Konstitution recht leicht zu erzielen ist. Nicht immer leicht ist die Diagnose, besonders solange der Bruch noch klein, bei fetten Bauchdecken nicht zu fühlen, bei straffen mit Lipom oder Fibrom zu verwechseln ist. Die kleine Studie dürfte bei der Seltenheit dieser Bruchform manchem gelegen sein.

Christel (Metz).

---

18) **A. Koritschan.** Über die Bedeutung der Schichtung des Mageninhaltes für den Wert der Aziditätsbestimmung nach Probefrühstück. (Aus dem Ambulatorium für Magen-Darmkranke im Wiener allgemeinen Krankenhause.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

Der Wert der Säurebestimmung schien durch Beobachtungen Grützner's, Sick's und Prym's über die Schichtung des Magen-

inhaltes bzw. verschiedene Azidität der einzelnen Schichten erschüttert. Schütz hat nun zunächst feststellen können, daß die Schwankungen, welche die Azidität an verschiedenen Tagen zeigt, und welche ebenfalls auf die Schichtung zurückgeführt wurde, in der Regel sehr geringe sind, und hat dann den Verf. veranlaßt, nachprüfende Bestimmungen des Säuregehaltes der verschiedenen Mageninhaltsschichten vorzunehmen. Auf Grund von 30 solchen, in der Arbeit protokollierten Untersuchungen kommt er im Gegensatz zu Sick und Prym zu dem Resultate, daß die Aziditätswerte zweier aus verschiedenen Schichten entnommenen Proben im allgemeinen gut übereinstimmen, daß somit die Bestimmung der freien HCl nach Probefrühstück ihren Wert behält. (Cf. dagegen Schütte, Zentralblatt für Chirurgie 1908 p. 436.) Die abweichenden Resultate der anderen Autoren sucht er dadurch zu erklären, daß Sick vorwiegend Fundus- und Pylorusgehalt gesondert untersuchte, daß ferner diese Untersuchungen längere Zeit beanspruchten, und daher durch gesteigerte Sekretion von Magensaft oder Magenschleim, sowie Speiseröhrenschleim die Zahlen beeinflußt wurden. Prym belegte die angegebenen Differenzen nicht mit Zahlen. Literatur.

Renner (Breslau).

---

19) **Boas.** Die Operationen wegen Krebs des Magen-Darmkanales im Lichte der inneren Medizin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Eine Frühdiagnose gibt es bis jetzt nicht. B. glaubt auch nicht, daß es dieselbe für die Zukunft geben werde. Nach der Art der Geschwülste geben aber Spätoperationen in vielen Fällen keine schlechteren Resultate wie Frühoperationen. Es ist eine Hauptaufgabe der inneren Medizin, die für die Operation geeigneten Fälle richtig auszuwählen.

Borchard (Posen).

---

20) **W. A. Lane.** Chronic constipation.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Verf. betrachtet die chronische Verstopfung, die er besser chronische »Intestinal stasis« nennen möchte, als recht beachtenswerten Krankheitszustand, dessen üble Folgen oft ausgedehnte chirurgische Maßnahmen erforderlich machen. Die Erkrankung ist pathologisch-anatomisch deutlich gekennzeichnet. Zunächst zeigt sich eine Erweiterung des Blinddarmes, der die ganze rechte Beckenhälfte einnehmen kann und durch Verwachsungen gegen das Parietalperitoneum in seiner Lage fixiert wird. Die Verwachsungen setzen sich auch auf den Wurmfortsatz fort, der geknickt wird, wodurch es zu einer Stauung seines Inhaltes kommt, die wiederum oft Störungen bedingt. Dem Zuge der Verwachsungen beckenwärts arbeitet das Aufhängeband der Flexura hepatica entgegen; es kommt auch an dieser Stelle zu Verwachsungen, die die Flexur nach oben ziehen und einen Zug auf die rechte Niere, sowie auf die Lumbalgegend ausüben. Fernerhin kommt es zu einer

Descensus des Colon transversum, das eine tief herabhängende Schlinge bildet, deren beide Schenkel durch Verwachsungen mit Colon ascendens und descendens sich verbinden und so den Tiefstand des Colon transversum zu einem dauernden machen. Das Colon descendens wird in ähnlicher Weise noch an das Parietalperitoneum fixiert, wie das Colon ascendens, während das Colon sigmoideum erst allmählich gegen die Ursprungsstelle seines Mesenterium fixiert wird, wodurch seine Weite und Lichtung verkleinert wird und die Muscularis atrophiert. Der Mastdarm ist verlängert, erweitert und frei von allen Verwachsungen. Dagegen kommt es infolge des Zuges des Lig. gastrocolicum zu einem Tiefstande des Magenfundus, während gleichzeitig der Pylorus durch Verwachsungen in der Lebergegend fixiert ist, so daß Magenektasie eintritt. Die Nieren werden durch den Zug der Verwachsungen mobil, wobei der Fettverlust des Organismus, der durch die chronische Intoxikation infolge des stagnierenden Darminhaltes bedingt ist, eine Rolle spielt.

In einem weiteren Abschnitt versucht L. eine mechanische Erklärung der beschriebenen Veränderungen, indem er die primäre Überladung und Erweiterung des Blinddarmes auf die sitzende und stehende Lebensweise während des Hauptteiles des Tages zurückführt, zu der bei der Frau noch die Einschnürung durch das Korsett und die mangelhaft entwickelten Bauchdecken kommen. Ein weiteres ätiologisches Moment ist die Defäkation in sitzender Stellung, die einen geringeren Druck auf den Blinddarm ausübt und eher das Ausweichen desselben gestattet als die Defäkation in kauernder Stellung, wie diese bei den Naturvölkern eingenommen wird. Die stete Überfüllung des Darmes führt zu entzündlichem Reize, der wiederum Verwachsungen bedingt, wodurch weiterhin die Darmentleerung gestört wird. Ebenso verhindern die Verwachsungen am Pylorus die Entleerung des Magens, so daß es hier zum Magengeschwür kommt.

Die Stauung des Darminhaltes bedingt nun durch Resorption von fäkulenten Toxinen einen Teil der klinischen Symptome: Abmagerung, Pigmentation und graugelbliche Verfärbung der Haut, Myodegeneratio cordis, Muskelschwäche, Kälte der Hände und Füße, Kopfschmerz, Gemütsdepression. Die Darmentleerung ist entweder diarrhoisch oder sehr selten. Die Dehnung des Darmes bedingt Schwächegefühl, Nausea, Flatulenz und Schmerzen in der Coecalgegend, die oft als chronische Appendicitis gedeutet werden, sowie im Kreuz und in der Lendengegend.

Entsprechend den mannigfachen und schwerwiegenden Erscheinungen hält L. eine eingreifende Therapie für berechtigt. Er sucht deshalb zunächst operativ die Verwachsungen zu lösen und nach der Operation für regelmäßige Stuhlentleerung zu sorgen. In manchen Fällen, besonders bei Frauen, reichten diese Maßnahmen nicht aus, und Verf. sah sich zur Resektion des ganzen Kolon gezwungen, so daß der Dünndarminhalt direkt in den Mastdarm geleitet wurde. Bei kachektischen Frauen genügt event. die bloße Ausschaltung des Dick-

darmes durch eine Anastomose zwischen Dünn- und Mastdarm nach vorhergegangener völliger Abschließung des unteren Ileumendes.

Strauss (Nürnberg).

---

21) **M. Guibé.** Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 3—5 u. 7.)

Unter Volvulus will Verf. nur die Drehung des Darmes um die eigene Achse oder das Mesenterium verstanden wissen. Dieser ernsten chirurgischen Erkrankung widmet er eine ziemlich ausführliche Besprechung; er teilt seinen Stoff in drei Unterabteilungen: 1) Volvulus des Dünndarmes; 2) des Blinddarmes; 3) Volvulus jejuno-colicus, die Drehung also des ganzen Dünndarmes, einschließlich eines Teiles des Kolon.

Trotz der Wichtigkeit des Gegenstandes ist es schwer, Einzelheiten aus der Abhandlung hervorzuheben, zumal weder dem Volvulus an sich noch seinen Unterabteilungen besonders kennzeichnende Merkmale zukommen; so ist er in der Tat oft nicht einmal während der Operation erkannt, und durch völlig unzureichende Maßnahmen — Enteroanastomose, Kunstafter — bekämpft worden. Die Erfolge des Eingriffes sind entsprechend nicht recht befriedigend; sie belaufen sich auf etwa 50% Heilungen. Das Prozentverhältnis ist nur in den ersten beiden Tagen günstiger, wo ca. $^2/_3$ Heilungen erzielt wurden. Frühzeitige Laparotomie und methodisches Suchen nach dem Hindernis nach Eviszeration ist in der Tat die einzige Möglichkeit der Heilung; die hohen Einläufe können nur diagnostischen Wert beanspruchen, insofern sie vielleicht die Höhe des Verschlusses vermuten lassen; Atropin kann, weil relativ unschädlich, in den ersten Tagen versucht werden; Erfolg dürfte nur in noch nicht völlig entwickelten Fällen oder den gutartigen mehr chronische Formen zu erwarten sein.

Christel (Metz).

---

22) **O. Kukula** (Prag). Über die chirurgische Therapie der Cholelithiasis.

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 36—42.)

Die vorliegende Arbeit stellt einen umfassenden klinischen Vortrag dar, und beginnt in referierender Form mit Besprechung moderner Anschauungen über die Ätiologie. Mit eingehenden Schilderungen wendet sich Verf. dann zu dem interessanten pathologisch-anatomischen Bilde, dessen Deutung und Erkenntnis durch die moderne Chirurgie so sehr gefördert ist. Im Streit um die Indikation lehnt Verf. den ultraradikalen Standpunkt Riedel's als praktisch nicht durchführbar ab und nimmt einen gemäßigten Standpunkt ein. Interessant sind seine Betrachtungen über die Ursachen der Meinungsverschiedenheit von Chirurgen und Internisten und seine Kritik an der Leistungsfähigkeit interner Heilmittel der verschiedenartigsten Herkunft und über ihre Theorie. Um einen Vergleich der Leistungsfähigkeit

chirurgischen und internen Therapie zu ermöglichen, zieht Verf. die Statistiken von Kehr und Körte heran. Um die Sterblichkeit zu verringern, muß sorgfältigste Indikationsstellung geübt werden. Die Ursache der hohen Sterblichkeit bei chronischem Choledochusverschluß ist nach Ansicht des Verf.s die Tatsache, daß diese Pat. oft zu lange mit interner Therapie hingehalten werden. (Kachexie, Cholangitis, Pyämie, Peritonitis.) Es folgt dann eine Übersicht über die Endresultate und über die Rezidive. Verf. kennt folgende klare Indikationen zur chirurgischen Therapie der Cholelithiasis: 1) chronischer Hydrops beim Versagen innerer Therapie; 2) Empyem der Gallenblase, in jedem Falle; 3) chronisch rezidivierende Cholecystitis, besonders in der arbeitenden Klasse; 4) akute eitrige Cholecystitis; 5) akuter Choledochusverschluß mit cholangitischen Erscheinungen; 6) chronischer Choledochusverschluß; 7) bei Leberabszeß, Peritonitis, Ileus und anderen schweren Komplikationen. **Schmieden** (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

Über die Behandlung der akuten eitrigen Osteomyelitis.

Von

Prof. S. Rolando in Genua.

In der chirurgischen Gesellschaft in Paris wurden jüngst die operativen Indikationen bei akuter eitriger Osteomyelitis besprochen, wobei folgende zwei Kriterien vorwiegend waren, nämlich, daß es

1) nicht in allen Fällen möglich sei, klinisch die akute eitrige Osteomyelitis von der Periostitis zu unterscheiden; mithin sei es

2) unnütz und auch schädlich, den Knochen systematisch zu trepanieren, da oftmals nur eine einfache Inzision des Knochenhautabszesses genügt, um den Krankheitsprozeß zu bewältigen.

Da ich in den Krankenhäusern Genuas Gelegenheit hatte, eine große Anzahl akuter Knochenmarkentzündungen zu behandeln, teile ich hier die Resultate meiner Beobachtungen mit.

Sie beziehen sich ausschließlich auf die hämatogene Osteomyelitis, welche vorzugsweise im Entwicklungsalter (6.—18. Lebensjahr) aufzutreten pflegt. Die pyogenen Mikroorganismen, meistens Staphylokokkus pyog. aur., siedeln sich in der Metaphyse der langen Knochen nächst der Wachstumszone an, von wo aus sie bei ihrer Verbreitung gewöhnlich die akute eitrige Myelitis und sekundär die eitrige Periostitis verursachen.

Die Intensität der Verbreitung ist je nach der Schwere der Infektion und dem Zeitpunkte des chirurgischen Eingriffes verschieden.

In allen von mir beobachteten Fällen waren die Alterationen der Knochenhaut stets weniger schwer und offenbar jenen des Knochenmarkes nachstehend.

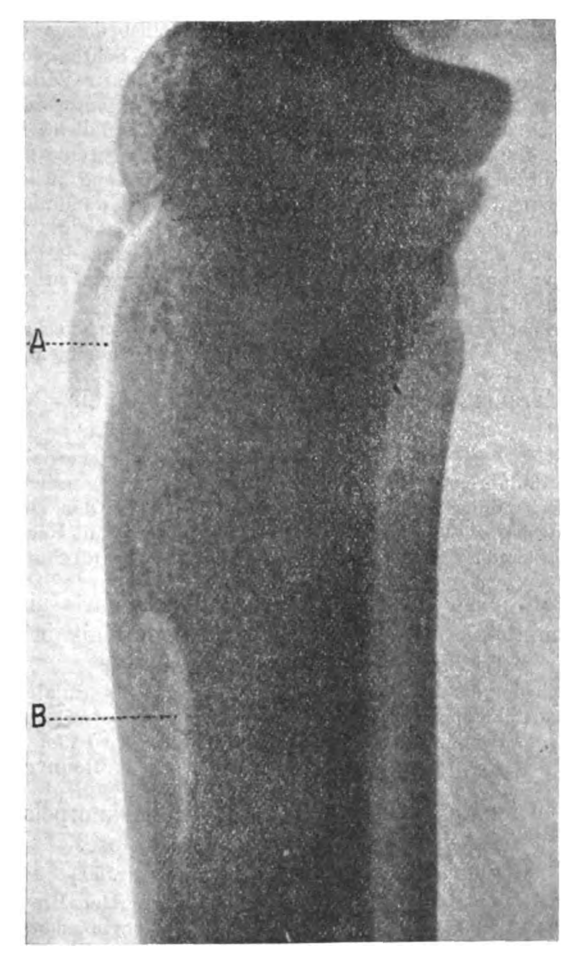
Ich ließ die Radiographie des kranken Knochens vor der Operation ausführen, was sich für die Genauigkeit der Diagnose der Kur äußerst nützlich erwies.

Die nebenstehende Radiographie bezieht sich auf einen 15jährigen Jüngling, welcher an eitriger Osteomyelitis des Schienbeins litt, und wurde bei dem Eintritt in das Krankenhaus, 7 Tage nach dem Auftreten der Krankheit, aufgenommen.

Bei *A* ist eine helle Zone sichtbar.

Man bemerkt einen Eiterherd der oberen Metaphyse, bei *B* eine andere helle

Zone, welche die untere Grenze der Eiteransammlung bezeichnet. — Anstatt der ausgedehnten Trepanierung mittels des Meißels und Hammers zog ich die umgrenzte Trepanierung mittels des Trepans vor.



Es scheint mir nicht unumgänglich nötig, die Markhöhle in ihrer ganzen Länge zu öffnen, wie das häufig geübt wird. Was vor allem wichtig ist und auch die dringlichste Indikation darstellt, ist, daß der Eiterherd vollständig beherrscht und der Eiter nicht zurückgehalten werde. Dies ist leicht zu erreichen, wenn der Eiterherd und die abschüssigste Stelle des entzündeten Markes trepaniert werden.

Der radiographische Befund trägt außer der bekannten Kriterien ungemein viel zur Genauigkeit des chirurgischen Eingriffes bei.

---

23) **F. Valentin.** Der Einfluß letaler Verbrennungen auf das histologische Bild der Schilddrüse.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 42.)

V. untersuchte die Schilddrüsen von 9 Kranken, die, an hochgradigen Verbrennungen gestorben, im Berner pathologischen Institut zur Sektion gelangten.

Er fand dabei hauptsächlich eine Desquamation des Epithels. Die einzelnen Zellen waren teils gequollen und enthielten feine Vakuolen, teils waren sie völlig normal. Andere Zellen waren geschrumpft, ihr Kern zackig und unregelmäßig. Die Größe der Zellen war sehr verschieden; neben normalgroßen befanden sich solche, die wesentlich vergrößert waren. Die geschrumpften Zellen flossen oft zusammen. Die vergrößerten zeigten mitunter mehrere Kerne. Die Schrumpfung der Zellen scheint auf Kosten des Protoplasmas zu erfolgen, das einen Verlust an Kernen erleidet. Das Kolloid war spärlich vorhanden; es wird anscheinend verflüssigt und resorbiert. Auch nimmt es in den Schnitten eine auffallend blaue Färbung an, ein Zeichen, daß es sich in Mucin verwandelt. Das Stroma der Schilddrüse war normal; Infiltrationen fanden sich nicht. Eine Beziehung zwischen Intensität der Veränderung und Lebensdauer nach der Verletzung bestand nicht. Das Alter spielt insofern eine gewisse Rolle, als die jüngsten Individuen die weitgehendsten Veränderungen aufweisen. Ob die Veränderungen überhaupt durch toxische Substanzen oder nur durch eine Ernährungsstörung des Organs zustande kommen, entscheidet V. nicht.

Die ausführlichen histologischen Details sind im Original nachzulesen.

Doering (Göttingen).

24) **Ringel.** Traumatisches Dermoid der Achselhöhle.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

Bei einem 44jährigen Manne war nach Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle 13 Jahre vorher eine Fistel in der Achselhöhle zurückgeblieben, die sich auf keine Behandlung schloß. Vielmehr zeigte sich in der Tiefe eine haselnußgroße Geschwulst, die sich bei der Exstirpation als eine mit Haut ausgekleidete Cyste erwies (Dermoid). **Borchard** (Posen).

25) **A. Saratoff.** Ein Fall von Neuritis retrobulbaris als Folge von Jodoformintoxikation. (Aus der II. Augenklinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

25 Tage nach der ersten, 4 Tage nach der letzten Jodoforminjektion in einem Psoasabszeß trat Amblyopie ein, die nach 3 Wochen sich besserte, nach 5 Wochen ganz zurückging. Erwähnung zweier früher veröffentlichter Fälle. Literatur.

Renner (Breslau).

26) **Kausch.** Die Resektion des ersten Rippenknorpels wegen beginnender Lungenspitzentuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Freund und Hart haben die Durchtrennung der ersten Rippe oder besser noch eine Resektion eines Stückes ihres Knorpels bei beginnender Lungentuberkulose empfohlen, weil durch eine Entwicklungshemmung dieser Rippe die zuführenden Bronchien in der Lungenspitze direkt komprimiert werden können (Schmorl'sche Lungenfurche), und weil dieser Knorpel früh verknöchert. K. führte den Eingriff bei einer 50jährigen, kräftigen Pat., deren Tuberkulose ganz im Beginn beobachtet werden konnte, aus. Ein Urteil über den Erfolg ist noch nicht abzugeben, da erst 3 Wochen seit der Operation vergangen waren.

Borchard (Posen).

27) **M. Küss.** Kyste hydatique du poumon droit. Pneumotomie.

(Bull. et mém de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 6.)

Ein 28jähriger Mann litt an wiederholter Hämoptoe, ohne daß dauernde Schwäche oder Abmagerung die Folge gewesen wäre. Die Diagnose wurde durch den Auswurf von Membranen und die Röntgenographie gemacht.

Nach mehrfachen Rippenresektionen — die Pleurablätter waren unverwachsen — wird allmählich ein Pneumothorax gesetzt. Die Cyste sitzt an der Basis der rechten Lunge. Ihre Oberfläche wird ringsum an die Pleura parietalis und Musku-

latur geheftet, worauf sie eröffnet und die Keimmembran im ganzen entfernt wird. Aspiration der in den Pleuraraum eingedrungenen Luft. Drainage. Heilung.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

28) **Perthes.** Exstirpation eines chronischen Lungenabszesses.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Bei einem 14jährigen Mädchen war vor 9 Jahren nach einer Pneumonie ein faustgroßer Abszeß im rechten Unterlappen zurückgeblieben. Vor 4 Jahren zweizeitige Eröffnung. Die Höhle blieb jedoch bestehen. Weite Kommunikation derselben mit dem Bronchialbaum.

Vor 5 Monaten Resektion der bedeckenden Rippen und Ausschälung der tamponierten Abszeßhöhle mit ihren schwartigen Wänden aus dem unteren Lungenlappen. Vollkommene Heilung. **Borchard** (Posen).

29) **R. Benard.** Considérations sur les corps étrangers du coeur à propos d'un clou trouvé dans le ventricule droit.

(Bull. et mém. de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 7.)

Bei der Obduktion einer 57jährigen Frau fand man im rechten Herzen einen 6 cm langen Nagel ganz ins Myokard eingebettet. Spuren des Eindringens waren am Perikard nicht zu sehen. 22 mm seiner Länge waren im rechten Herzohre, 14 mm in der stark verdickten Scheidewand und 24 mm in der Ventrikelwand gelegen. Während des Lebens hatte sich sich seine Anwesenheit in keiner Weise verraten. Über die Art des Eindringens konnte nichts erhoben werden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

30) **Urban** (Linz). Über Cardiolyse bei pericardiomediastinalen Verwachsungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1908. Nr. 8.)

Ein 22jähriger Heimarbeiter war vor 6 Jahren an schwerem Gelenkrheumatismus erkrankt, an den sich eine mit mediastinalen Verwachsungen endende Perikarditis anschloß. Die Brustwand der Herzgegend wurde, besonders im Bereich der Spitze, bei jeder Systole kräftig angezogen, bei jeder Diastole wieder vorgeschleudert. U. resezierte vom Knorpel der 4., 5. und 6. linken Rippe je 2 cm, von den zugehörigen Rippen selbst je 5 cm. Er resezierte subperiostal, da derbe Verwachsungen fehlten und er ohne Pleuraverletzung das hintere Rippenperiost nicht entfernen zu können glaubte. Es trat Heilung ein.

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

31) **P. Merle.** Perforation de l'artère epigastrique ou cours d'une paracentèse abdominale; mort.

(Bull. et mém. de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 7.)

Bei einem 53jährigen Manne war ein durch Lebercirrhose bedingter Ascites punktiert worden. Die Punktion erfolgte genau in der Mitte zwischen Nabel und Spina. 3 Stunden nachher war der Kranke tot. Die Obduktion ergab eine Verblutung in den Bauch hinein durch eine Verletzung des Stammes der Art. epigastrica. Eine Blutung nach außen war bei der Punktion nicht erfolgt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

32) **M. Lorrain.** Appendicite chronique et anomalies de l'appendice.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 6.)

Der Wurmfortsatz einer 45jährigen Frau, der durch 5 Jahre eine Reihe von Anfällen ausgelöst hatte, zeigte ein Divertikel: durch ein Loch der Muskulatur hatte sich die Schleimhaut vorgestülpt und lag direkt der Serosa an. L. wirft die Frage auf, ob dies angeboren oder durch die Anfälle erworben sei.

Die deutsche Literatur (s. v. Brunn, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. [illegible] gibt Aufschluß über diese Frage. (Ref.) **Neugebauer** (Mährisch-O[illegible]

33) **R. Malatesta.** Contributo allo studio dei falsi diverticoli dell' appendice.

(Policlinico. Sez. chir. XV, 2. 1908.)

Bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung von 190 operativ entfernten Wurmfortsätzen fand Verf. zwei Wurmfortsätze mit sog. falschen Divertikeln, die er in einer eingehenden, durch 6 Abbildungen im Text gut illustrierten Schilderung beschreibt. In dem einen Falle handelte es sich um eine Ruptur der Muscularis, durch die sich unter dem Einfluß von Drucksteigerung ein Segment des unversehrten Schleimhautschlauches vorwölben konnte. In dem anderen Falle hatte eine alle drei Darmwandschichten umfassende Perforation zu einem akzessorischen Hohlraume geführt, der lediglich nach Art eines falschen Divertikels mit der Lichtung des Wurmfortsatzes kommunizierte, ohne von Epithel ausgekleidet zu sein.

Beide Formen sollen zu häufigen und schweren Rezidiven prädisponieren.

Strauss (Nürnberg).

34) **Kuss et Suimbellot.** Invagination de l'appendice. Un cas d'invagination rétrograde de l'appendice. Appendicite tuberculeuse primitive.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 6.)

Gelegentlich einer Intervalloperation wurde ein Wurmfortsatz herausbefördert, dessen Basis in der Länge von 2 cm normal war, dessen Spitze aber zu einer cystischen Geschwulst aufgetrieben schien. Die Kuppe derselben war teilweise gangränös. Es handelte sich um eine echte Invagination einer Wandfalte des Wurmes in sein distales Ende.

Die histologische Untersuchung ergab eine follikuläre Tuberkulose, für die auch im Wundverlaufe klinische Anhaltspunkte sprachen.

Verff. sind nun geneigt, auf Grund dieser und anderer Erfahrungen der Tuberkulose eine spezifische Rolle bei den Invaginationen des Wurmfortsatzes zuzuschreiben. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

35) **M. C. Thrush.** Appendicitis due to the presence of oxyuris vermicularis.

(New York med. record 1907. Dezember 28.)

T. beschreibt einen seltenen Fall von Appendicitis, bei dem sich der Wurmfortsatz mit unzähligen Exemplaren von Oxyuris vermicularis, die in einer gelatinösen Masse eingebettet waren, gefüllt vorfand. **Loewenhardt** (Breslau).

36) **R. de Josselin de Jong.** Beitrag zur Kenntnis der Geschwülste der Appendix vermiformis.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

1) Karzinom. Der Wurmfortsatz, der wegen Appendicitis larvata entfernt wurde, war nahe der Spitze stenosiert; die Spitze selbst war in eine kleine, schleimhaltige Cyste verwandelt, deren Wand mikroskopisch den Charakter eines diffusen Karzinoms vom Typus des Carcinoma simplex trug.

2) Lymphocytom. Der wegen rezidivierender Appendicitis entfernte Wurmfortsatz enthielt in der Spitze einen haselnußgroßen Knoten von weißer Farbe. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich nicht etwa um einen vergrößerten Follikel, sondern um eine wirkliche Zellneubildung, ein Lymphocytom handelte, wie man es ähnlich bei Lymphosarkomen des Darmes beobachtet.

3) Cystöse Appendixgeschwulst. Der wegen rezidivierender Appendicitis exstirpierte Wurmfortsatz hatte eine Cyste am Mesenteriolum, die durch einen schmalen Spalt mit der Lichtung des Wurmes kommunizierte, kolloidähnlichen, schleimigen Inhalt hatte und keine epitheliale Auskleidung besaß; die Muskulatur des Wurmes ging eine Strecke weit in die Cystenwand über; es handelte sich also um ein Pseudodivertikel. Man kann sich vorstellen, daß dasselbe entstanden ist aus einem kleinen



Abszeß der Wand, der in den Wurm durchgebrochen ist, oder aus einem echten Divertikel, das sein Epithel verloren hat.

Bezüglich der Rundzellenkarzinome des Wurmfortsatzes ist Verf. der Ansicht, daß sie ihren Ursprung in embryonären Keimen, daß sie einen gutartigen Charakter haben und nicht die Ansicht stützen, nach welcher Entzündung die überwiegende Rolle bei der Histogenese des Karzinoms spielt. **Haeckel** (Stettin).

37) **Mahnert.** Appendicitis und Ulcus ventriculi.
(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Nachdem Payr darauf hingewiesen, daß nicht selten bei akuter und chronischer Appendicitis von mykotisch entzündlichen Thromben der Venen des Wurmfortsatzes und seines Mesenteriolum losgerissene Teile zum Magen und Duodenum verschleppt werden und dort Erosionen und Geschwüre erzeugen können, nachdem er diesen Vorgang auch experimentell bei Tieren nachgemacht hatte, machte es sich M. zur Aufgabe, von seinem klinischen Material des städtischen Krankenhauses zu Graz die Häufigkeit des Magengeschwüres nach Appendicitis nachzuprüfen.

Er gruppiert seine Beobachtungen folgendermaßen:

1) 10 Fälle, bei denen man durch Operationen am kranken Wurmfortsatz sich von den Veränderungen am Magen selbst überzeugen konnte, oder Fälle, die nach stattgefundener Appendektomie in einer späteren Zeit schwere Magenveränderungen und Geschwürsblutungen boten und zwangen, auch am Magen selbst operativ vorzugehen.

2) 4 Fälle, die aus irgendeinem Grunde zur Obduktion kamen, und die das gleichzeitige Vorhandensein von Magengeschwür und Appendicitis boten, und zwar die Appendicitis als chronische Erkrankung primär und das Geschwür als frischere Erkrankung sekundär.

3) 7 Fälle, in denen es zur Entwicklung eines ausgesprochenen Magengeschwüres mit allen seinen schweren Erscheinungen, insbesondere schweren Blutungen, bei Kranken kam, die in einer gewissen Zeit vorher nachgewiesenermaßen an einer Appendicitis erkrankt waren und daran behandelt wurden, ohne daß operativ vorgegangen wurde.

4) 21 Fälle, in denen es zur Entwicklung eines ausgesprochenen Magengeschwüres kam, ohne daß sich der Kranke bewußt war, eine Appendicitis überstanden zu haben, aber über eine Reihe von Störungen und Beschwerden zu klagen hatte, die dem genauen Beobachter als Folgezustände bestehender chronischer Appendicitis klar sein mußten.

5) 8 Fälle, in denen es sich aus den Erscheinungen klinisch um Magengeschwür handelt, ohne daß besondere subjektive Beschwerden beständen, die auf eine chronische Appendicitis hindeuten lassen, die aber objektiv bei genauer Untersuchung als solche nachweisbar erscheinen.

Man muß gestehen, daß auf Grund der mitgeteilten Krankengeschichten und Beobachtungen das Zusammentreffen des Befundes Magengeschwür und Appendicitis geradezu verblüffend ist. Bei Durchsicht der Krankengeschichten seiner Abteilung aus den letzten 2 Jahren, seitdem er die Leitung der Abteilung übernommen und in den Krankengeschichten die Befunde über Appendicitis notierte, fand Verf. bei 36 einwandfreien Fällen von Magengeschwür 23mal ebenso einwandfreie Appendicitis, also in 64% der Fälle! **Haeckel** (Stettin).

38) **Ruotte** (Blida). Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant.
(Arch. de méd. des enfants 1908. Februar.)

Verf. hat im Lauf eines Jahres 14 Kinder wegen Leistenbruch operiert und mit Ausnahme eines einzigen vollkommene Besserung des Leidens erzielt. Von den betreffenden Kindern waren 12 männlichen und 2 weiblichen Geschlechtes; 5 waren im Alter von unter 1 Jahre, 7 unter 2 Jahren und 2 unter 3 Jahren. Der angewendete operative Vorgang war folgender: Es wurde über dem Leistenring eine kleine, 2,5—3 cm lange Inzision gemacht, das Zellgewebe stumpf aufger-

der Bruchsack an der äußeren Seite des auf den Finger geladenen Samenstranges isoliert, hoch abgebunden und dann auch der Leistenring mittels einer Naht geschlossen. Es wird eine Hautnaht angelegt und verbunden. Der ganze Vorgang dauert einige Minuten. Man soll aber nur dann operieren, wenn man das Kind im Krankenhause behalten kann, oder die Umgebung desselben genügend intelligent ist, um die Antisepsis der Operationswunde durchführen zu können. Sonst ist es besser, das Kind älter werden zu lassen, weil dann dasselbe gefügiger ist und die Nachbehandlung auch eine leichtere wird. **E. Toff** (Braila).

39) **W. Denk.** Ausgedehnte Darmresektion mit Ausgang in Heilung. (Aus dem Linzer allgemeinen Krankenhause.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

Die von Brenner wegen eingeklemmten Schenkelbruches ausgeführte Resektion von 540 cm ist nach Verf. die ausgedehnteste Dünndarmresektion, die nicht von Tod gefolgt war. Nach Beneke's Formel wären der Pat. nur 33 cm Dünndarm verblieben, womit die erforderliche Resorption eigentlich undenkbar ist. $2^1/_2$ Monate nach der Operation wurden Funktionsprüfungen des Darmes vorgenommen, die normales Verhalten ergaben. Die Prognose ausgedehnter Resektionen hängt von dem pathologischen Prozeß, von der Länge des zurückbleibenden Darmes, von individuellen Verhältnissen ab. Literatur. **Renner** (Breslau).

40) **S. Daus.** Über sekundäre Hautkrebse.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 196.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Magenkrebs — 77jährige Frau —, bei dem es neben Metastasen in die meisten Organe der Bauchhöhle zu ausgedehnter krebsiger Infiltration der Haut gekommen war. Die Verbreitung dieser sekundären Hautkarzinome war besonders an Hals, Brust, Bauch und den Oberschenkeln zu konstatieren. **Doering** (Göttingen).

41) **Hosch.** Rechtsseitige karzinomatöse Supraclaviculardrüsen bei Magenkarzinom.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Während die Schwellung der linksseitigen supraclaviculären Lymphdrüsen als diagnostisches Hilfsmittel bei Karzinom der Unterleibsorgane anerkannt ist, wurde der Schwellung der rechtsseitigen Drüsen bisher nicht die gleiche Bedeutung zugesprochen.

H. bringt nun aus der Baseler medizinischen Klinik einen Fall, in dem die Schwellung der rechtsseitigen Supraclaviculardrüsen für die Diagnose eines Cardiakarzinoms von Bedeutung wurde, ehe man das letztere als Geschwulst fühlen konnte. Erst später schwollen auch die linksseitigen Drüsen am Hals an. Die Autopsie zeigte, daß der Ductus thoracicus rechts am Halse in das Venensystem mündete. Die Angaben der Anatomen zeigen, daß das nicht so ganz selten vorkommt, so daß die Schwellung der rechtsseitigen Halsdrüsen bei Verdacht auf abdominelles Karzinom Beachtung verdient. Genau so wie bei normaler Lage des Ductus thoracicus links durch retrograden Transport von Krebszellen die linksseitigen Halsdrüsen infiziert werden, so können die rechtsseitigen bei abnormer Lage des Hauptlymphstammes rechts von einem Karzinom im Bauche Karzinomkeime erhalten. In der Literatur konnte H. nur zwei ähnliche Fälle finden.

Haeckel (Stettin).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 21. Sonnabend, den 23. Mai 1908.

Inhalt.

I.

Beitrag zur operativen Behandlung der Invagination des Colon descendens.

Von

Dr. C. Longard,

Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Forst-Aachen.

Die Invagination im Verlaufe des Colon descendens ist im allgemeinen ein ziemlich selten auftretendes Ereignis. Wird das Leiden zeitig erkannt, so kann es gelingen, die Invagination durch hohe Einläufe zum Schwinden zu bringen. Führt das nicht zum Ziel, so ist auch die Möglichkeit einer direkten Desinvagination nach Eröffnung des

Abdomen innerhalb der ersten 12—24 Stunden nach der Einklemmung vorhanden. Doch dürfte dieser Fall wohl zu den selteneren zu rechnen sein, da die Pat. meistens erst spät in die Hände der Chirurgen gelangen und ein derartiger Versuch von vornherein ausgeschlossen werden muß, wenn bereits entzündliche oder gangränöse Prozesse an dem Invaginatum oder dem Hals der Invagination aufgetreten sind.

Wenn nun auch gerade bei der Invagination des Colon descendens am ehesten eine Naturheilung durch Gangrän und Abstoßung des Invaginatum erfolgen kann, so wird sich doch kein Chirurg bei einigermaßen stürmischen Erscheinungen auf einen derartigen Zufall verlassen, sondern immer einer aktiven Therapie das Wort reden. Als Operationen der Wahl im akuten Stadium könnten in Betracht kommen:

1) Die Anlegung einer Kotfistel oberhalb der Invagination;

2) eine Enteroanastomose zwischen Colon ascendens bzw. Ileum und Flexur;

3) eine Totalresektion des Invaginationstumors;

4) die Längsöffnung des Kolon und Entfernung des Tumors.

Die Enteroanastomose bietet bei der starken Füllung der Darmschlingen besonders zwischen Kolon und Kolon sehr ungünstige Verhältnisse, ganz abgesehen davon, daß man infolge der anatomischen Verhältnisse in der Tiefe des Beckens zu operieren genötigt wäre; außerdem aber bildet man dadurch eine Verbindung zweier Darmteile quer durch das Abdomen, die leicht zu weiteren Komplikationen (Ileus usw.) führen kann.

Eine vollständige Ausschaltung des Kolon durch Implantation des Ileum in die Flexur oder seitliche Anastomose begegnet ähnlichen Schwierigkeiten.

Die Totalresektion wird wohl gleichfalls selten durchführbar sein, weil wir es meist mit sehr heruntergekommenen Pat. zu tun haben, die einen langdauernden Eingriff nicht mehr vertragen, und die direkte Vereinigung der beiden weit voneinander liegenden Darmteile dürfte wohl in den seltensten Fällen ohne direkte Gefährdung der Naht durchzuführen sein.

Nicht weniger gefährlich ist im akuten Stadium die Längsspaltung des Kolon und Entfernung des Tumors von dieser Darmöffnung aus.

Es bliebe demnach nur als der am schnellsten und gefahrlosesten auszuführende Eingriff die Anlegung einer Kotfistel übrig. Da diese Operation jedoch nur eine symptomatische ist und das Leiden als solches nicht beseitigt, so muß, wenn die Natur sich durch Abstoßung des Invaginationstumors nicht selbst hilft, dieser Tumor später entfernt werden, wenn man dauernd den Pat. von seiner Kotfistel befreien will. Das ist aber, besonders wenn die Fistel nahe am Tumor liegt, nicht gerade leicht.

In diesem zweiten Stadium der Krankheit stoßen wir bei der

Invagination des Colon descendens auf dieselben Schwierigkeiten, die ich oben schon geschildert; die Verhältnisse liegen nur insofern etwas günstiger, als der Darm entleert werden kann und als die entzündlichen Erscheinungen an der Invagination abgelaufen sind.

Vor einiger Zeit war ich vor die Aufgabe gestellt, unter den eben genannten Verhältnissen bei einer chronischen Invagination des Colon descendens und Kotfistel dicht oberhalb der Invagination die Pat. von ihrer Fistel zu befreien.

Der Invaginationstumor war stark zweimannsfaustgroß und die Passage nach unten vollständig geschlossen (Verwachsung der einzelnen Darmteile untereinander); es blieb also nichts übrig, um die Kotfistel zum Schluß zu bringen, als eine Entfernung des Tumors.

Da das untere Ende des Dickdarmes und der Flexur durch den dicken Invaginationstumor stark erweitert war, so gelang es in Narkose, vom Anus aus, die Hand bis an den Tumor heranzubringen, den Tumor mit einer starken Muzeux-schen Zange zu fassen, so weit als möglich nach abwärts zu ziehen und dann unter Leitung der Finger mit zwei sehr langen Péans an seiner höchsten Stelle fest abzuklemmen. Unterhalb der Klemme wurde der Tumor abgeschnitten und die Klemme nach 48 Stunden entfernt. Nach vollständiger Abstoßung des Invaginatumrestes wurde nach weiteren 14 Tagen das untere Darmende von der Kotfistel aus durch Wassereinläufe auf seine Durchgängigkeit geprüft und, nachdem diese vorhanden, der Anus praeternaturalis durch Laparotomie nach Lösung der zahlreichen Verwachsungen und vollständigen Mobilisierung des Kolon durch Naht geschlossen.

Die 60 Jahre alte Kranke wurde vollständig wieder hergestellt.

Der Operationsplan ist also kurz folgender:

1) Erweiterung des Anus in Narkose, Herunterziehen des Invaginationstumors mit Muzeux'schen Zangen.

2) Unter Leitung der Finger hohes Anlegen zweier langen, starken Péans, die den Tumor vollständig abklemmen.

3) Abtragen des Tumors unterhalb der Klemmen. Entfernung der Klemmen nach 48 Stunden.

4) Prüfung der Passage von der Fistel aus, Schluß der Kotfistel durch Naht.

Der Gedanke, in dieser Weise bei Invagination des Colon descendens vorzugehen, liegt eigentlich nahe. Da ich aber in der mir zugänglichen Literatur bis jetzt keinen auf gleiche Weise glücklich operierten Fall gefunden habe, erlaube ich mir, das Verfahren den Fachkollegen für ähnliche Fälle zu empfehlen.

Es ist ratsam, bei Invagination des Colon descendens die Kotfistel möglichst weit von der Invagination anzulegen, weil damit die Schwierigkeiten einer späteren radikalen Entfernung des Invaginationstumors geringer werden.

Aachen, 1. April 1908.

II.

Über Dauerkatheterismus der Ureteren in der chirurgischen Behandlung verschiedener Blasenleiden und der Prostatahypertrophie.

Von

Dr. Leo Cardenal,

Chirurg des Princessa-Krankenhauses in Madrid.

Der Dauerharnleiterkatheter ist bereits von Albarran[1] zur präventiven und auch kurativen Behandlung der auf Nephrostomie folgenden Nierenfisteln angewendet worden; aber es ist, soviel wenigstens unsere Bibliographieübersicht ausreicht, von ihm noch kein systematischer Gebrauch gemacht worden zur chirurgischen Behandlung der Blasenleiden; auch wurde noch nicht versucht, in beide Harnleiter Dauerkatheter einzulegen.

Aus den von Albarran angeführten Fällen und unseren Versuchen an Menschen und Tieren, die auf dem nächsten spanischen Kongreß für Chirurgie den Gegenstand einer ausführlichen Arbeit bilden werden, läßt sich schließen, daß die Harnleiter sowohl des Menschen wie auch der Tiere ganz gut mehrere Tage, und sogar besser wie die Harnröhre, einen Dauerkatheter vertragen, ohne jede Veränderung, welche auf die so gefürchtete aszendierende Niereninfektion hinweisen könnte, vorausgesetzt, daß man den elementarsten aseptischen Regeln folgt und innerlich solche Medikamente verabreicht, die dem Harn eine gewisse antiseptische Wirkung verschaffen, wie das Urotropin, Helmitol und das jüngst von Hofmann empfohlene Vesipyrin.

Bekanntlich würden wir bei jedem intra- oder transvesikalen Eingriff (wie der suprapubischen Prostatektomie) viel bessere Resultate, ja selbst primäre Heilung erreichen, wenn wir die Blase in den ersten auf die Operation folgenden Tagen trocken halten könnten; auch wäre es möglich, unter diesen Umständen durch eine gute Blasentamponade die Blutung, eine der Gefahren dieser Blasenoperationen, auf ein Minimum zu beschränken. Namentlich diese Tamponade ist nur sehr mangelhaft, wenn der aus den Harnleitern fließende Urin dauernd die Gaze durchtränkt, dagegen sehr leicht und wirksam, wenn wir nach Schluß der Operation von der Blase aus einen Katheter in jeden Harnleiter einlegen und ihn durch die Harnröhre hinausführen.

Ein weiterer nicht unbedeutender Vorteil des Dauerkatheters besteht darin, daß man den ganzen ausgeschiedenen Urin in einem Ge-

[1] Albarran, La sonde urétérale à demeure dans le traitement preventiv et curativ des fistules renales consecutives à la nefrostomie. Rev. de gyn. et de chir. abdom. T. V. p. 43.

faß auffangen kann, welches zwischen die Beine des Pat. gestellt wird, so daß die Ränder der Bauchwunde und der Verband durch den Harn nicht durchfeuchtet werden. Denn damit können wir die postoperative Behandlung beträchtlich abkürzen in den Fällen, wo wir gezwungen sind, die Blase mehrere Tage offen zu lassen.

Wir gehen in folgender Weise vor: sobald die Blase nach irgend einer dazu gebräuchlichen Methode geöffnet worden ist, erfolgt die eigentliche Operation, für die man den Blasenschnitt ausgeführt hat (Tumor, Steinextraktion, Enukleation der Prostata usw.). Nach ihrer Beendigung führt man, bevor man die Blase schließt, unter Leitung des Fingers oder der Augen Katheter Nr. 9 oder 10 Charrière in die beiden Harnleiter hinein und deren schräg abgeschnittene Enden durch die Harnröhre nach außen.

Läßt der Zustand der Blase eine primäre Heilung erhoffen, so wird man die Operation, wie in den Fällen von idealer Cystostomie, durch Naht beendigen. Erscheint es dagegen nötig, die Blase offen zu lassen — sei es, weil die Gefahr einer sekundären Blutung (Prostatektomie, gewisse Geschwülste) uns zu einer Tamponade Anlaß gibt oder weil der Infektionszustand der Blase die Notwendigkeit einer, einige Tage dauernden Drainierung erfordert —, dann arbeiten wir der sekundären Heilung dadurch vor, daß wir die zur Schließung der Blase nötigen Nähte (Seide) durch die Muscularis und Fibrosa einlegen, ohne sie zunächst zu knoten.

Die Bauchwunde wird geschlossen oder nicht, je nach dem Fall; und sobald der Kranke imstande ist, Flüssigkeiten einzunehmen, verabreichen wir ihm wieder die Harnantiseptika (Urotropin, Helmitol, Vesipyrin). Während der nächsten Tage muß man die Sonden sorgfältig auf ihre Permeabilität prüfen, indem man durch sie häufig kleine Mengen 4%iger Borsäure- oder 1‰iger Höllensteinlösung einspritzt. Wenn einer der Katheter verstopft ist, was man nicht nur aus dem Nichtausfließen des Urins, sondern auch aus dem unbehaglichen und Schweregefühl des Pat. in der Nierengegend erschließt, dann gibt es nichts leichteres als den in dem Harnleiter befindlichen Katheter durch einen anderen sterilisierten zu ersetzen, indem man zuerst in ihn den Mandrin von Albarran einführt, der lang genug ist, um den Katheter über ihn wechseln zu können (Cathétérisme à la suite). Am 4. oder 5. Tage, wenn keine Komplikationen eingetreten sind, pflegen wir die Blasentamponade zu entfernen und die absichtlich offen gelassenen Nähte zu knüpfen. Dann lassen wir noch 1 oder 2 Tage die Harnleiterkatheter liegen, die man ohne Schwierigkeit entfernen und durch einen Dauerharnröhrenkatheter ersetzen kann.

Wir haben Gelegenheit gehabt, die Katheter bis 9 Tage liegen zu lassen, ohne die geringste Komplikation zu merken, und wir behaupten sogar auf Grund der anfangs erwähnten Experimente, daß man sie anstandslos auch 15 Tage liegen lassen kann.

Von großem Vorteil dürfte die Anwendung der Dauerkatheter auch für die Heilung von Blasenfisteln, besonders von frisch operiert-

Blasen-Scheidenfisteln sein. Wir hatten noch keine Gelegenheit, sie dabei zu versuchen, aber zweifeln gar nicht, daß man damit gute Resultate erreichen kann.

Endlich dürfte sich die Behandlung mit Dauerharnleiterkathetern bei manchen Blasenleiden (Cystitis usw.) bewähren, die nicht der Sectio alta und nur der Einführung des Cystoskops benötigen; doch habe ich auf diesem Gebiete noch keine Erfahrungen gesammelt.

Mit einem Worte, die Behandlung durch die Dauerharnröhrenkatheter läßt sich in allen Fällen, wo man die Blase einige Tage trocken zu halten nötig hat, anwenden, indem ihre Vorteile so bedeutend sind, daß wir sie ruhig gebrauchen können, ohne uns durch die fernliegende Gefahr der aszendierenden Infektion einschüchtern zu lassen.

Madrid, den 30. April 1908.

---

1) **P. Wojlanski.** Beitrag zum Studium der osteo-periostalen Komplikationen des typhösen Fiebers.

Inaug.-Diss., Paris, 1908.

Verf. gelangt auf Grund seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen. Die osteo-periostitischen Komplikationen des Abdominaltyphus treten meistens im Pubertätsalter auf, und zwar während der Rekonvaleszenz. Doch ist es nicht selten, daß auch erwachsene Personen dieselben darbieten. Meistens werden die langen Knochen, die Rippen und das Sternum befallen. Die Ursache der Erkrankung ist eine Lokalinfektion der betreffenden Teile durch den Eberth'schen Bazillus, und zwar entweder allein oder in Verbindung mit Eiterungsstreptokokken, wodurch es zu Mischinfektionen kommt.

In anatomisch-pathologischer Beziehung können diese Osteoperiostitiden einfach kongestiv, suppurativ oder produktiv sein, je nachdem es nur zu einfacher Schwellung und Entzündung, zu Eiterung oder zur Bildung von Exostosen kommt. Die erstere, sog. plastische Form ist die günstigste und endigt immer mit der vollkommenen Resolution; die eitrige Form kann entweder akut, in wenigen Wochen verlaufen oder chronisch, einen kalten typhischen Abszeß bildend, oder zur Bildung von Exostosen Veranlassung geben. Die Diagnose ist bei der ersteren Form leicht und beruht hauptsächlich auf der anamnestischen Erhebung eines kurz vorhergegangenen typhösen Fiebers, während die chronische Form viele mit Tuberkulose oder Syphilis der Knochen ähnliche Symptome aufweist. In schwierigen Fällen wäre die Serumreaktion vorzunehmen, die oft auch längere Zeit nach stattgehabtem Typhus positive Resultate ergeben kann.

In prophylaktischer Beziehung sollen Traumen in der Rekonvaleszenz eines Typhus nach Möglichkeit verhütet werden, da dieselben erfahrungsgemäß oft die Veranlassung für die in Rede stehenden osteoperiostalen Komplikationen abgeben. Die Behandlung der auf-

getretenen Komplikation geschieht nach allgemeinen chirurgischen Prinzipien.

E. Toff (Braila).

2) **B. Morpurgo.** Sulla trasmissione della osteomalacia umana ai topi bianchi.

(Giorn. della R. acad. di med. di Torino. Anno LXXI. Serie IV. Vol. XIV. 1 u. 2.)

Aus den verschiedenen Organen einer an Herzlähmung gestorbenen schwer osteomalakisch erkrankten Frau wurden Diplokokken in Reinkultur gewonnen. Die Injektion dieser Diplokokken rief bei 9 von 13 weißen und gefleckten Mäusen, die 5 Tage bis 6 Monate alt waren, nach 4 Monaten deutliche Skelettveränderungen hervor. Die hinteren Gliedmaßen waren verkürzt und nach innen gekrümmt, das Becken abgeplattet, der Rücken war bei Berührung schmerzempfindlich.

Die histologische Untersuchung ergab dieselben Veränderungen wie bei Tieren, bei denen experimentell leichte Formen von Osteomalakie und Rachitis erzeugt wurden, so daß Verf. die Übertragung der menschlichen Osteomalakie auf Tiere als bewiesen erachtet.

Strauss (Nürnberg).

3) **Fränkel.** Die Möller-Barlow'sche Krankheit.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.)

(Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie Ergänzungsband Nr. 18.)

Das Buch enthält eine sehr genaue Beschreibung des Krankheitsbildes, ausgehend von der Geschichte der Krankheit. In einem speziellen Artikel ist ferner die Röntgendiagnose an der Hand mehrerer Tafeln besprochen.

Verf. hat die Resultate seiner Untersuchungen über die Möller-Barlow'sche Krankheit bereits früher in den Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen veröffentlicht, und kann ich daher im großen und ganzen auf meine Referate dieser Arbeiten (1905 p. 309 und 1907 p. 177) verweisen.

Gaugele (Zwickau).

4) **Karewski.** Über die Bedeutung der Wassermann'schen Syphilisreaktion für die chirurgische Differentialdiagnose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Die Methode der Serodiagnostik bei Syphilis wurde vom Verf. in 28 Fällen angewendet, und zwar konnte der negative Ausfall in 10 Fällen nicht der Methode zur Last gelegt werden; in 6 Fällen hatte er differentiell-diagnostische Dignität, 1 Fall blieb zweifelhaft. In den 18 positiv ausgefallenen Fällen bestätigte die Komplementbindung die mit Sicherheit gestellte Diagnose zehnmal und war in den übrigen 8 zweifelhaften Fällen von ausschlaggebender Bedeutung. Die kurzen interessanten Krankengeschichten illustrieren am besten die Wichtigkeit der Serodiagnostik für die chirurgischen Erkrankungen. K. faßt das Resultat der Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

1) Der negative Ausfall der Serodiagnostik hat zwar an sich keine Beweiskraft, kann aber im differentiell-diagnostischen Sinn unter Berücksichtigung der übrigen klinischen Erfahrungen insofern wertvoll sein, als er zweifelhafte, der Syphilis verdächtige Produkte in andere Weise erklärt.

2) Der positive Ausfall zeigt schneller und sicherer als alle anderen Untersuchungsmethoden an, ob Syphilis vorhanden oder überstanden ist.

3) Für den Chirurgen haben diese Tatsachen eine schwerwiegende Bedeutung, weil er trotz Abwesenheit aller sonstigen Zeichen von Syphilis und trotz Versagen anamnestischer Daten bei vielerlei Affektionen im Zweifelsfalle ein bemerkenswertes Merkmal für sein Handeln gewinnt. Deshalb sollte unter diesen Umständen nie die Prüfung mit Wassermann's Serodiagnostik unterlassen werden.

4) Die Anwendung der Methode erübrigt sich aber in allen Fällen, wo durch die Krankengeschichte oder durch Residuen früherer Affektionen die Tatsache, daß der Pat. Lues gehabt hat, feststeht.

Denn für die Beschaffenheit des jeweiligen Produktes, welches Gegenstand der Behandlung werden soll, beweist die Komplementbindung nicht mehr als unsere alten Methoden der diagnostischen Feststellung, sie zeigt nicht etwa an, daß zurzeit floride Syphilis vorhanden ist, weil sie auch bei solchen Menschen auftritt, die zurzeit frei von Erscheinungen sind, sofern sie nur früher infiziert worden sind.

5) Das Verfahren kann nur in solchen Instituten gemacht werden, die mit allen Hilfsmitteln der biologischen Technik ausgestattet sind; es soll daher nur dort angewendet werden, wo die anderen diagnostischen Merkmale versagen. Zu diesen darf aber in Zukunft die probatorische antisyphilitische Kur nicht mehr gerechnet werden.

Langemak (Erfurt).

---

5) **N. Watermann.** Einige Bemerkungen zur Frage: Arteriosklerose nach Adrenalininjektionen.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 202.)

W. spritzte Kaninchen in die Ohrvene jeden 3. Tag 1 Tropfen Adrenalin 1 : 1000 ein. Frühestens nach 5—6 Injektionen beobachtete er das Auftreten von pergamentähnlichen Stellen in der Aorta, die sich bei Fortsetzung der Injektionen zu deutlichen Dellen und aneurysmaähnlichen Gefäßerweiterungen ausbildeten. Mikroskopisch fanden sich Nekroseherde in der Tunica media, Auflösung der Muskelsubstanz, Kalkeinlagerungen an diesen Stellen und örtliche Gefäßerweiterung. Besonders auffallend war die bisher noch nicht beobachtete Streckung der elastischen Fasern an diesen Stellen. Die Fasern selbst blieben sehr lange unversehrt. Entzündungserscheinungen fehlten vollkommen. An der Tunica intima zeigten sich zwei deutlich gegeneinander sich abgrenzende Veränderungen. Einmal fand eine Wucherung von Intimazellen statt, den Partien entsprechend, an denen die Muskelhaut des Gefäßes nekrotisch geworden und das

Gefäß lokal erweitert war. Die Wucherung war dort am stärksten, wo die Einsinkung der Gefäßwand am ausgesprochensten war.

Neben dieser Form fand sich zuweilen eine andere, bei der die Intimawucherung nicht lichtungswärts, sondern angrenzend an die Stellen, an denen die Muskelhaut nekrotisch war, eingesetzt hatte. Viele dieser gewucherten Zellen zeigten Degenerationsprozesse. Auf diese zweite Art der Intimawucherung ist bisher noch nirgends aufmerksam gemacht worden.

Als Ursache für den ganzen Prozeß ist die toxische Einwirkung des Adrenalins auf die Gefäßwand anzusehen. Andere Möglichkeiten: erhöhter Blutdruck und anämische Nekrose durch Kontraktion der Vasa vasorum, sind nach Ansicht des Verf. auszuschließen, da er diese Wirkungen des Adrenalins durch gleichzeitige Anwendung von Amylnitrit bei den Versuchstieren ausschalten konnte.

Eine ausführlichere Beschreibung der Versuche findet sich in der Dissertation W.'s — Leiden 1907. **Doering** (Göttingen).

---

6) **Rössle.** Gibt es Schädigungen durch Kochsalzinfusionen?

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 37.)

Verf. konnte Befunde an den Herzen Obduzierter erheben, die zu einer Kritik und Untersuchung darüber Veranlassung gab, ob Kochsalzinfusionen die Ursache der gefundenen Schädigungen sein könnten. Diese Befunde waren folgende: Der Herzmuskel bot das Bild einer mäßigen Trübung, ohne daß man mikroskopisch eine der parenchymatösen Entzündung entsprechende Veränderung auffinden konnte. Das Infusionsherz ist schlecht zusammengezogen, eher etwas erweitert, etwas mürbe und feucht. Ob die intravenöse oder subkutane Injektion gewählt war, ist nicht von Belang. Das Blut ist entschieden dünn, die Gerinnsel sind auffallend wäßrig durchsichtig, gelb und schwappend. Außer an dem Herzen konnte R. bis jetzt an keinem Organ einen regelmäßigen Befund erheben; wurde bei insuffizienten Nieren eine größere Kochsalzinfusion gegeben, so wurde mehrmals der Darminhalt stark flüssig befunden.

Zwei Fälle werden klinisch und anatomisch beschrieben, die den schädigenden Einfluß der Kochsalzinfusion dartun in Fällen, in denen die Nieren oder das Herz an der Grenze der Leistungsfähigkeit angelangt waren. R. erklärt die Befunde durch ausgedehnte Schädigungen der Kapillaren.

Die Beobachtungen regen nicht nur zur Vorsicht, sondern auch dazu an, bei Sektionen auf die geschilderten Erscheinungen zu achten, damit bald an einem größeren Material die aufgeworfene Frage studiert und entschieden werden kann. **Langemak** (Erfurt).

---

7) **E. v. Haines.** The differential diagnosis of duodenal ulcer and gall-stones.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Für die Differentialdiagnose zwischen Gallensteinkolik und Duodenalgeschwür kommt nach H. vor allem die Verschiedenheit der Schmerzempfindungen, des Brechen und des Meteorismus in Betracht. Bei Gallensteinen handelt es sich um plötzlich auftretende und ebenso wieder verschwindende Schmerzen im Bereiche der vier unteren Dorsal- und zwei oberen Lumbalnerven, die das Zwerchfell und die rechte Schultergegend innervieren, so daß auch hier Schmerzanfälle erklärlich sind. Beim Duodenalgeschwür kommt der Schmerz in Intervallen, abhängig von Nahrungsaufnahme und Meteorismus. Häufig findet sich gleichzeitig Pylorospasmus, während Zwerchfellkrämpfe nur bei perforierenden Geschwüren auftreten. Der Schmerz dauert tage- bis monatelang und läßt sich durch Magenspülungen und Alkalien beseitigen, während die Gallensteinkolik den Gebrauch von Morphium nötig macht. Erbrechen bringt beim Geschwür wesentliche Linderung, das Erbrochene besteht aus aufgenommener Nahrung; bei der Kolik wird nur Schleim und Galle erbrochen, ohne daß hierdurch die Schmerzen verringert werden. Meteorismus fehlt bei Gallensteinen, ist dagegen bei Ulcus duodeni ein häufiges Schmerz verursachendes Symptom, dessen Beseitigung durch Aufstoßen oder Erbrechen Erleichterung schafft.

Weitere Unterscheidungsmerkmale bieten der Ikterus, der bei Duodenalgeschwür fehlt, Magen- und Darmblutungen, die bei Gallensteinen kaum beobachtet werden, und Verstopfung, die beim Ulcus duodeni häufig ist.

In veralteten Fällen ist oft exakte Diagnose unmöglich.

Strauss (Nürnberg).

---

8) **Brewitt.** Zur Operation der akuten Pankreashämorrhagie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Nach unseren heutigen Kenntnissen sind wir nicht imstande, durch ein klinisches Merkmal die schwere akute Form der Erkrankung der Bauchspeicheldrüse mit Sicherheit von einer Perforationsperitonitis oder einem akuten Darmverschluß zu unterscheiden. Die Zuckerausscheidungen im Urin sind inkonstant. Das klinische Bild wird durch diffuse Beteiligung des Peritoneums und durch schwere Allgemeinerscheinungen, wie hohe Pulsfrequenz, plötzlichen Verfall, Singultus und Erbrechen beherrscht. Ist nach Eröffnung der Bauchhöhle durch das Vorhandensein eines blutig serösen Exsudats, durch den Nachweis von Fettgewebsnekrosen und den palpatorischen Befund des vergrößerten Organs die Diagnose Pankreatitis sichergestellt, so handelt es sich darum, das erkrankte Organ zu isolieren, seine Produkte zeitweise auszuschalten; die Pankreashämorrhagie ist wie eine Pankreatitis acuta infectiosa zu behandeln.

Die zweckmäßige Frühoperation besteht in der primären Inzision und Drainage des Pankreas mit nachfolgender gründlicher Spülung der Bauchhöhle mit Kochsalz, durch welche auch der mitgeteilte, vom Verf. in Körte's Abteilung operierte Fall gerettet wurde (16 Jahre alter Lehrling). Das einfache Ablassen des Exsudats und die Drainage der Bauchhöhle soll von uns in verzweifelten Fällen, in denen den Pat. nichts mehr zugemutet werden kann, angewendet werden.

Die Tampons sollen möglichst lange liegen bleiben wegen der Gefahr der sekundären Blutung. **Langemak** (Erfurt).

---

9) **V. Blum.** Die Grenzen der Leistungsfähigkeit des radiographischen Konkrementnachweises. (Aus der urologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Seit Rumpel enthusiastisch behauptete, daß man unter allen Umständen jeden Stein in den Harnwegen röntgenographisch darstellen könne, sind doch eine Reihe von Arbeiten erschienen, welche diesen Standpunkt nicht teilen. Auch B. schließt sich ihnen an und bringt eine Anzahl negativer Röntgenbefunde bei positivem Operationsergebnis, sodann positive Befunde bei negativem Operationsresultat, und bespricht die Ursachen der Fehldiagnosen. Besonders beweisend erscheint ein Fall, bei dem auch in der exstirpierten, in eine feuchte Kompresse eingehüllten Niere der mandelgroße Uratstein röntgenographisch nicht nachweisbar war. Er bestand aus reiner Harnsäure!

Ein Konkrement ist nur dann deutlich sichtbar, wenn seine Dichte gegen die Umgebung zu-, oder das spez. Gewicht der Umgebung abnimmt; daher sind Blasensteine manchmal nur bei Luftfüllung sichtbar. Normale oder pathologische Körperflüssigkeiten (Eiter) bieten dem Konkrementnachweis durch ihre Strahlenundurchlässigkeit oft ein erhebliches Hindernis.

Bei den fehlerhaften positiven Diagnosen spielen die subjektiven Fehlerquellen eine große Rolle. Allerdings dürften Plattenfehler, Täuschungen durch Skybala vom Verf. nicht gegen Rumpel's obige Behauptung angeführt werden, da man sich gegen sie ja durch Aufnahme auf mehreren Platten oder zeitlich getrennte Aufnahmen schützen kann. Schwerer vermeidbar sind Täuschungen durch Verkalkungen in Rippenknorpeln, Querfortsätzen, Drüsen u. a. m. Hier hilft manchmal Kombination der Röntgenographie mit Harnleiterkatheterismus oder Stereoskopbilder.

Nicht zu vergessen ist, daß ein Röntgenogramm unmittelbar vor der Operation anzufertigen ist, da früher nachgewiesene Steine event. inzwischen abgegangen sein können. Endlich müssen auch bei einseitigen Symptomen beide Seiten aufgenommen werden, da der renorenale Reflexschmerz zu Täuschungen über die Lokalisation Anlaß geben kann. **Renner** (Breslau).

---

10) **O. Raskai** (Budapest). Untersuchungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 8.)

In dem bisher ergebnislosen Streit über die Ursache der Prostatahypertrophie lehnt Verf. auf Grund langjähriger Untersuchungen ganz und gar den Standpunkt ab, daß das Leiden durch chronische Entzündung bewirkt werde; dagegen sprechen seine Befunde und die Überlegung, daß ein gelegentliches Vorfinden von Hypertrophie und Entzündung gar nicht für einen Kausalzusammenhang zu verwerten ist. Die Ursachen müssen in der Vielfältigkeit der physiologischen Aufgaben des Organes gesucht werden, der Rolle, die es im Organismus spielt und in dem durch seine anatomische Lage innerhalb des Beckens bedingten Zusammenspiele der Reize und Wirkungen und der Gesamtwirkung aller dieser Faktoren; die Ätiologie ist somit keine einheitliche. **Schmieden** (Berlin).

11) **P. Delbet.** Suture de la vessie par décollement et rebroussement de la muqueuse.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 26.)

D. erinnert an seine im vergangenen Jahr in den Annales des maladies des organes génito-urinaires mitgeteilte Methode der Blasennaht.

Er trennt rund um den ganzen Blasenschnitt einen 1 cm breiten Streifen der Schleimhaut von der Muscularis ab. Dann näht er die Muscularis mit Catgut, und zwar so, daß die Nadel immer 1 cm vom Rande durchsticht an der Stelle, wo die Schleimhaut wieder an der Unterlage haftet. Werden die Faden angezogen und geknüpft, so muß die von den Nadeln nicht betroffene Schleimhaut sich in die Blase vorwölben: die abgelösten Schleimhautstreifen richten sich auf und ragen, eng aneinanderliegend, wie ein Grat in das Blaseninnere. Auf diese Art will D. erreichen, daß blutreiche, zur Verklebung neigende Flächen zusammengebracht werden.

Seinerzeit konnte er über zwei sehr zufriedenstellende Fälle berichten. Hier bringt er einen dritten, bei dem unter schwierigen Verhältnissen (Abszesse in der Umgebung) primäre Heilung der Blasennaht erzielt wurde. **V. E. Mertens** (Kiel).

12) **A. Adler.** Zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

In der Ätiologie der Nephrolithiasis spielt ein physikalisches Moment eine vorwiegende Rolle. Es muß ein morphologisches Mißverhältnis zwischen Harnströmung und Bau der Harnkanälchen vorhanden sein. Nur wenn sich in den Harnwegen »tote Winkel« finden, kann — bzw. muß dann — Steinbildung eintreten. Daraus ... weiter, daß bei angeborenen Anomalien der Harnkanälchen die

Steinbildung mit dem Beginne der Harnsekretion einsetzt. Daher sind auch Rezidive dadurch zu erklären, daß entweder multiple Steinbildung vorliegt, oder der tote Winkel bei Abgang des Steines nicht zerstört wurde.

Wenn man als Ursachen der Steinbildung abnorme tektonische Verhältnisse der Harnkanälchen ansieht, vom fötalen Zustande der Nieren angefangen bis zu den Mißbildungen, so lassen sich leicht noch andere »Stigmen« solcher Entwicklungshemmungen finden. Aus der Literatur stellt Verf. eine Reihe solcher Beobachtungen zusammen, z. B. häufige Kombination von Nephrolithiasis und Wanderniere, u. a. m.

So läßt sichs auch erklären, daß sich im Stammbaume Steinkranker Nephrolithiasis, aber auch andere Krankheiten des Harnapparates häufig finden, die sich auf eine gemeinsame, angeborene Organminderwertigkeit zurückführen lassen. Häufig ist die Spur dieser Minderwertigkeit am Pat. unauffindbar, aber im Stammbaume deutlicher. Auch in der Enuresis sieht A. ein Zeichen solcher und zeigt in der folgenden Kasuistik, daß in allen seinen neun Fällen diese entweder beim Pat. oder im Stammbaume nachweisbar war. Allerdings kann er vorläufig nur in fünf Fällen die Richtigkeit seiner Diagnose beweisen. Nebenbei sei bemerkt, daß nach des Verf.s Ansicht auch die Eklampsie mit Vorliebe in Familien mit Minderwertigkeit des Harnapparates vorkommt.

Sein Material legt Verf. die Vermutung nahe, daß die Nephrolithiasis eine häufige, geradezu typische Erkrankung des minderwertigen Harnapparates sei.

Für die Therapie ergibt sich aus der rein mechanischen Auffassung der Ätiologie die Folgerung, daß eine Beseitigung in Bewegung gekommener, also Symptome machender Steine durch Verstärkung des Harnstromes anzustreben ist; bei kleinen Steinen ist vielleicht von Erschütterungen ein Erfolg zu erwarten. So erklärt sich auch das Auftreten von Nierensteinen bei Wirbelfraktur als ein Auftreten von Steinsymptomen dadurch, daß vorhandene Steine in Bewegung geraten.

Renner (Breslau).

---

13) **E. Lick.** Ein weiterer Beitrag zur heteroplastischen Knochenbildung in Nieren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

L., der schon früher dasselbe Thema wie in der vorliegenden Arbeit behandelt hat, hat durch eine neue Versuchsanordnung jetzt schneller und sicherer wie früher Knochenneubildung in verkalkten Kaninchennieren erzielt. Er verfuhr so, daß er die Kapsel der linken, leichter zugänglichen Niere exstirpierte oder über den Hilus zurückstreifte. Dann wurden nach Eröffnung der Bauchhöhle Milz und Netz um die Niere gelegt. Entweder gleichzeitig oder in einer späteren Sitzung wurden die Nierengefäße durchschnitten und unterbunden. Die Niere wird danach zum größten Teile nekrotisch. Die Ursprungs-

stätte der Knochenneubildung ist das Bindegewebe unterhalb des kubischen Beckenepithels. Bereits 14 Tage nach der Gefäßunterbindung ist Bildung von osteoidem Gewebe, nach 16 Tagen deutliche Knochenbildung nachzuweisen. Nach 40—62 Tagen ist die Knochenbildung, die in verschiedenen Formen auftritt, quantitativ wie qualitativ auf der Höhe und nimmt einen beträchtlichen Teil der Niere ein. Sicher ist, daß die Knochenbildung regelmäßig in dem unmittelbar unter dem Beckenepithel liegenden Bindegewebe ihren Anfang nimmt. Es ist also nicht das in die verkalkte Niere einwuchernde Bindegewebe, das den Anstoß zur Knochenbildung gibt, sondern ein von vornherein vorhandenes und der Nekrose entgangenes Gewebe, das sich in Knochen umbildet. Bei gleichzeitiger Unterbindung des Harnleiters verfällt auch das Nierenbecken der Nekrose, und es tritt keine Verknöcherung ein. Knochenmark und Knochen entstehen zu gleicher Zeit. Auch durch isolierte Unterbindung der Nierenvene kann Ossifikation erzeugt werden. Warum gerade in der Niere die Knochenbildung auftritt, ist nicht leicht zu erklären, da andere Organe nach Gefäßunterbindung höchstens eine geringe Verkalkung und gar keine Knochenbildung aufweisen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **J. G. Mönckeberg.** Über »syncytiumhaltige« Hodentumoren.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 381.)

An die sehr ausführliche histologische Beschreibung dreier derartiger Fälle knüpft M. folgende Schlußfolgerungen: Die in Hodengeschwülsten vorkommenden syncytialen Protoplasmamassen sind sicher nicht als gleichwertige Elemente aufzufassen. Man kann nach den syncytiumhaltigen Wucherungen zwei Gruppen von Geschwülsten unterscheiden, die nur eine oberflächliche makroskopische Ähnlichkeit besitzen, bedingt durch ihre Neigung zu Blutungen und Nekrosen und die morphologisch oft sehr sich ähnelnden Syncytien. Die erste Gruppe umfaßt die Hodenteratome mit chorioentodermalen Formationen und epithelialen Syncytien. Zur zweiten Gruppe gehören einheitliche oder teratoide Geschwülste mit perivaskulären lymphangioendotheliomatösen Formationen und syncytialen Protoplasmamassen sicher endothelialen Ursprungs. — Bezüglich der Details muß auf das Original verwiesen werden. Literatur.

Doering (Göttingen).

---

15) **Regaud et Dubreuilh.** Influence de la roentgénisation des testicules sur la structure de l'épithélium séminal et des épididymes, sur la fécondité et sur la puissance virile du lapin.

(Lyon méd. 1908. Nr. 9.)

Nach einem Überblick über die bisher gewonnenen Kenntnisse bezüglich des Einflusses der Röntgenstrahlen auf die männlichen

Generationsorgane wenden sich die Verff. ihren eigenen Versuchen zu, die sie an Kaninchen anstellten. Anknüpfend an die Experimente von Albers-Schönberg suchten sie vor allem die Frage zu beantworten, wie sich die genitale Funktion nach der Bestrahlung verhalte. Sie kommen dabei zu folgenden Resultaten:

1) Bei weniger intensiver Bestrahlung verschwinden die Spermatozoen und ihre Mutterzellen nur vorübergehend; nach einigen Monaten tritt Regeneration ein.

2) Der Nebenhoden hat die Funktion einer Drüse sowie die eines Reservoirs für die Spermatozoen; sein Parenchym scheint gegen Röntgenstrahlen nicht besonders empfindlich zu sein.

3) Der Koitus bald nach der Bestrahlung ist stets steril, obwohl die Spermatozoen in der Epididymis beweglich sind; dieselben sind also nur scheinbar nicht geschädigt.

4) Der Begattungstrieb und die Potentia coeundi wird durch die Bestrahlung anscheinend gesteigert. **Boerner** (Rastatt).

---

16) **O. Vulpius** (Heidelberg). Über den Wert der Arthrodese.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 7.)

V. hält die Arthrodese für angezeigt, wenn wir einem unzweifelhaft definitiven Lähmungszustande gegenüber stehen, also jede Hoffnung auf Wiederkehr aktiver Bewegungen ausgeschlossen ist, und wenn wir die Überzeugung haben, daß der zu erwartende Vorteil der Arthrodese wesentlich größer ist als ihr Schaden, daß also die zu erzeugende Gelenkversteifung im Vergleich zu dem vorhandenen Zustande des Gelenkschlotterns das viel kleinere Übel darstellt. Im weiteren bespricht Verf. die Indikationen für die verschiedenen Gelenke. Beim Sprunggelenk gibt die Arthrodese, auch doppelseitig ausgeführt, gute Resultate, während sie am Kniegelenk bei schwerer doppelseitiger Lähmung, ebenso am Hüftgelenk bei solcher nur einseitig gemacht werden darf.

Bezüglich der Technik empfiehlt V. ausgiebige Eröffnung des Gelenkes mit Anfrischung der Gelenkenden und am Schulter- und Kniegelenk mit nachfolgender Knochennaht, am Sprunggelenk mit typischer Fasciodese der drei vorderen Unterschenkelmuskeln, am Kniegelenk mit exakter Naht des durchtrennten Streckapparates und Durchtrennung der drei Beugesehnen in der Kniekehle, am Hüftgelenk mit Ausbohrung der Pfanne, am Schultergelenk mit Drahtnaht zwischen Kopf, Pfanne und Akromion.

Die von V. erzielten Resultate werden durch einige Röntgenbilder veranschaulicht. Eine durchaus feste Ankylose wurde am Sprunggelenk in 50—60%, am Kniegelenk in ca. 75%, am Schultergelenk in 80% erreicht; am Hüftgelenk blieb immer einiges Wackeln zurück, das das Sitzen erleichterte. Durchaus befriedigend [illegible] die funktionellen Erfolge. **Kramer** (G[illegible]

---

17) **Frangenheim.** Die Myositis ossificans im M. brachialis nach Ellbogenluxationen, ihre Diagnose und Behandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Die Knochenbildung findet sich bei der Verrenkung beider Vorderarmknochen nach hinten gewöhnlich einige Wochen nach der Verletzung. Wenn sich dieselbe auch gewöhnlich nach sachgemäßer Behandlung (Einrenkung) einstellt, so findet sie sich doch auch bei veralteten Ellbogenverrenkungen. Sie läßt sich durch die Beziehungen der Muskulatur zur Gelenkkapsel erklären. In der Königsberger Klinik wurden sechs derartige Fälle beobachtet. Die Verknöcherungen lagen immer in der Muskulatur, zweimal auch in der Kapsel. Bei der Behandlung ist zu berücksichtigen, daß die Muskelknochen spontan verschwinden können, andererseits aber nach operativer Entfernung zuweilen rezidivieren. Bei Kompression auf Gefäße oder Nerven muß operiert werden; aber auch sonst empfiehlt F. die Operation als die zweckmäßigste Behandlung. **Borchard** (Posen).

---

18) **Cailland.** Note sur les fractures de l'avant-bras par retour de manivelle; dites fractures des chauffeurs.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 7.)

C. demonstriert der Gesellschaft eine Reihe von Röntgenographien dieser Brüche. Ihr Zustandekommen kann ein direktes sein, wenn die Hand den zurückschnellenden Handgriff verläßt und dieser die Hand oder den Vorderarm trifft. Die Knochen brechen an der Stelle der Gewalteinwirkung. So wird z. B. ein Speichenbruch in der Mitte demonstriert.

Die indirekten Brüche ereignen sich, wenn die Hand bei der plötzlichen Rückwärtsbewegung nicht losläßt. Die Gewalt trifft die Handwurzel und setzt sich durch die Bänder auf die Vorderarmknochen fort. Es erfolgt entweder eine »einfache Verrenkung«, oder ein Abriß des Knochens, oder eine Epiphysenlösung.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

19) **R. Horand.** A propos de la camptodactylie ou inflexion permanente du petit doigt, et parfois des doigts voisins d'origine tuberculeuse.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 20.)

20) **G. Millian.** La lésion anatomique de la camptodactylie.

(Ibid. Nr. 24.)

Nach Landouzy, der die Affektion zuerst beschrieb, liegt ihr eine Sklerose der para- und periartikulären fibrösen Gewebe zugrunde bei völliger Integrität der Gelenkteile der Knochen und der Synovialis; die Metacarpophalangealgelenke bleiben unbeteiligt.

Nach M. sind alle, nach H. ein gutes Drittel aller Fälle tuberkulösen Ursprunges. Sichere anatomische Unterlagen für diese Auf-

fassung scheinen noch nicht zu existieren. Ebenso bestehen Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Beteiligung der Sehnen. H. ist der Ansicht, daß die Verkürzung der Sehnen stets sekundär (das gleiche gilt von event. tuberkulöser Erkrankung der Sehnen) auftritt infolge der gekrümmten Haltung der Finger, während M. nur zugibt, daß die Sehnen »nicht allein beteiligt« sind. **V. E. Mertens** (Kiel).

21) **Selby** and **Heath.** The open method in the treatment of Pott's fracture of the leg.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Die Verff. weisen darauf hin, daß bei Pott's Fraktur — Abriß des inneren Knöchels und Bruch des Wadenbeines 7 cm oberhalb des äußeren — sehr häufig die Sehne des M. tibialis posticus nach vorn und oben verschoben ist. Sie sind Anhänger der operativen Behandlung, welche darin besteht, daß nach Freilegen der Bruchstelle am inneren Knöchel die Sehne richtig gelagert und der abgebrochene Malleolus internus mit der Tibia durch eine Knochennaht vereinigt wird. Nicht allein hören hiernach sofort die Schmerzen am Fuß auf, sondern es findet auf diese Weise auch die idealste Reposition des Bruchstückes statt. Allerdings darf die Operation nur dort gemacht werden, wo eine ganz sichere Asepsis beherrscht wird. Drei Fälle werden beschrieben. **Herhold** (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

22) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

170. Sitzung, den 9. März 1908.

Vorsitzender: Herr Rinne.

1) Herr Rinne: Über die Differentialdiagnose von Typhlitis und Adnexerkrankung.

R. weist zunächst auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen den Affektionen der weiblichen Genitalorgane und der akuten Wurmfortsatzentzündung hin unter Mitteilung instruktiver Fälle seiner Praxis. Unangenehme Erfahrungen, die man bei abwartendem Verhalten behufs Sicherung der Diagnose oft macht, führen jeden Operateur dazu, auch ohne sichere Diagnose in akuten ernsten Fällen schnell operativ einzugreifen. Besonders auch bei schwangeren Frauen rät R. mit anderen, in zweifelhaften Fällen sofort zu operieren, von der Erwägung ausgehend, daß ein Abszeß, woher er auch stamme, für eine Schwangere eine große Gefahr bedeutet. In den letzten 5 Jahren hat nun R. bei allen weiblichen Kranken, welche wegen Appendicitis zur Operation kamen, durch möglichst genaue gynäkologische Untersuchung die pathologisch-anatomischen Beziehungen zwischen Blinddarm und den rechtsseitigen Adnexen und Parametrien feststellen lassen; 41 (= 11%) boten solche dar; bei 2/3 derselben war ein Zusammenhang vor der Operation festgestellt bzw. vermutet; in den übrigen Fällen wurde er unvermutet gefunden, oder es lag keine Appendicitis vor (4 Tuberkulosen des Wurmfortsatzes und der Adnexe, 8 Pyosalpingen, bei denen 3mal eine gesunde Appendix vorlag). Bei Graviden wurde 2mal die Appendix, 1mal eine Pyosalpinx ohne Schwangerschaftsunterbrechung entfernt. 18mal bestanden Verwachsungen der Appendix mit dem Parametrium, resp. übergeleitete Entzündungen und Eiter

3mal wurden bei Appendicitis Ovarialcysten gefunden, die Beckenabszesse vortäuschten. In 5 Fällen von Douglasabszessen konnte erst mikroskopisch und bakteriell der Ausgangspunkt der Eiterung im Wurmfortsatz (3) oder in der Tube (2) erwiesen werden; der Wurmfortsatz war stets mitentfernt worden. R. beleuchtet, wie die unmittelbare nachbarliche Lage zwischen Appendix und rechten Adnexen, insbesondere auch die Verbindung durch das Lig. appendiculo-ovaricum, sowohl intraperitoneal wie extraperitoneal die Fortleitung der appendicitischen Entzündung auf die Beckenorgane begünstigt und untersucht unsere diagnostischen Kriterien nach seinen Erfahrungen auf ihre Bedeutung. Er betont besonders die Wichtigkeit der Anamnese. Bei Vorhandensein einer Peritonitis fand er auch öfters die von Barth angegebenen diagnostischen Merkmale vorhanden, nämlich bei der Wurmfortsatzperitonitis heftige Schmerzen im ganzen Leib oder in der Magen- und Nabelgegend oder nur in der Blinddarmgegend, dabei eine reflektorische Muskelspannung, entsprechend der Ausdehnung der Entzündung; bei der gonorrhoischen Peritonitis findet man dagegen schnell abklingende stürmische Initialsymptome, Meteorismus und keine reflektorische Bauchdeckenspannung, dabei das hintere Scheidengewölbe und den Uterus empfindlich. Doch kommen Ausnahmen vor, wofür R. ein Beispiel vorführt (Pyosalpinx mit Peritonitis); auch in einem Falle von geplatzter Tubargravidität fand R. ausgesprochene reflektorische Bauchdeckenspannung. Das Rovsing'sche Symptom (Erzeugung von Schmerz in der Coecalgegend durch Druck auf das S romanum und dadurch bedingte Gasspannung im Dickdarme) hat sich R. nicht so allgemein bewährt wie Rovsing es angibt. — Noch unsicherer ist die Differentialdiagnose oft in chronischen Fällen, wenn die Appendix tief ins Becken ragt und mit den Adnexen durch Adhäsionen verlötet ist; die klinischen Symptome und die Anamnese können dabei manchmal ein ganz verkehrtes Bild liefern; es werden bei primärer Erkrankung der Appendix Reizerscheinungen an den Ovarien mit Menstruationsstörungen ausgelöst, wie andererseits menstruelle Fluxionen der Genitalien Reizerscheinungen an der chronisch entzündeten Appendix hervorrufen. Dann erlangt man erst durch die Operation Aufklärung; gewöhnlich beseitigt die Entfernung der Appendix die uterinen Beschwerden. Es bleibt also die Differentialdiagnose der Appendicitis und der Adnexaffektionen trotz genauester Untersuchung unsicher. R. empfiehlt, in zweifelhaften Fällen so vorzugehen, als ob eine Appendicitis vorliegt; rechtsseitige gynäkologische Leiden soll man grundsätzlich von oben angreifen, weil man eine etwa erkrankte Appendix bei der vaginalen Operationsmethode nicht gehörig versorgen kann.

Diskussion: Herr Gottschalk erörtert die bei der Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Adnexerkrankungen in Betracht kommenden Momente an der Hand seiner gynäkologischen Erfahrungen.

Herr Müller regt an, die Untersuchung auf die Hautempfindlichkeit der Genitalorgane und für das Ileocoecum in Betracht kommenden Head'schen Zonen zu verwerten.

2) Herr A. Pinkuss: Therapeutische Versuche mit Pankreasfermenten: Trypsin und Amylopsin.

P. hat, von der Erkenntnis ausgehend, daß der Auf- und Abbau der Krebsgeschwülste in streng spezifischer Weise erfolge, daß im karzinomatösen Organismus die geeignete Menge eines fermentartigen Stoffes fehle, den der Gesunde besitzt, in seiner Klinik und im Elisabethkrankenhause mit Trypsin, dem proteolytischen Ferment, und Amylopsin, dem stärke- und glykogenspaltenden Ferment des Pankreas, Versuche zum Zwecke der kurativen Beeinflussung von Krebserkrankungsfällen angestellt. Er hat die subkutane Anwendung der Fermentpräparate zum Zwecke der Einführung in den allgemeinen Körperkreislauf vorgenommen und sich nicht bloß auf die subkutane Einführung im unmittelbaren Gebiete des Krankheitsherdes beschränkt; er verweist über seine näheren Erwägungen auf seine im Juli v. J. geschehene Veröffentlichung in der »Med. Klinik« und in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Nachdem er zunächst die chemische Wirksamkeit der von ihm verwandten Präparate geprüft und entsprechende Tierversuche vorgenommen hatte, hat er über den pharmako-

gnostischen Wert, d. h. über die Anwendungsfähigkeit im gesunden und kranken menschlichen Organismus Versuche angestellt und hierbei konstatiert, daß durch die subkutane Einführung der Pankreasfermente eine besondere lokale oder allgemeine Schädigung nicht verursacht wird.

Seine praktischen Ergebnisse am krebskranken Organismus sind aber als negative anzusehen. Er hat wohl länger anhaltende subjektive Besserung, längeren Stillstand im Verlaufe der malignen Wucherung, im Auftreten von Metastasen beobachtet, indes die Überzeugung nicht gewonnen, daß dies unbedingt der Einwirkung der Fermente zuzuschreiben ist. Bei keinem der 14 Fälle hat er trotz vielmonatiger Injektionen eine absolut sicher zu konstatierende objektive Besserung oder gar Heilung eintreten sehen. Allerdings hat er wiederholt Erweichungs- bzw. Verflüssigungsherde in den krebsigen Stellen beobachtet.

Vortr. gibt sodann einen weiteren Ausblick über die Fragen, welche die bei der Krebskrankheit tätigen Fermente und ihre etwaige therapeutische Beeinflussung bzw. Verwendung betreffen. Entweder handle es sich um das Auftreten neuer Enzyme in der malignen Neubildung, oder darum, daß die präexistierenden zu einer unbehinderteren Tätigkeit dadurch kommen, daß der hemmende bzw. regulierende Einfluß von im umgebenden Gewebe vorhandenen Kräften geschädigt bzw. ganz ausgeschaltet ist; er verweist dabei auf die Versuche von *Hofbauer* und *Bier* und sucht diese mit seinen Anschauungen in Einklang zu bringen.

Sodann berichtet Vortr. noch über zwei interessante Beobachtungen, die er zufällig bei der Anwendung der Pankreasfermente gemacht hat. Bei einem 58jährigen Manne, bei dem in der linken Gesichts- und Halsgegend *ein ausgebreiteter tuberkulöser Krankheitsprozeß* aufgetreten war, hat er, nachdem monatelange lokale Behandlungsmaßnahmen, mehrfache Röntgenbestrahlungen gänzlich erfolglos geblieben waren, *durch Injektion seiner Fermentpräparate eine auffallende Besserung und sichtbare Tendenz zur Ausheilung des Prozesses konstatieren können*; der betreffende Mann und eine von seiner damaligen Erkrankung aufgenommene Reproduktion werden demonstriert. Durch diesen Erfolg veranlaßt, behandelte P. darauf ein 14jähriges Mädchen, das seit vielen Monaten wegen *tuberkulöser Halsdrüsenerweiterung* vielfachen operativen Eingriffen erfolglos unterzogen war, ebenfalls mit *Trypsininjektionen mit demselben Erfolge, daß eine auffallende Tendenz zur Ausheilung eingetreten ist*. Das Mädchen wird vorgestellt.

Vortr. unterläßt es absichtlich, aus dieser rein zufällig eingeleiteten Behandlungsmethode weitere Schlüsse über den Einfluß des ja in alkalischem Medium wirksamen Trypsin auf Eiterungsprozesse zu ziehen; er deutet nur auf die Versuche hin, die mit Pepsinlösungen bei Eiterungs- und andersartigen Degenerationsprozessen gemacht wurden.

3) Herr *Seefisch*: a. *Volvulus des Colon ascendens*.

S. stellt einen 54jährigen Mann vor, den er am 13. Januar operiert hat. Derselbe war 6 Stunden vorher nach einer sehr reichlichen Mahlzeit mit heftigen Schmerzen im ganzen Abdomen und starkem Erbrechen erkrankt. Bei der Aufnahme starker Kollaps und allgemeine Druckempfindlichkeit des bretthart gespannten Abdomens. Hauptschmerz in der Magen- und rechten Bauchgegend. Undeutlich fühlbare Resistenz in der rechten Bauchseite oberhalb des McBurneyschen Punktes. Diagnose: wahrscheinlich Appendicitis mit Perforation. Sofortige Operation. Nach Eröffnung des Bauches rechts war weder Coecum noch Colon ascendens zu finden. Erst nach Erweiterung des Schnittes fand sich ein Volvulus des ganzen Colon ascendens, welches um ca. 90° in rechts gewundener Spirale gedreht war und einen von rechts oben schräg nach links unten verlaufenden, sich fast solide anfühlenden Tumor bildete. Rückdrehung und Rücklagerung, worauf der Darmteil anfing, sich zu erholen. Bei der Reinigung der mit serös-eitrigem Exsudat gefüllten Bauchhöhle wurde noch eine Magenperforation (Ulcus pepticum) nahe dem Pylorus entdeckt und nach Exzision der Ränder übernäht. Ausspülung der Bauchhöhle, Naht mit zwei Drains, glatte Heilung.

S. hält die Magenperforation für das Primäre, den Volvulus des an einem abnormen Mesenterium ileocoeci commune befestigten Colon ascendens für eine Folge des heftigen Erbrechens.

S. bespricht sodann an der Hand der nicht sehr großen Literatur die Ätiologie, den Symptomenkomplex und die Prognose dieser in Deutschland äußerst seltenen Lageveränderung, wie sie hauptsächlich von Sallin (Helsingfors) und v. Zöge-Manteuffel beschrieben sind. Sehr viel häufiger als in Deutschland kommt der Volvulus des Colon ascendens in Rußland und Finnland vor, was S. auf Grund der Literaturstudien weniger auf ein häufigeres Vorkommen des Mesenterium ileocoecale commune als auf die unzweckmäßige Lebensweise schieben zu müssen glaubt.

b. Uretersteine nach Verletzung des Rückenmarkes.

S. stellt einen 19jährigen Mann vor, der im Oktober 1907 einen Bruch des I. Lendenwirbelkörpers erlitten hatte mit vorübergehender (8tägiger) Blasenlähmung und ebenfalls vorübergehender Lähmung der unteren Extremitäten. 8 Wochen nach dem Trauma rechtsseitige Nieren- und Ureterkolik. Nachweis zweier Steine im rechten Ureter durch Röntgenogramm. Operation am 9. August. Freilegung des Ureters durch Israel'schen Schrägschnitt, und Entfernung der Steine durch Inzision des Ureters. Der größere Stein hatte die Ureterwand ganz inkrustiert. Naht des Ureters und der Weichteile. Glatte Heilung in 3 Wochen ohne Fistel.

S. bespricht die verschiedenen Theorien, welche von Kurt Müller, Stolper, Weber u. a. über die Entstehung der Nierensteine nach Verletzung des Rückenmarkes aufgestellt sind und kommt für seinen Fall zu dem Ergebnis, daß die Steine im Ureter selbst entstanden sein müssen, da sie fest an der Wand hafteten, wahrscheinlich infolge einer bei dem Fall auf den Rücken gleichzeitig entstandenen Verletzung der Ureterwand. Um den Bluterguß herum haben sich dann die Phosphate niedergeschlagen. In Verbindung mit der Wirbelfraktur bringt S. die Steinbildung nur insofern, als er im Einklang mit den Untersuchungen anderer Autoren die Möglichkeit zugibt, daß infolge des Abbaues von Kalksalzen in dem zertrümmerten Wirbelkörper eine vermehrte Disposition zur Konkrementbildung in den Nieren geschaffen worden ist.

4) Herr Katzenstein: a. Verdauung lebenden Gewebes. (Demonstration von Präparaten.)

K. berichtet über Versuche, die er im Anschluß an die Untersuchungen über den Magenmechanismus nach Gastroenterostomie unternommen hat. Er hat im Gegensatz zu verschiedenen Autoren der neueren Zeit gefunden, daß lebendes Gewebe verschiedenster Art auch bei bester Ernährung im Magen verdaut wird, daß aber Magen und Duodenum, in den Magen gebracht, von den Fermenten des Magensekrets nicht angegriffen werden. Dieser interessante Anpassungsvorgang beruht auf dem Vorhandensein von Antifermenten in der Schleimhaut des Magens, die, wie K. gefunden hat, auch in der Schleimhaut des getöteten Tieres vorhanden und wirksam sind. Denn solche Schleimhaut verhindert im Reagensglase die Verdauung des Fibrins im Magensafte.

b. Gangrän der Hand nach Jodoforminjektion.

K. berichtet über eine Handgangrän, entstanden dadurch, daß ein Arzt Jodoformglyzerin statt in das tuberkulöse Handgelenk in die A. ulnaris injiziert hat.

c. Demonstration eines einfachen Apparates für künstliche Atmung bei intrathorakalen Operationen.

K. demonstriert einen Apparat für künstliche Atmung bei Pneumothorax, bestehend aus einem Blasebalg und dem Tubagerohr nach Kuhn und zeigt an der einer Leiche entnommenen Lunge die wirksame Tätigkeit des Apparates: die Lunge atmet scheinbar. Hauptvorzug: Jeder Arzt kann sich den Apparat improvisieren.

5) Herr Schwalbach: a. Dupuytren'sche Kontraktur.

S. bekam im Juni 1907 eine 18 Jahre bestehende Dupuytren'sche Kontraktur beider Hände eines 61jährigen Kunstschlossers in Behandlung, bei der der 4. und



5. Finger so stark gebeugt waren, daß die Fingerspitzen die Vola manus berührten, der 3. Finger und Daumen jedoch in geringerem Grade betroffen war. Da eine Operation abgelehnt wurde, injizierte S. Fibrolysin direkt in das narbige Gewebe, und zwar jedesmal den Inhalt einer 2,3 ccm fassenden Ampulle der Firma Merck. Der Kranke erhielt innerhalb 5 Wochen neun Spritzen, und zwar sieben in die rechte und zwei in die linke Hand — die ersten vier Spritzen wurden abwechselnd gegeben. Zu Hause mußte der Kranke 2mal täglich 10 Minuten in heißem Seifenwasser baden. Nach der 3. Injektion zeigte sich Erfolg, der dann stetig zunahm. Anfang März 1907 konnten die Finger vollständig gebeugt und gestreckt werden; dieser Zustand besteht jetzt noch in gleicher Vollkommenheit.

S. weist auf das Überraschende des Erfolges der Fibrolysinmedikation bei einer so alten Kontraktur, wie des Dauererfolges hin und rät dazu, im Gegensatz zu Lexer, der heute selbst den Versuch einer derartigen Behandlung verwirft (wie aus einer im Jahre 1907 erschienenen Dissertation von Dobrowolski hervorgeht), doch die Fibrolysinbehandlung nachzuprüfen. Er hebt als Nachteile die Schmerzhaftigkeit der Injektion, die auch nicht durch Äthylchlorid zu unterdrücken war, sowie die Möglichkeit des Entstehens von nur langsam verschwindenden Ödemen hervor. (Abbildungen siehe Deutsche med. Wochenschrift.)

b. Entzündlicher Exophthalmus.

S. hatte im April und Dezember 1907 Gelegenheit, mit dem Augenarzte Prof. Fröhlich zwei Fälle von entzündlichem Exophthalmus zu beobachten. Beim ersten Pat. war schon vor dem Eintritt in die ärztliche Behandlung das Auge durch Sehnervenatrophie, infolge des bestehenden Druckes, blind geworden, und eine zur Ableitung der Entzündung in die Orbita gemachte Inzision diente nur zur Erhaltung des Bulbus. Das Zurückgehen des Exophthalmus erfolgte in 4 Wochen.

Bei dem zweiten Kranken, der im Dezember 1907 in Behandlung kam, und der durch eine gleiche Affektion des jetzt reaktionslosen rechten Auges dessen Sehkraft im Oktober 1907 verloren hatte, wollte S. am erkrankten Auge die Krönlein'sche Operation am folgenden Morgen vornehmen; es bestand seit 6 Tagen hochgradiges Hervortreten und vollkommene Unbeweglichkeit des Bulbus, ferner starke Chemose und Rötung der Conjunctiva, Herabhängen des oberen Lides und damit Unmöglichkeit zu sehen, sowie ferner intensive Schmerzhaftigkeit in der Tiefe der Orbita bei Druck auf den Bulbus. Eine Ursache für die Erkrankung (Affektion der Nebenhöhlen der Nase, Augen-, Zahnleiden, Lues usw.) konnte auch durch einen zugezogenen Rhinologen nicht festgestellt werden. Da gerade um diese Zeit das Deutschmann'sche Heilserum[1] bekannt geworden war, das auf entzündliche Prozesse günstig einwirken sollte, so erhielt Pat. gleich am Abend seines Eintritts in das Krankenhaus noch eine Injektion von 2 ccm dieses Serums. Am anderen Morgen — nach 12 Stunden — war das obere Augenlid vollkommen abgeschwollen und konnte gehoben werden, der Bulbus war ziemlich beweglich geworden, die Schwellung am unteren Lide war geringer. Der Schmerz im Auge bei Druck auf den Bulbus war verschwunden; Pat. sah jetzt. Unter diesen Umständen wurde von einer Operation Abstand genommen; Pat. erhielt weitere Injektionen, auf die dann in ziemlich kurzer Zeit der normale Zustand des Auges wiederkehrte. Daß das Serum auf die Krankheit eingewirkt hatte, bewiesen Rückfälle Anfang Februar und Anfang März 1908, die auf die Seruminjektionen prompt zurückgingen. Der Fall bot damit die Beweiskraft eines gelungenen Experimentes; als Nachteil war das auf kurze Zeit nach der Injektion eintretende Serumfieber und Exanthem anzusehen, das bei anderen Erkrankungsfällen, in denen es neben negativem mit überwiegend positivem Erfolge angewendet wurde, sich sonst nicht zeigte.

Der entzündliche Exophthalmus hat, wie aus dem Berichte[2] Birch-Hirsch-

[1] Siehe 69. Heft der Beiträge zur Augenheilkunde, Deutschmann, Mein Heilserum.

[2] 79. Naturforscherversammlung zu Dresden.

feld's (über 684 Fälle) hervorgeht, eine Mortalität von 13—17%, von den übrigen Pat. erblinden noch 16%; man fand bei der Sektion 34mal Meningitis, 15mal Stirnabszeß und 6mal Sinusthrombose. In 60% spielen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase eine ätiologische Rolle, und hier dürften therapeutisch-rhinologische Eingriffe in Frage kommen; in den übrigen 40% ist die Ursache unklar bzw. spontane Entzündung vorhanden, und hier wäre, falls nicht wie im zweiten erwähnten Falle das Deutschmann'sche Serum hilft, die Krönlein'sche Operation zu empfehlen, die in Fällen von Birch-Hirschfeld und Axenfeld schon Erfolge gezeitigt hat. **Richard Wolff** (Berlin).

23) **Fiske.** Splenectomy for gunshot wound of the spleen.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Ein 25jähriger Mann hatte einen Schuß in den Rücken erhalten; Einschuß in der linken hinteren Achsellinie, Ausschuß nicht vorhanden. Da Anzeichen einer inneren Blutung vorhanden waren, wurde die Laparotomie gemacht, und außer einer kleinen Wunde im Mesokolon zwei Schußwunden in der Milz angetroffen, von welchen die Einschußwunde im oberen, die Ausschußwunde im unteren Pole lag. Da es aus diesen Wunden weiter blutete, wurde die Milz herausgenommen.

Herhold (Brandenburg).

24) **Torrance.** Splenectomy in Banti's disease.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Eine 35jährige Frau litt im letzten Jahre viel an Verdauungsbeschwerden; es entwickelte sich eine große Geschwulst in der linken Bauchhälfte, auch traten Kopfschmerzen und Schmerzen in der linken Lendengegend auf. Die Milzdämpfung reichte von der 9. Rippe bis zur Darmbeinschaufel. Hämoglobingehalt 85%, rote Blutkörperchen 4800000, weiße 8000; multinukleäre 75%, Lymphocyten 20%, große mononukleäre 4%. Nachdem die Milz exstirpiert war, fühlte sich Pat. 2 Wochen wohl, dann trat plötzlich ein anhaltender Schwächezustand ein. Es wurde Extrakt von rotem Knochenmark, frische Schaf- und Kuhmilz und später 2mal täglich Armour's Milzextrakt verabfolgt. Danach besserte sich der Zustand, und Pat. wurde gesund. 3 Wochen nach der Operation betrug der Hämoglobingehalt 80%, rote Blutkörperchen 3246000, weiße 6000, multinukleäre 76%, große mononukleäre 11%.

Verf. hat aus der Literatur 35 operierte Fälle gesammelt, die er kurz beschreibt, sein Fall ist der 36. Von diesen 36 Pat. starben 9 = 25%; 17 = 47% betrafen Frauen, 15 = 42% Männer, in 4 Fällen war das Geschlecht nicht angegeben.

Herhold (Brandenburg).

25) **Smith.** Splenectomy for carcinoma.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Eine Frau, die 1897 von S. wegen bösartigen Adenoms beider Eierstöcke operiert war, erkrankte 1906 wiederum an Unterleibsbeschwerden. Es entstand im Epigastrium eine Geschwulst, die schnell wuchs. Rote Blutkörperchen: 5500000, weiße: 8500, Hämoglobin 70%. Bei der Laparotomie zeigte es sich, daß eine Geschwulst der Milz vorlag, die exstirpiert wurde. Sie war stark vergrößert (26,5 : 15,5 : 10), eigentliches Milzgewebe war nur am oberen Pol und an der konvexen Oberfläche vorhanden, während das übrige Gewebe eine kolloide gelbe Masse darstellte. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Kolloidkarzinom handelte. S. weist auf die Seltenheit der bösartigen Milzgeschwülste hin. Nach einer Statistik von Carstens wurden bei 700 Splenektomien nur 25mal bösartige Milzgeschwülste angetroffen; von diesen 25 waren 22 Sarkome, 3 Karzinome.

Herhold (Brandenburg).

26) **Lapointe.** Cancer du canal hépatique.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 9.)

Bei einem 64jährigen Manne plötzlich einsetzender Ikterus, der im Laufe der nächsten 4 Monate fast ganz verschwand, um dann bleibend zu werden. Gallenblasengeschwulst nicht nachweisbar.

Bei der Operation findet L. einen verdickten, harten, höckrigen »Gallengang«, eine geschrumpfte, schwer aufzufindende Gallenblase und schließt die Bauchhöhle. Tod nach 2 Tagen.

Die Obduktion stellt ein Karzinom fest, das sich ausschließlich auf den Ductus hepaticus beschränkt. — Eingehender histologischer Befund.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

27) **A. Lorey.** Über einen Fall von Cholecystitis paratyphosa. (Aus dem allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Ebenso wie Typhusbazillen nach Ablauf eines Typhus nicht selten in der Gallenblase weiterwuchern, und dadurch das betreffende Individuum zu einem chronischen Bazillenträger wird, kommt dies auch bei den Paratyphusbazillen A und B gelegentlich vor. Einen derartigen Fall teilt L. mit. Pat. hatte 2 Jahre vorher einen Paratyphus überstanden, in letzter Zeit an »Ruhr« (Gastroenteritis paratyphosa) gelitten und wiederholt heftige Gallensteinkoliken gehabt und war deshalb ins Krankenhaus aufgenommen worden. Hier wurde im Kot der Bac. paratyphosus B nachgewiesen. Bei der auf Grund der Diagnose Cholecystitis calculosa paratyphosa ausgeführten Cholecystektomie fand sich die Gallenblase ausgedehnt verwachsen, vier Steine enthaltend, ihre Schleimhaut sammtartig geschwollen, gerötet, an einer Stelle ulzeriert, in ihr Paratyphusbazillen in Reinkultur. Im Kot waren solche einige Zeit nach der Operation nicht mehr nachweisbar; die Brutstätte der Keime, die zu der »ruhrartigen« Gastroenteritis geführt hatte, war also beseitigt. Mit gleichem Erfolge hat kürzlich Oehler (Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 16) und Braun (Göttingen) — siehe Arbeit von Grimme über die Typhusbazillenträger in den Irrenanstalten (Münchener med. Wochenschrift 1908 Nr. 1) — ersterer mittels Cholecystotomie, letzterer mittels Gallenblasenexstirpation — die chronische Ausscheidung von Typhusbazillen aus der Gallenblase beseitigt (Ref.). **Kramer** (Glogau).

28) **S. Piquand.** Rupture isolée du pancréas par contusion abdominale.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 7.)

Ein 32jähriger Mann wird von einem Wagenrade überfahren.

Diagnose: Leberzerreißung. Sofortige Laparotomie. Als Ursache der großen Blutung findet man einen Riß der Bauchspeicheldrüse, der den Kopf derselben fast vertikal bis auf eine kleine Gewebebrücke durchtrennt hat. Naht mit Catgut. Über die Drainage ist nichts gesagt. Tod nach anfänglicher Erholung 30 Stunden nach der Operation.

Auch die Obduktion deckt keine Verletzungen anderer Organe auf, so daß es sich hier um den seltenen Fall einer isolierten Pankreaszerreißung durch stumpfe Gewalt handelt.

Zu den 44 einschlägigen Beobachtungen, die P. gesammelt hat, kann Ref. eine eigene Beobachtung fügen. Stumpfes Bauchtrauma durch ein großes Kohlenstück. Wegen Flüssigkeit im Bauche sofortige Operation. Leber- und Pankreasriß. Das Pankreas war genau in der Mittellinie des Körpers über der Wirbelsäule quer und völlig gespalten, die Rißränder waren glatt, fast wie mit dem Messer geschnitten. Leber- und Pankreasnaht. Tampondrainage der Pankreasgegend. Tod am nächsten Tage. Todesursache: Anämie. Keine Fettnekrosen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

29) **Swain.** Operative interference in carcinoma of the pancreas.

(Bristol med.-chir. journ. 1908. März.)

S. berichtet über drei Fälle von Palliativoperation wegen Pankreaskarzinom. Es handelte sich um Pat. im höheren Alter, mit chronischem Ikterus und Vergrößerung der Gallenblase bzw. der Leber; bei der Operation fand sich jedesmal

eine erhebliche Erweiterung des Ductus choledochus und eine harte, knollige Schwellung des Pankreaskopfes. Mittels Murphyknopf wurde in einem Falle die Cholecystoduodenostomie, in zweien eine Anastomose zwischen Gallenblase und Flexura hepatica des Dickdarmes ausgeführt. Alle drei Pat. genasen zunächst, die Beschwerden, insbesondere das quälende Hautjucken, gingen zugleich mit dem Ikterus prompt zurück, die Lebensdauer wurde verlängert. Die Kranken starben 6—11 Monate nach der Operation, ohne daß wieder Ikterus aufgetreten wäre. Es wurde durchschnittlich bereits 8 Wochen nach Auftreten des Ikterus operiert, ehe Cholämie, Toxämie und schwere olivengrüne Hautverfärbung eingetreten waren. S. führt seine Erfolge in erster Linie auf den Umstand zurück, daß frühzeitig operiert wurde; er hält es für unwesentlich, ob die Verbindung der Gallenblase mit dem Duodenum oder dem Kolon angelegt wird, und verwendet grundsätzlich den Murphyknopf, da alles von schneller Beendigung der Operation abhängt.

Mohr (Bielefeld).

30) **Ehrhardt.** Über Resektion am Pankreas.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

Mitteilung von zwei Fällen, in denen bei Magenkrebs Teile des Pankreas mit entfernt werden mußten. E. weist auf die bei der Operation zu berücksichtigenden Umstände — Unterbindung der Art. pancreatico-duodenalis — sekundäre Nekrose am Pankreas durch die Schädlichkeit der Naht hin. **Borchard** (Posen).

31) **F. Niosi.** Die Mesenterialcysten embryonalen Ursprunges nebst einigen Bemerkungen zur Entwicklungsgeschichte der Nebennierenrindensubstanz, sowie zur Frage des Chorionepithelioms.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 217.)

Die umfangreiche Arbeit beginnt mit der Beschreibung eines eigenen Falles. Es handelte sich dabei um eine 48jährige Frau, bei der in der ganzen Oberbauchgegend eine prall elastische, sehr bewegliche, deutlich fluktuierende Geschwulst vorhanden war, über die das Kolon teilweise hinüberzog. Die Operation stellte fest, daß es sich um eine große, im Mesokolon gelegene Cyste handelte, die nach Inzision des vorderen Blattes des Mesokolon stumpf herausgeschält werden konnte. Die Heilung erfolgte glatt. — Die Wand der Cyste war verschieden, 1—9 mm dick. Sie war an ihrer äußeren Fläche glatt und ohne Besonderheiten. Die Innenfläche zeigte kleine, kaum sichtbare Erhabenheiten, an einer Stelle einen bandförmigen breiten Vorsprung, dem ein erbsengroßer, gestielter Knoten aufsaß. Beide Gebilde zeigten die gleiche Beschaffenheit an ihrer Oberfläche, wie die übrige Innenwand der Cyste. Aus der ausführlichen Beschreibung des histologischen Befundes sei folgendes kurz hervorgehoben: Die Cystenwand war rein bindegewebig, ohne glatte Muskelfasern, aus zwei deutlichen Schichten bestehend. Der Epithelbelag der Innenfläche bestand vorwiegend aus zylindrischen Zellen und erinnerte an das Epithel des Darmkanals. Er bildete Papillen von verschiedener Größe und tubuläre Verzweigungen von adenomatösem Charakter. Der erbsengroße Knoten bestand aus einem Haufen kleiner Cysten. Ferner fanden sich eine Reihe von in der Cystenwand gelegenen Epithelbildungen, ohne Zusammenhang mit dem Epithelbelag der Cysteninnenfläche. Sie lagen in dem breiten bandförmigen Vorsprung der Cystenwand und bildeten teils Haufen und Stränge aus zylindrischkubischen Zellen, teils schlauchförmige Gebilde, die an Harnkanälchen und Glomeruli der Nebennierenrinde erinnerten. Daneben fanden sich Gewebsinseln ohne tubulären Bau, die nach ihrer Beschaffenheit an Zellen der Nebennierenrinde denken ließen. Schließlich fand sich an einer Stelle ein kleiner Geschwulstknoten vom Bau eines Chorionepithelioms. — Was den Ursprung der Cyste betrifft, so schließt N. aus dem Fehlen jeglicher Muskulatur in der Cystenwand und dem Vorhandensein eigentümlicher Epithelbildungen eine intestinale Abkunft aus, hält vielmehr die Abstammung der Cyste vom Wolff'schen Körper für erwiesen. Die ausführliche Beweisführung muß im Original nachgelesen werden. — Es folgt eine

Betrachtung über die Embryogenese der kortikalen Substanz der Nebennieren, sowie anknüpfend an den in der Cystenwand gefundenen Knoten vom Bau des Chorionepithelioms eine kurze Besprechung dieser Geschwulstform. Eine zusammenfassende Darstellung über Einleitung und Pathogenese der Gekröscysten embryonaler Herkunft, ihrer Ätiologie, Symptomatologie und Behandlung bildet den Schluß der sehr genauen Arbeit. Angefügt ist ein Literaturverzeichnis von 177 Nummern. **Doering** (Göttingen).

32) **Alexander.** Abdominal fibroma simulating splenomegalie.
(Bristol med.-chir. journ. 1908. März.)

61jähriger Mann mit umfangreicher Geschwulstbildung in der linken Seite, die nach Konsistenz und Lage einer stark vergrößerten Milz entsprach; doch waren keine Symptome von Leukämie vorhanden. Von einer Operation wurde infolge des schweren Allgemeinzustandes abgesehen. Bei der Autopsie fand sich die Milz unverändert; die Fremdbildung, mikroskopisch Fibrom, repräsentierte eine harte Geschwulst, die auf dem Durchschnitt mehrere Erweichungsherde zeigte, und hatte ihren Ausgang anscheinend von dem retroperitonealen Bindegewebe genommen; sie stand mit der Milz und der linken Niere in flächenhafter Berührung. Für sarkomatöse Entartung ergaben sich keine Anhaltspunkte. **Mohr** (Bielefeld).

33) **P. Danila** (Jassy). Steine des prostatischen Teiles der Harnröhre.
(Spitalul 1908. Nr. 5.)

Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, der anfangs an Dysurie und großen Schmerzen im Unterleibe und Gliede gelitten hatte, worauf sich vollständige Harninkontinenz entwickelte. Nach monatelangem Leiden öffnete sich ein übelriechender Abszeß am Damm. Die Öffnung wurde erweitert, und man fand in der prostatischen Harnröhre einen konischen Stein, mit einer Basis von 2,2 cm und einer Höhe von 4 cm, der sich nach vorn hin in den skrotalen Teil der Harnröhre erstreckte. Hinter ihm fand sich ein zweiter Stein, länglicher Gestalt und mit den Dimensionen: 3,5 : 3,5 : 4,5 cm. Endlich fand man noch einen dritten Stein in der Blase. Letzterer wurde durch Zertrümmerung, die anderen durch einfache Erweiterung der gemachten Öffnung herausgeholt. Nach Einlegen einer Verbleibsonde waren alle Beschwerden verschwunden, die Heilung ging rasch von statten und war nach 95 Tagen vollkommen. Der Bildung von Strikturen wurde durch systematische Sondierung entgegengearbeitet. **E. Toff** (Braila).

34) **Jones.** Obstruction of the internal urinary meatus by folds of mucosa.
(Annals of surgery 1908. Februar.)

Verf. weist darauf hin, daß bei alten Leuten die Urinverhaltung nicht immer durch eine vergrößerte Prostata bedingt sei. Symmetrische Vergrößerungen rufen nicht immer die Harnretention hervor, sondern mehr die unregelmäßigen Vergrößerungen. J. beschreibt vier Fälle, in welchen die Harnverhaltung bei alten Leuten nicht durch die vergrößerte Prostata bedingt war, wie die bei allen vier Kranken ausgeführte suprapubische Blasenöffnung zeigte. In zwei Fällen handelte es sich um Schleimhautzotten, die sich vor den Meatus internus legten, in einem dritten Fall um eine hufeisenförmige Verhärtung der inneren Blasenöffnung, im vierten endlich um eine gestielte kleine Geschwulst, die scheinbar von der Prostata herauswuchs und sich vor die Mündung legte. Durch Operation bzw. Abtragung der Geschwulst wurde völlige Heilung erzielt. **Herhold** (Brandenburg).

35) **E. McDonald.** Cystitis in women. With report of forty-five-cases, studied cystoscopically and some modifications of treatment.
(New York med. record 1908. Februar 22.)

Mit verständnisvoller Berücksichtigung der modernen technischen und diagnostischen Errungenschaften gibt McD. eine Abhandlung über den Blasenkatarrh bei Frauen.

Die 45 aufgeführten, in der Vanderbiltklinik behandelten Fälle wurden sämtlich cystoskopiert und nach dem Befunde klassifiziert.

Wir finden die von Heymann (Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1906 Bd. XXII p. 177) bei Frauen überraschend häufig vorgefundene und studierte Cystitis colli vesicae erwähnt, einzelne Fälle ganz zweckmäßig als »Trigonitis« bezeichnet; besonders wird auf den Zusammenhang der vesikalen Gefäße mit denen der benachbarten Beckenorgane hingewiesen und der Einfluß der Hyperämie erörtert.

Die chronische atrophische Cystitis wurde nicht selten bei Frauen nach der Menopause beobachtet und mit mehr oder weniger Sklerose und Atrophie der äußeren Genitalien vorgefunden.

Hyperämische, entzündliche und mechanische Wirkungen seitens der Cervix üben unter anderem auf die Konfiguration des Trigonum während der Schwangerschaft einen Einfluß aus, verzerren die Harnleitermündungen und erleichtern den Eintritt der Infektion in die oberen Harnwege. — Auch gynäkologische Operationen sind nicht selten von Einfluß auf pathologische Zustände in der Blase. — Blutungen wurden außer bei Tuberkulose auch bei einfachen Ulzerationen, Granulationen und Varicen vorgefunden.

Statt der üblichen Borsäurespülungen wird für die Behandlung eine $^1/_5$%ige Natron bicarbonicum-Lösung vorgeschlagen, deren reinigende Eigenschaften den Ophthalmologen schon lange bekannt sei. Bei reichlichem Sekret wird die Stärke der Lösung verdoppelt und $^1/_5$% Soda hinzugefügt.

Rovsing's Karbolsäurebehandlung der tuberkulösen Cystitis sei als zu schmerzhaft und nicht genügend wirksam zu verlassen; auch trat in einem Falle Hämoglobinurie auf. Ebenso werden die Sublimatspülungen nach Guyon als wirkungslos verworfen. Besonders antiseptisch wirksam sei dagegen eine etwa $^3/_4$%ige wäßrige Lösung von Chininum bisulphuricum. — Höllensteinspülungen sollen zu sehr reizen, die kolloidalen Silberlösungen unwirksam sein. Protargol wird gelobt und besonders lokal bei chronischer Trigonitis in 5%iger Lösung appliziert.

Bei eitriger Cystitis werden ausgezeichnete Resultate erzielt durch aufeinanderfolgende Einspritzungen einer $^1/_3$%igen Wasserstoffsuperoxydlösung und einer 5%igen Protargollösung, je 8 ccm. Nach wenigen Minuten Einwirkung wurde diese Mischung mit oben genannter Natron bicarbonicum-Lösung ausgewaschen. Die so gereinigte Blase ist nun präpariert für antiseptische und adstringierende Lösungen, oder für regionäre direkte Applikation von Protargol oder Argentum nitricum fusum (an einer Metallsonde angeschmolzen).

Die letzteren lokalen Behandlungen werden in Knie-Ellbogenlage durch das Kelly'sche Endoskop vorgenommen. Wir erwähnen dabei den Ausspruch: »Nachdem die Applikationsstellen vorher durch das gewöhnliche (d. h. Nitze-sche) Cystoskop bei wassergefüllter Blase lokalisiert waren«.

Bei akuter Cystitis und starken Reizzuständen wird eine besonders präparierte Abkochung von Irisch-Moos eingespritzt, ein Präparat, das auch als Katheter- und Cystoskopschmiere sich bewährt hat.

Schließlich wurden bei Gebrauch des Urotropins häufig Fehlschläge und Irritationen bemerkt, auch Hämorrhagien und Albuminurien; jedenfalls soll es nicht zu lange verordnet werden.

Von bekannten inneren Mitteln wird u. a. besonders Infusum fol. bucco hervorgehoben. **Loewenhardt** (Breslau).

36) **G. R. Holden.** Transperitoneal ureterotomy for ureteral calculus.
(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Bei einer 33jährigen Frau konnte mittels Cystoskopie, Harnleitersondierung, manueller Untersuchung und Röntgenbildes ein Harnleiterstein festgestellt werden, der vor einer 4 cm oberhalb der Einmündung in die Blase gelegenen Stenose saß. Infolge des Fettreichtums der Frau mußte ein Versuch, extraperitoneal den Harnleiter zu erreichen, frühzeitig aufgegeben werden. Es wurde daher in Becken-



hochlagerung der Leib in der Mittellinie eröffnet, der Harnleiter durch Resektion von Tube und Ovarium freigelegt, der Stein durch Inzision entfernt und die Harnleiterwunde wieder geschlossen, nachdem ein Versuch der Passierung der Stenose von der Wunde aus mißlungen war. Die Nahtstelle wurde extraperitoneal nach der Bauchwunde und nach der Scheide drainiert. Es erfolgte komplikationslose Heilung, ebenso gelang es, die Striktur von der Blase aus so zu bougieren, daß der Harnleiter wieder für einen ziemlich dicken Katheter durchgängig wurde und die linke Niere wieder Urin ausscheiden konnte. **Strauss** (Nürnberg).

37) Lesioni dell' uretere e del rene nell' ureterostomia cutanea.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 32.)

(R. Accad. di med. di Torino. Sed. del 14. Februar 1908.)

Der ungenannte Verf. mußte in zwei Fällen infolge einer Verletzung des Harnleiters bei gynäkologischen Operationen denselben mit seinem zentralen Ende in die Bauchhaut einnähen. 6 bzw. 2 Monate später wurde die Nephrektomie ausgeführt. Dabei fand sich eine starke Verdickung der Harnleiterwand, kleinzellige Infiltration der Schleimhaut, eine epidermale Umwandlung der letzteren bis zu einer gewissen Entfernung vom Harnleiterende mit kubischen und zylindrischen Zellen und Bildung breitbasiger Papillen. In einem Falle fanden sich auch im Nierenbecken und oberen Harnleiterende zahlreiche kleine Cysten. In den Nieren selbst fand sich das Epithel im Zustande der Desquamation und selbst Nekrose. Die Bowmann'schen Kapseln und die Tubuli recti waren von starker kleinzelliger Infiltration umgeben, die zuweilen kleine Abszesse bildete. Da diese Folgezustände sich erst spät bilden, ist der Eingriff der Harnleitereinpflanzung in die Haut gerechtfertigt, wenn es gilt bei einem geschwächten Kranken Zeit zu gewinnen und die Funktionsfähigkeit der zweiten Niere zu erkennen. **Dreyer** (Köln).

38) Schoenwerth. Ureterendivertikel und Hydronephrose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um eine doppelseitige cystöse Nierendegeneration bei einem Erwachsenen. Ein gonorrhoischer Prozeß führte zur Infektion der rechten Niere. Es wurde der große eiterhaltige Nierensack 22 Tage nach der Gonorrhöeinfektion gespalten, so daß es sich wohl um die Infektion einer schon bestehenden Hydronephrose handelt. Nach Spaltung des Sackes entleerte sich nachweisbar kein Urin. Nach 2 Monaten wurde wegen Fistelbildung die Nierenexstirpation gemacht. Hierbei zeigte sich eine bedeutende Erweiterung des rechten Harnleiters und Divertikelbildung an seinem unteren Ende. S. bringt letztere beide Momente in ursächlichen Zusammenhang und glaubt, daß durch die Divertikelbildung je nach dem Füllungszustande ein temporärer Verschluß der Harnleiter bedingt war. Ein weiteres Hindernis fand sich am Nierenende des Harnleiters in Gestalt einer die Lichtung des Kanals völlig abschließenden Membran. Es wird dies wahrscheinlich ursprünglich eine Klappe gewesen sein, deren freier Rand unter dem Einfluß der gonorrhoischen Entzündung mit der gegenüberliegenden Wand verwuchs. Auch nach der Exstirpation machte die andere cystös degenerierte Niere bis zu dem 10 Monate nach der Operation durch Selbstmord erfolgten Tode keine Erscheinungen. **Borchard** (Posen).

39) Luccarelli. Nefralgia.

(Morgagni 1908. Nr. 3.)

Bei einer 33jährigen Bäuerin bestehen seit 10 Monaten plötzlich auftretende, ohne Fieber und Frost einhergehende rechtsseitige Nierenkoliken, denen Abgang von Blutgerinnseln im Urin, gelegentlich auch einmal eine abundante Hämaturie folgt, während der Urin in der Zwischenzeit völlig normal ist. Dabei besteht Druckempfindlichkeit im oberen Teile des rechten Harnleiters und Verminderung der Urinmenge am Tage der Anfälle. Die Nieren waren niemals, auch bei den Anfällen nicht zu tasten. Die Enthülsung der Niere zeigte ein hyperämisches O-

gan ohne sonstige Veränderungen und hatte Heilung zur Folge. 10 Monate später waren indes die Anfälle wieder aufgetreten und veranlaßten die Nephrektomie, wobei ein um die Hälfte verkleinertes, hartes, kongestioniertes und lappiges Organ zutage gefördert wurde, bei dessen Durchschneiden das Messer knirscht. Im ganzen Parenchym zerstreut finden sich harnsaure Salze, die nach den Spitzen der Papillen zu deutlicher und massiger werden.

Verf. unterscheidet die eigentlichen Nephralgien ohne anatomischen Befund, auf welche die Operation etwa wie eine Nervendehnung und unsicher wirkt, von den deuteropathischen Formen, die sich an Verwachsungen, Traumen, Verlagerung, Kompression, Stieldrehung und entzündliche Affektionen der Niere anschließen.

Dreyer (Köln).

40) **Tédenat et Martin.** Tumeurs malignes du cordon spermatique.

(Arch. génér. de chir. 1908. Nr. 2.)

Bei einem 66jährigen Manne fand sich an der linken Leistenpforte eine kinderfaustgroße Geschwulst, die sich gegen den Leistenkanal fortsetzte. Bei der Exstirpation zeigte sich, daß die Geschwulst mit dem Samenstrange zusammenhing und, gegen das Bauchfell vorgewuchert, mit ihm fest verwachsen war. Die weitere Untersuchung ergab ein Fibrosarkom mit vereinzelten Riesenzellen, ausgegangen von der Substanz des Samenkanales.

Im Anschluß an den ausführlich geschilderten Fall werden 24 weitere Fälle aus der Gesamtliteratur angeführt, auf Grund deren eine kurze zusammenfassende Schilderung der bösartigen Samenstranggeschwülste versucht wird. In den meisten Fällen handelte es sich um Mischgeschwülste sarkomatösen Charakters, die vorzugsweise bei jüngeren Individuen gefunden wurden. **Strauss** (Nürnberg).

41) **Quadflieg.** Ein Fall von habitueller Torsion der linken Testis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Bei dem 23jährigen Pat. waren die ersten Erscheinungen einer Hodenaffektion 4 Jahre vorher nach einem Trauma aufgetreten, hatten sich in der Zwischenzeit 2mal wiederholt, und zwar ohne besondere äußere Veranlassung. Bei der Operation zeigte sich eine Drehung des Samenstranges um 360°. Der Nebenhoden war vollständig mit schwarzem Blute durchtränkt. Kastration.

Borchard (Posen).

42) **G. Finocchiaro.** La cura iodica nell' orchidoepididimite tubercolare.

(Policlinico 1908. XV, 2. Sez. chir.)

Nach einer kurzen Übersicht über den wiederholten Wechsel zwischen konservativer und radikaler Behandlung in der Geschichte der Hodentuberkulose schildert Verf. die recht günstigen Erfahrungen, die in der Klinik Durante's zu Rom mit den lokalen Injektionen von Jod-Jodkaliumlösungen an mehr als 12 Kranken gewonnen wurden. Eine Lösung von 1 Teil Jod zu 2 Teilen Jodkalium in 100 Teilen Wasser wurde in langsam steigender Dosis unter aseptischen Kautelen möglichst direkt in den erkrankten Nebenhoden injiziert. Die Injektion wurde alle 2 Tage wiederholt. Nach ca. 30 Injektionen konnte in den meisten Fällen Heilung beobachtet werden, die mit einer Besserung des Allgemeinbefindens Hand in Hand ging. Die Schwellung des Hodens und Nebenhodens ging zurück, die Tastung ergab nicht schmerzhafte fibröse Knoten.

Ähnliche Erfolge wurden auch im Tierexperiment gesehen, das bindegewebige Heilung der verkästen Herde ergab, ohne daß der Hoden atrophierte. Auch beim Menschen kommt es nicht zur Atrophie des Hodens, dessen innere Sekretion unbeeinflußt bleibt, so daß die psychischen und organischen Störungen ausbleiben, die sonst nach Kastration beobachtet wurden. In zwei Fällen kam es sogar wieder zur Ejakulation, bei der zahlreiche Spermatozoen gefunden wurden. Drei länger beobachtete Fälle werden ausführlich geschildert. **Strauss** (Nürnberg).

43) **Duckworth.** Notes on a painful condition of certain bones in gouty subjects.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII. London 1908.)

D. beobachtete bei einer Reihe von Männern im mittleren Alter mit gichtischem Körperhabitus bzw. nach vorausgegangenen Gichtanfällen scharf umgrenzte Knochenschmerzen, besonders an den Kondylen des Humerus, seltener am Radiusköpfchen, Fersenbein und an einzelnen Torsalknochen. Irgendwelche sonstige Veränderungen waren an den schmerzhaften Stellen nicht nachzuweisen; die Schmerzen hielten nach langsamem Beginn Wochen, selbst Monate lang an, trotzten jeder Behandlung und schwanden dann wieder langsam. Veränderungen an den Muskeln und Nerven fehlten völlig. Es handelte sich demnach wohl um einen ausschließlich auf die Knochen beschränkten gichtischen Prozeß. **Mohr** (Bielefeld).

44) **Esau** (Greifswald). Rheumatismus tuberculosus — Poncet. (Aus dem St. Johannishospital zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 8.)

In dem mitgeteilten Falle wurden bei dem $6^1/_2$jährigen Kinde in mehreren akuten und subakuten Schüben nacheinander die beiden Knie- und Fußgelenke, das rechte Hüftgelenk und die Halswirbelsäule von schmerzhafter Anschwellung befallen. Unter zeitweise hohem Fieber und erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens gingen diese Anfälle einher, ein Teil der Gelenke neigte zu starken Beugekontrakturen. Unter korrigierenden Verbänden heilte das Leiden zum Teil in Form einer festen fibrösen Ankylose aus (Knie), zum Teil trat vollkommene Wiederherstellung der Gelenkfunktionen ein (Fußgelenk, Halswirbelsäule), entstand im Hüftgelenk eine knöcherne Ankylose; die Behandlung im großen Saugapparat erwies sich zum Teil als wirkungsvoll. Da der Prozeß, als das Kind in das Bonner Hospital kam, in der Hauptsache schon in das chronische Stadium gelangt war, konnte ein besseres Resultat nicht erreicht werden. — Den Beweis, daß es sich um einen tuberkulösen Rheumatismus gehandelt, vermag E. nicht zu führen, da weder die Tierimpfung mit Punktionsflüssigkeit noch die Tuberkulinreaktion angewendet werden konnte; indes hegt er keinen Zweifel an der tuberkulösen Natur der Erkrankung, die er auf schwerste Wirkungen eines Tuberkulosetoxins zurückführt. Der Verlauf stimmte mit den Fällen von Poncet (s. Ref. ds. Bl. 1902 Nr. 37) und Leriche außerordentlich überein. **Kramer** (Glogau).

45) **Taylor.** Isolated fracture of the greater tuberosity of the humerus.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Zwei Fälle von Abbruch des großen Höckers vom Oberarmknochen. Im ersten Fall war Fall auf die Schulter, im zweiten Fall auf die Hand die Ursache. Die Brüche wurden erst durch das Röntgenbild erkannt. Sie heilten, ohne daß die Schulter lange festgestellt war. T. weist darauf hin, daß bei diesen Brüchen Nagelung oder Eingipsen in auswärts rotierter Stellung unnötig sind.

Herhold (Brandenburg).

46) **Downes.** Simple fracture of the carpal scaphoid.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

An der Hand von sieben selbst beobachteten Fällen schildert Verf. die Erscheinungen, Ursachen usw. der Kahnbeinbrüche. Ursache war stets Fall aus mäßiger Höhe (3—7 Fuß) auf die ausgestreckte Hand; es handelte sich nur um Männer; in einem Falle waren die Kahnbeine beider Hände gebrochen. Die Bruchlinie lag mit Ausnahme eines Falles stets in der Mittellinie, die übrigen Handwurzelknochen waren stets unbeteiligt. Die Symptome glichen beim ersten Anblick den bei Verstauchung der Hand befindlichen; Extension des Handgelenkes war mehr beschränkt wie Flexion, das Handgelenk war namentlich an der Radialseite geschwollen, Druck auf die Kahnbeingegend schmerzte bei gebeugter Har

die Hand vermochte nicht fest zuzugreifen; Krepitation fand sich nur 2mal. Die Diagnose wird erst sicher durch die Röntgenaufnahme in zwei Ebenen. Die Behandlung besteht in Schienenverband zu beiden Seiten des Handgelenkes, wobei die Finger frei bleiben können; nach 3 Wochen werden die Schienen täglich vorübergehend abgenommen, um zu massieren, nach 4 Wochen bleiben sie ganz fort. Lassen sich die Bruchstücke nicht reponieren, und tritt keine Konsolidation ein, so muß eins oder beide Bruchstücke exstirpiert werden. Die sieben selbst beobachteten Fälle mit den dazu gehörigen Röntgenbildern werden geschildert.

Herhold (Brandenburg).

47) **A. Paoli.** Due casi di osteo-periostite tubercolare guariti coi raggi X.

(Clinica moderna XIII. 46. ser. chir. 1907.)

Ausführlichster Bericht über zwei Fälle hochgradigster Spina ventosa des Mittelfingers bzw. Daumens, die jahrelang ohne Erfolg mit der üblichen Therapie behandelt waren, und bei denen die Exartikulation in Frage kam. 10 bzw. 31 halbstündige Bestrahlungen der erkrankten Finger brachten im Verlaufe von 4 bzw. 13 Monaten völlige Heilung, die auch auf dem Röntgenbilde deutlich war, indem sich an Stelle der diffusen Bröckel des erkrankten Knochens ein derber Knochenschatten zeigte, der dem des gesunden Knochens glich. Zur Behandlung wurden möglichst starke Strahlen verwendet (7—8° des Radiochromometers Benoist's entsprechend). Der Abstand des bestrahlten Herdes von der Antikathode betrug 15—17 cm, die Umgebung war durch Aluminiumfolien nach Perthes abgedeckt.

Strauss (Nürnberg).

48) **O. Kukula** (Prag). Zur Pathologie der schnappenden Hüfte.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 11.)

Verf. hat drei Fälle beobachtet. Angesichts des ersten, traumatisch entstandenen Falles, der auch viel Beschwerden machte, glaubte Verf. eine habituelle Luxation oder Subluxation vor sich zu haben, bis die genaue Untersuchung zeigte, daß es sich lediglich um ein Übergleiten des vorderen Teiles des Musculus glutaeus maximus über den Trochanter major handle. Bei genauer Prüfung, auch des Röntgenbildes, ergab sich als Grundlage der Erscheinung eine erweiterte Exkursionsfähigkeit des Hüftgelenkes, beruhend auf atypischer anatomischer Ausbildung desselben, bei der eine hyperphysiologische Beckendrehung mit Gewalt die straff kontrahierte vordere Muskelpartie des Glutaeus maximus über den großen Rollhügel herüberführt. Das gleiche bestätigten die anderen Fälle.

Schmieden (Berlin).

49) **L. Freund.** Röntgenbehandlung der Ischias.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Verf. konnte in vier Fällen einen günstigen Einfluß der Bestrahlung konstatieren und fordert zu weiteren Versuchen auf. **Renner** (Breslau).

50) **Walker.** Observations on the treatment of fracture of the neck of the femur in 112 cases.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Unter 112 Fällen von Schenkelhalsbruch, die seit dem 1. Januar 1906 dem Bellevue-Hospital zu Neuyork zugegangen waren, fand W. 9 bei Individuen unter 30, 21 zwischen 30—50, 22 zwischen 50 und 60 Jahren. Er schließt daraus, daß der Schenkelhalsbruch keineswegs ausschließlich eine Erkrankung des hohen Alters ist. 51 Personen waren auf ebener Erde, 28 aus geringer, 18 aus großer Höhe gefallen. Verf. verwirft die Einteilung in intra- und extrakapsuläre Brüche und will unterscheiden zwischen Brüchen, welche durch den Hals und solchen, welche an der Basis des Halses hindurchgehen. Von den 112 Pat. starben 18, und nur 10 heilten so, daß sie ohne Stock und Krücken zu gehen vermochten. Verf. glaubt,

daß man diese ungünstigen Resultate verbessern könne, wenn man Becken und Bein, einschließlich Fuß, nach Reposition der Fragmente durch völlige Abduktion bei geradem Becken eingipst. Auch die Bardenheuer'sche Extensionsmethode mit Zug und Gegenzug läßt er gelten, doch gehört zu dieser nach seiner Meinung viel Erfahrung. Bei alten dekrepiden Leuten sieht er von einer speziellen Behandlung ganz ab. Auch eingekeilte Brüche will er nur bei jungen Leuten vorsichtig lösen und in passender Stellung eingipsen. **Herhold** (Brandenburg).

51) **J. D. Bryant.** Fracture of the surgical neck of the femur with inversion of the limb.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Ein Polizist glitt beim Aufspringen auf einen in Bewegung befindlichen Straßenbahnwagen aus und kam unter einen entgegengesetzt fahrenden, leicht beladenen Lastwagen zu liegen. In einem nahegelegenen Hospital, wohin Pat. gebracht worden war, wurde eine sofortige Untersuchung in Äthernarkose vorgenommen, deren Resultat die Diagnose Schenkelhalsbruch war. Bei der späteren Untersuchung fand nun B. ein ausgedehntes Hämatom im Bereiche der linken Hüfte und Weiche, das die Abtastung des Knochens unmöglich machte und ebenso wie die abnorme Stellung des Beines erst nach der Untersuchung in Äthernarkose aufgetreten sein soll. Das Bein stand nämlich in leichter Flexion und ausgesprochener Innenrotation, die sich durch passive Bewegung nur um einige Grade verändern ließ, und zeigte eine Verkürzung von $2^1/_2$ Zoll, die sich durch Extension etwas vermindern ließ. Entsprechend der von dem erstbehandelnden Chirurgen gestellten Diagnose nahm auch B. zunächst eine Fraktur des anatomischen Schenkelhalses mit Einwärtsdrehung des Beines an. Doch zeigte eine später vorgenommene Röntgenuntersuchung eine Verrenkung des Schenkelkopfes nach oben mit einem Bruch des Pfannenrandes und einem Schenkelhalsbruch. B. kommt zum Schluß, daß es sich primär um Verrenkung und Pfannenrandfraktur handelte, und daß erst die diagnostischen Manipulationen unter Narkose den Schenkelhalsbruch bedingten, so daß die Kombination von Schenkelhalsbruch und Innenrotation die einfachste Erklärung fand. Eine ausführliche Übersicht über 44 Fälle von Schenkelhalsfraktur mit Innenrotation des Beines aus der Gesamtliteratur ergänzt die beachtenswerte Kasuistik dieser seltenen Kombination von Verletzungen.

Strauss (Nürnberg).

52) **S. Kofmann.** Ein Fall von angeborener Kniegelenksluxation mit Fehlen der Patella. Operative Herstellung der Kniescheibe.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 1.)

Verf. behandelte ein 16 Monate altes Kind mit völligem Fehlen beider Kniescheiben vergesellschaftet mit angeborener Verrenkung der Tibia und Calcaneovalgusstellung. Die Kniescheibe wurde in der Weise hergestellt, daß von einem medialen Längsschnitt aus, vom unteren Drittel des Oberschenkels bis zur Grenze der Tuberositas tibiae reichend, der M. rectus femoris freigelegt wurde. Mit Hilfe eines starken Knochenmessers wurde von der ganzen Ausdehnung der Tuberositas tibiae eine Periostknochenscheibe abgeschnitten und nach Durchtrennung einiger straffen Fasern der Fascia lata der untere Rand dieser Periostknochenscheibe mittels zweier Nähte an das Periost des oberen Tibiarandes fixiert. Bei einer späteren Revision dieses Falles präsentierten sich beiderseits wohlgeformte Kniescheiben, die auf dem Röntgenbilde Schatten gaben. **Hartmann** (Kassel).

53) **Torrini.** Diastasi traumatica simplice dell' articolazione tibio-peroniera inferiore.

(Clinica moderna 1907. XIII, 44.)

Verf. schildert ausführlich den dritten bisher in der Literatur berichteten Fall von Diastase des distalen Tibio-Fibulargelenkes, die, wie in den beiden anderen Fällen, nicht durch irgendeine Fraktur oder Knochenabsprengung bedingt [illegible] Ein

44jähriger Arbeiter fiel aus einer Höhe von 4 m, wobei er auf die Füße zu stehen kam und sich vorzugsweise auf den rechten Fuß stützte. Pat. konnte sich nicht aufrecht halten, obwohl sonst kein lokalisierter Schmerz nachgewiesen werden konnte. Es wurde daher auch zunächst eine einfache Distorsion angenommen; nach $4^1/_2$ Monaten jedoch bestanden noch Schmerzen im Fußgelenk ohne irgendwelche Störungen der aktiven und passiven Bewegung. Die Untersuchung ergab lediglich eine Diastase des distalen Tibia- und Fibularendes, die auch auf dem Röntgenbilde deutlich war und durch eine Einkeilung des Talus gegen die erwähnten Knochenenden bedingt wurde. Für den Mechanismus der Verletzung nimmt Verf. Druck und Gegendruck des im Fallen leicht flektierten Fußes gegen die Unterschenkelknochen an, wobei der vordere breitere Teil des Taluskörpers als Keil wirkte. Literaturangaben. **Strauss** (Nürnberg).

54) **Jalland.** A case of double poplitaeal aneurysm.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 11.)

Bei einem 34jährigen Arbeiter entwickelte sich ohne ersichtliche Veranlassung — keine Lues, keine Trauma — in der rechten Kniekehle ein großes Aneurysma der Art. poplitea und $^1/_2$ Jahr später ein bedeutend kleineres in der linken Kniekehle. Der Versuch, das große Aneurysma des rechten Beines durck Unterbindung der Femoralis an der Spitze des Scarpa'schen Dreiecks zur Heilung zu bringen, mißlang; der Unterschenkel mußte wegen Gangrän dicht unter dem Knie abgenommen werden. Das Aneurysma kehrte nicht wieder. Das der linken Kniekehle hörte nach einigen Stunden andauernder Fingerkompression auf zu pulsieren und blieb für die nächsten Monate geheilt. Über den Dauererfolg ist nichts berichtet. Das Wesentliche des Falles liegt in der Doppelseitigkeit der Erkrankung.

Weber (Dresden).

55) **Edler.** Endo-aneurysmorraphy (Matas) in the treatment of traumatic aneurysma of the femoral artery.

(Annals of surgery 1908. Februar.)

Es handelt sich um ein falsches Aneurysma der Kniekehle. Nach Spaltung des aus Bindegewebe bestehenden Sackes und Ausräumen des Blutes wurde die Art. poplitea und in ihr ein Loch sichtbar. Dieses wurde mit feinem Silk vernäht und der Sack austamponiert. Die Operation war unter Esmarch'scher Blutleere ausgeführt. Völlige Heilung ohne Zirkulationsstörungen.

Herhold (Brandenburg).

56) **Dujardin-Beaumetz.** Sur la rétraction haute des parties molles dans les amputations de la cuisse ou de la jambe, et sur les moyens de l'obtenir.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 180.)

Der alte Retrakteur von Percy ist vom Verf. modernisiert und verbessert und soll bei eiligen Amputationen mit wenig oder ungeschulter Assistenz, also besonders im Kriegsfalle, die Operation verblüffend vereinfachen und beschleunigen, wie Lejars an 9 Fällen beobachten konnte. Lucas-Championnière warnt dagegen vor unnützer Vermehrung des Instrumentars.

Kaehler (Duisburg-M.).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 22. Sonnabend, den 30. Mai 1908.

Inhalt.

Erklärung:

Das Zentralblatt für Chirurgie verfolgt den Zweck, durch sachliche Referate die zahlreichen chirurgisch-wissenschaftlich und künstlerisch mitteilungswerten Erscheinungen in- und ausländischer Literatur möglichst bald den Chirurgen zugänglich zu machen, da es längst unmöglich geworden, denselben im Original zu folgen.

Nur ausnahmsweise soll es seine Spalten Originalartikeln öffnen. Für die Herausgeber ist in betreff der Aufnahme solcher maßgebend:

1) Daß dieselben in kurzer Fassung (2—3 Druckseiten) Neues von Bedeutung bringen.

2) Daß sie in Form einer »vorläufigen Mitteilung« sofort die wichtigsten Tatsachen aus einer an anderem Ort erscheinenden größeren fertiggestellten Arbeit bringen, ohne speziellere Literaturnachweise.

Die Herausgeber müssen sich Angesichts der Tatsache, daß die Originalartikel nur ausnahmsweise in den Spalten des Blattes Aufnahme finden können, eine Beurteilung derselben, welche über ihre Aufnahme entscheidet, in dem oben angedeuteten Sinne vorbehalten.

Garrè, König, Richter.

Aus der chirurgischen Abteilung des Neuen Krankenhauses
zu Kalk-Köln.

Welchen Einfluß hat das Überdecken der Maske mit einem Handtuche auf den Verlauf der Chloroformnarkose?

Von
Dr. C. Hofmann,
Chefarzt der Abteilung.

Man könnte zunächst der Ansicht sein, daß von einer scheinbar so nebensächlichen Maßnahme wie dem Überdecken der Maske mit einem Handtuche kein wesentlich günstiger Einfluß auf die Narkose ausgeübt werde. Eher sei dadurch eine Behinderung der freien Atmung möglich. Dem ist aber keineswegs so. Das Bedecken der Maske hindert die freie Atmung nicht und hat seinerseits einen absolut bestimmenden Einfluß auf die Narkose. Dieser Einfluß, auf dessen Zustandekommen ich hier nicht eingehen kann, ist so groß, daß durchschnittlich in 2—3 Minuten — nur ausnahmsweise sind 4, höchstens 5 Minuten nötig — eine volle Narkose erzielt wird, gewöhnlich ohne jede Exzitation, ohne Erbrechen und ähnliche Störungen. Die Verlängerung der Narkose ist genau so einfach wie die Einleitung derselben. Man braucht nur von Zeit zu Zeit einige Tropfen auf die Maske zu geben und dieselbe wieder zu überdecken. Selbst das Aufwachen während der Operation ist wenig störend, da sich fast momentan die Toleranz wieder herstellen läßt. Dabei ist der Verbrauch an Chloroform äußerst gering. Wir berechneten aus etwa 100 Narkosen — darunter viele Laparotomien — als Durchschnittsquantum $^1/_3$ g (5—7 Tropfen) auf die Minute. Nur kürzere Narkosen erfordern bis 10 Tropfen auf die Minute. Nach unseren Erfahrungen entkleidet die Methode die Chloroformnarkose ihrer bisherigen Gefahren. Eine Überdosierung halte ich bei den geringen Quantitäten von Chloroform, welche für die Betäubung nötig sind, für nicht gut möglich. Dazu kommt noch die außerordentlich einfache Art der Ausführung.

Bei dem Leiter unserer gynäkologischen Abteilung, Herrn Dr. Frankenstein, sah ich gelegentlich zur Verlängerung des Ätherrausches die Überdeckung der Maske mit einem Handtuch in Anwendung gebracht. Mir fiel damals der günstige Einfluß auf die Betäubung sehr auf. Wirklich eklatant wurde die Wirkung aber erst, als ich zum Chloroform überging. Auch Frankenstein hat sich daraufhin des Chloroforms bedient und wird an anderer Stelle über seine Erfahrungen Mitteilung machen.

Die Durchsicht der Literatur hat mich dann belehrt, daß Péraire auf dem französ. Chirurgenkongreß 1901 über günstige Erfahrungen berichtete, die er durch das Bedecken der Maske mit der hohlen Hand

bzw. einem Tuche erzielte. Péraire ging freilich von der falschen Anschauung aus, durch die Überdeckung einen möglichsten Luftabschluß herbeiführen zu wollen. Sein Grundsatz lautete, möglichst wenig Chloroform und möglichst wenig Luft. Die letztere Absicht, welche glücklicherweise durch die Überdeckung nicht erreicht wird, scheint die damaligen Teilnehmer des Kongresses trotz der günstigen Mitteilungen Péraire's von einer Nachprüfung leider abgehalten zu haben.

Die praktische Ausführung der Methode, deren Nachprüfung wir schon wegen der großen Einfachheit und Leichtigkeit, mit der sie zu machen ist, jedem sehr empfehlen, gestaltet sich folgendermaßen: eine mit 8facher Gazelage überzogene Maske von Schimmelbusch, ein gewöhnliches Tropffläschchen, wie es jede Apotheke liefert, und ein doppelt zusammengelegtes Handtuch sind die notwendigen Utensilien. Der Pat. liegt horizontal und wird aufgefordert, langsam von 200 abwärts zu zählen. Die Maske wird aufgelegt. Ist die Atmung unter dem Einfluß des Zählens regelmäßig und tief, dann tropft man ganz langsam 5—25 Tropfen über die Maske, je nachdem es sich um Kinder, Frauen oder kräftige Männer handelt. Alsdann tropft man in schneller Aufeinanderfolge weitere 3—20 Tropfen (wiederum dem Individuum angepaßt, bei Kindern unter 1 Jahr nur 1—3 Tropfen!) auf die Maske und überdeckt dieselbe nun rasch mit dem doppelt gefalteten Handtuche so, daß die Maske völlig bedeckt ist und der Rand des Handtuches das Gesicht berührt, in der Mitte aber ein gewisser Luftraum zwischen Maske und Handtuch entsteht. Das Überdecken wird von dem Gehilfen besorgt, der den Kopf des Pat. hält. Es gehört nur geringe Übung dazu, das Tuch richtig zu handhaben und es nach etwa 1/4 Minute auf der einen Seite aufzuheben, damit der Narkotiseur wieder rasch 3—20 Tropfen (individualisieren!) auf die Maske geben kann. Die Maske wird wieder rasch bedeckt. Wenn man diese Manipulation mehrmals wiederholt hat, ist gewöhnlich in 2—3 Minuten bei völliger Muskelerschlaffung eine gute Toleranz erzielt. Die Unterhaltung der Narkose geschieht in gleicher Weise mit derselben Leichtigkeit; die notwendige Tropfenzahl wird in geeigneten Zwischenräumen (1/4—2 Minuten) verabreicht und die Maske dann überdeckt gehalten. Tritt ausnahmsweise Exzitation ein — sie ist m. E. immer eine Folge von Überdosierung —, so fährt man ruhig im Narkotisieren fort, genau wie bisher.

Bei dem raschen Eintritt der Narkose, an den man sich erst gewöhnen muß, ist es zweckmäßig, daß der Operateur bei Beginn der Narkose zum Operieren bereit ist. Man verliert sonst unnötig Zeit.

Warnen möchte ich zum Schluß nur davor, die angegebene Tropfenzahl wesentlich zu übersteigen, sondern immer zu suchen, mit möglichst wenig auszukommen. Die Betäubung erfolgt auch so schon überraschend schnell. — Ausführliche Mitteilung erfolgt an anderer Stelle.

---

1) **P. Bockenheimer.** Atlas chirurgischer Krankheitsbilder in ihrer Verwertung für Diagnose und Therapie.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1908.

B. hat in vorliegendem elegant ausgestatteten Werk eine Reihe typischer chirurgischer Krankheitsbilder dargestellt. Es ist keine Frage, daß die in Vierfarbendruck ausgeführten Bilder höchst gelungen sind und zum Teil in geradezu idealer Weise die natürlichen Verhältnisse wiedergeben. Sicherlich ist das Buch geeignet, dem Studenten und praktischen Arzt klinische Beobachtungen getreu ins Gedächtnis zurückzuführen und ihnen für die eigene Tätigkeit eine gute diagnostische Stütze zu geben. Der Text ist allenthalben klar verständlich, präzis abgefaßt und reich an praktischen Hinweisen für die Therapie. Ich führe als Beispiel nur die lehrreichen Abschnitte über das Panaritium an. Zu den Vorzügen des Werkes zählt es auch, daß Krankheiten, die der einzelne Arzt seltener sieht, wie Anthrax, malignes Ödem, in guten Abbildungen neben den alltäglichen Krankheitsbildern dargestellt sind. Daß stets ein streng wissenschaftlicher Standpunkt gewahrt, therapeutisch nur wirklich bewährte Methoden empfohlen sind, sei nur nebenbei erwähnt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

2) **Schüller** (Wien). Über Röntgenuntersuchungen bei Krankheiten des Schädels und Gehirns.

(Wiener med. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

S. ist mit Vornahme der Schädeluntersuchungen im Röntgeninstitute des Wiener allgemeinen Krankenhauses betraut und verfügt zurzeit über ein Material von mehr als 1200 Aufnahmen.

Relativ leicht zu diagnostizieren sind die Fremdkörperverletzungen des Schädels, besonders die durch Geschosse, sowie die Kontinuitätstrennungen der Schädelkapsel, die Fissuren, Impressionen und Lochbrüche. Bei Lues findet sich oft Osteoporose des Schädeldaches, umschriebene oder diffuse Verdickung und Verdichtung der Schädelkapsel, periostale Knochenauflagerung der Tabula externa. Während knöcherne Geschwülste auf dem Röntgenbilde direkt sichtbar sind, lassen sich Weichteilgeschwülste oft nur aus einer Destruktion des Schädelskeletts erschließen, wenn sie nicht in größerer Ausdehnung verkalkt sind oder in einen lufthaltigen Hohlraum hineinragen.

Ein besonderes Interesse beanspruchen die Destruktionen der Sella turcica, die sich in folgendem Schema unterbringen lassen: Bei primärer Erkrankung des Keilbeinkörpers (Geschwülste, Caries usw.) finden sich unregelmäßige Destruktionen der Sattelgrube, während der übrige Schädel normal erscheint. Intrasellare Hypophysengeschwülste, die in der Ätiologie der Akromegalie eine Rolle spielen, erzeugen Vertiefung der Sella turcica, während der übrige Schädel meist Verdickungen zeigt. Es handelt sich meist um Adenome der Hypophyse. Die Hypophysenganggeschwülste erweitern die Sella am Eingang; der übrige Schädel erscheint normal. »Anderweitig lokali-

sierte intrakranielle Geschwülste und überhaupt alle hindrucksteigernden Prozesse erzeugen Zuschärfung der vorspringenden Teile am Eingang der Sella, späterhin Destruktion dieser Teile und Verdünnung der Wand des ganzen Schädels.«

Sehr charakteristische Bilder geben endlich die sog. basalen Impressionen. Der Rahmen des Hinterhauptloches wir durch den auf ihm lastenden Druck des Kopfes gegen das Cavum cranii vorgetrieben, meist kombiniert mit Destruktionen der Pars basilaris des Hinterhauptbeines und der beiden obersten Halswirbel.

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

---

3) **P. Bockenheimer.** Über die diffusen Hyperostosen der Schädel- und Gesichtsknochen, s. Ostitis deformans fibrosa. (Virchow's Leontiasis ossea.)

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt aus der v. Bergmann'schen Klinik fünf Fälle von diffusen Hyperostosen der Schädel- und Gesichtsknochen, einer bisher noch nicht in ihrer Ätiologie geklärten und darum um so interessanteren Erkrankung. In einem Falle trat hinsichtlich der Erkrankung im Gesichtsteil ein Stillstand ein, während an der Schädelbasis anscheinend ein langsames Fortschreiten der Knochenverdickungen bestand. In einem anderen Falle konnte B. den diffus hyperostotisch veränderten Oberkiefer resezieren und durch mikroskopische Untersuchung eine Ostitis deformans fibrosa feststellen. Im ganzen ließen sich aus der Literatur 25 Fälle zusammenstellen. An der Hand dieses Materials gibt Verf. eine Schilderung des Krankheitsbildes. Am Anfange glaubt man oft umschriebene Knochenverdickungen vor sich zu haben, während im fortgeschrittenen Stadium der diffuse Charakter deutlich hervortritt. Kiefer-, Stirn- und Schädelhöhle können durch den Prozeß eine starke Raumbeengung erfahren. Anfänglich ist die Krankheit meist einseitig. Die Knochenverdickungen sind hart, schmerzlos und frei von Entzündungserscheinungen. Es gibt leichte, nur langsam wachsende Formen der Krankheit und solche von progredientem Charakter. Je nach dem Sitz der Hyperostosen können auch die Gehirnnerven betroffen werden und Geruchs-, Geschmacks-, Gehörsstörungen auftreten. Im Endstadium können mancherlei beschwerliche Störungen auftreten, Kopfschmerzen, Delirien, Tobsucht u. a. m. Für die Diagnose ist der Röntgenaufnahme eine besondere Bedeutung zuzumessen, da sie oft frühzeitig eine beginnende Verengerung der Stirn- und Oberkieferhöhle nachweisen läßt. Wahrscheinlich ist, daß diese diffusen Hyperostosen nichts anderes sind als eine Ostitis deformans fibrosa. Innere Mittel nützen bei dem Leiden nichts. In einzelnen Fällen kommt ein operativer Eingriff in Betracht. Manchmal wurde allerdings danach ein schnelleres Wachstum beobachtet. Ätiologisch beruht die Krankheit wahrscheinlich auf einer angeborenen Anomalie, auf einer fehlerhaften Anlage oder einer primären Miß-

bildung. Eine Verwandtschaft mit anderen diffusen Hyperostosen der Knochen, mit Gigantismus und Akromegalie ist nicht von der Hand zu weisen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

4) **H. Cushing.** Technical methods of performing certani cranial operations.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

C. betont die großen Fortschritte auf dem Gebiete der Hirnchirurgie. Doch muß das Spezialgebiet zurzeit noch als Neuland betrachtet werden, auf dem vieles erst sicherzustellen, zu erforschen und zu versuchen ist, so daß es zunächst besonders neurologisch geschulter und geübter Chirurgen bedarf, um Mißerfolge auf diesem Gebiete nach Möglichkeit zu vermeiden. Eine Reihe von Eingriffen müssen jedoch heute bereits von allen Chirurgen ausgeführt und geübt werden, die C. so schildert, wie er sie an Halsted's Klinik ausführt.

Leider lassen sich die sehr ausführlichen Angaben des Verf.s über die Einzelheiten der Vorbereitung und der Technik im Rahmen eines Referates nicht wiedergeben. Ich begnüge mich daher mit dem Hinweis, daß C. die osteoplastischen Schädeloperationen zur Entfernung von Geschwülsten, Cysten und Blutergüssen, die subtemporalen Eingriffe mit dauernder Wegnahme des Knochens zur Resektion des Ganglion Gasseri, zur Druckentlastung bei gesteigertem Hirndruck, zur diagnostischen Untersuchung traumatischer Fälle und endlich die subokzipitalen Operationen zur Behandlung von Kleinhirntumoren eingehend schildert.

31 Abbildungen ergänzen die lesenswerten Darstellungen.

Strauss (Nürnberg).

---

5) **W. K. Wyssokowicz.** Pharyngitis keratosa punctata.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIX. p. 275.)

Die bisher wenig beachtete Krankheit besteht in dem Auftreten von perlmutterweißen glatten, zuweilen spitzen, meistens aber abgeflachten Erhabenheiten, etwa von der Größe eines Hirsekorns, auf der Schleimhaut des Rachens hinab bis zu den falschen Stimmbändern. Klinisch ist die Affektion charakterisiert durch den schleichenden Beginn und fieberlosen, chronischen Verlauf. Deutlich ausgesprochene entzündliche Erscheinungen fehlen; dagegen stellt sich meist eine gewisse Behinderung des Schluckens ein.

Mikroskopisch wurde in den mittels scharfen Löffels entfernten Knötchen eine lokale Hyperproduktion von Epithel mit keratösen Degenerationen konstatiert. Zwischen den Lagen der gewucherten Epidermis fanden sich fast in Reinkultur eine große Anzahl von eigenartigen charakteristischen Stäbchen. Die Bazillen erinnerten etwas an Diphtherieerreger, waren aber dünner als sie. Nach Gram waren sie positiv färbbar, meist gerade, ab und zu etwas gebogen, körnig und stellenweise kolbig verdickt. Für Tiere waren sie nicht pathogen.

Verf. schlägt für diesen, seiner Ansicht nach bisher nicht beschriebenen Krankheitserreger, der sich ausschließlich auf der Oberfläche der Schleimhaut aufhält, aber niemals in sie eindringt, sondern nur eine sich durch Verhornung auszeichnende Wucherung des Epithels bedingt, die Bezeichnung Bacillus keratosus vor. Im ganzen konnte er fünf einschlägige Fälle beobachten.

Doering (Göttingen).

---

6) **M. Nurok.** Exstirpation nasopharyngealer Geschwülste mittels Gaumenresektion.

(Russ. Archiv für Chir. [Russisch.])

Der Verf. beschreibt ein aus den Methoden von Mikulicz und Gussenbauer abgeleitetes Verfahren, das von W. M. Müntz geübt wird: Müntz hat nach diesem Plan an 10 Pat. 12mal operirt. Schnitt in der Mitte des harten Gaumens. Abhebelung von Schleimhaut und Periost nach der kranken Seite. Spaltung des weichen Gaumens seitlich von der Uvula. Die Muskulatur des weichen Gaumens wird vom harten Gaumen abgelöst, ohne daß der weiche Gaumen ganz durchtrennt wird. Der aus weichem Gaumen und Weichteilbedeckung des harten Gaumens bestehende Lappen wird zurückgeklappt. Resektion der Pars horizontalis ossis palatini. Die Geschwulst ist dann gut sichtbar. Zum Schluß wird der Gaumen genäht.

V. E. Mertens (Kiel).

---

7) **E. Martini.** Über Mischtumoren endothelialen Ursprungs der Speicheldrüsen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIX. p. 337.)

Die sehr umfangreiche Arbeit beginnt mit einer zusammenfassenden Besprechung der Streitfrage, ob die Mischgeschwülste der Speicheldrüsen endo- oder epithelialer Natur seien. Im Gegensatz zu Ehrich, der in jüngster Zeit für die epitheliale Abstammung dieser Geschwülste eintrat, ist M. ein Anhänger der endothelialen Natur dieser Neubildungen. Es folgt dann die sehr ausführliche makroskopische und histologische Beschreibung sechs derartiger Mischgeschwülste. Die Einzelheiten darüber sind im Original nachzulesen.

Den Schluß der Arbeit bildet eine Besprechung der Entwicklung und der Symptome derartiger Geschwülste, ihrer klinischen Diagnose, Prognose und Therapie, sowie eine epikritische Zusammenfassung ihrer histologischen Beschaffenheit. Umfangreiches Literaturverzeichnis.

Doering (Göttingen).

---

8) **Thomas.** Ludwig's Angina.

(Annals of surgery 1908. Februar u. März.)

Eine ausführliche Studie über die obengenannte Krankheit, die Verf. für ein selbständiges Leiden hält, wenn sie auch nicht durch ein bestimmtes Bakterium bedingt ist. Vielmehr werden in dem Eiter, der sich bei der Ludwig'schen Angina bildet, gewöhnlich Strepto-

kokken gemischt mit Staphylokokken, Pneumokokken, Bakterium coli usw. angetroffen. Verf. definiert die Krankheit als eine sich schnell ausbreitende Zellgewebsentzündung, die gewöhnlich in der Regio submaxillaris beginnt als Entzündung um die Unterkieferspeicheldrüse und sich von hier auf den Mund, Rachen und event. Kehlkopf fortsetzt. Der primäre Herd liegt im Munde (kariöse Zähne, Mandelentzündung, Mundschleimhautgeschwür). Nicht jede Schwellung in der Regio submaxillaris ist als Angina Ludowici zu bezeichnen; sie wird zu dieser Krankheit erst durch das Fortschreiten auf Mundhöhle und Rachen. — An anatomischen Bildern veranschaulicht Verf., daß sich zwischen dem hinteren Rande des Musc. mylohyoideus und Constrictor pharyngeus medius ein Spalt befindet, durch welchen der M. stylohyoideus, die A. und V. lingualis und der N. hypoglossus tritt. Der größte Teil dieses Spaltes wird aber durch die Glandula submaxillaris ausgefüllt, und auf diese Weise kann sich die Entzündung aus der Regio submaxillaris auf den Mund und Schlund fortpflanzen. Der Tod erfolgt bei dem Leiden weniger durch die Bösartigkeit der Infektion als vielmehr durch das Fortschreiten des Prozesses auf den Kehlkopf und in seltenen Fällen auf die Lungen. Aber auch durch mechanischen Druck auf Kehldeckel und Kehlkopf kann — wenn auch seltener — der Tod eintreten. Besonders gefährlich sind jene Fälle, in denen der Prozeß im Rachen oder Kehlkopf beginnt. Verf. schöpft seine Erfahrungen aus 104 aus der Literatur gesammelten Fällen; in diesen begann das Leiden 92mal in der Fossa submaxillaris; als primärer Herd waren 36mal schlechte Zähne, 11mal Angina, in den übrigen Fällen keine Ursache angegeben.

Die Behandlung besteht in frühzeitiger Inzision des Mundbodens oder der äußeren teigigen Schwellung. Die Mundinzisionen haben oft keinen Erfolg, die äußere Inzision wird am besten in der Regio submaxillaris parallel dem Unterkieferrande ausgeführt. Trifft man nicht auf Eiter, so soll man durch den M. stylohyoideus hindurchgehen und das sublinguale Zellgewebe freilegen.

Herhold (Brandenburg).

---

9) **Grünwald.** Über suboccipitale Entzündungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51 u. 52.)

Die Ergebnisse der Erfahrungen sind:

1) Das »Mal sousoccipital« beruht nicht immer auf Tuberkulose der basalen und Wirbelknochen, sondern kann auch durch andere spezifische und rein entzündliche Prozesse an denselben entstehen. Als solche kommen Erkrankungen des Ohres, ferner der Schädelbasis (auf traumatischem Wege) und vor allem der Nasennebenhöhlen, mitunter auch der Zähne, endlich Syphilis in Betracht.

2) Die Eiterung ruft zwar eine Reihe verschiedenartiger Symptome, je nach dem Wege, welchen sie einschlägt, und den Organen, welche sie ergreift, unter allen Umständen jedoch einige typische Symptome hervor.

3) Als empfehlendste oder wenigstens wichtigste dieser gemeinsamen Erscheinungen sind die mehr oder weniger weitgehende Kopfsperre, sowie der frühzeitige Beginn der Schmerzen zu bezeichnen, deren Lokalisation im Trigeminus- bzw. Occipitalgebiete besonders charakteristisch erscheint. Es empfiehlt sich daher, unter Verzicht auf zu weitgehende Spezialisierung in der Namengebung, alle diese Prozesse unter der Rubrik suboccipitaler Entzündungen zusammenzufassen und nur Ursprung und Verlauf jeweils näher zu bezeichnen.

4) Im Spätstadium weist in erster Linie das Infiltrat im Nacken auf den Sitz der Entzündung hin. Durchbruch in den Retropharyngealraum ist weniger kennzeichnend.

5) Der ursprüngliche Herd kann oft nur aus der zeitlichen und örtlichen Reihenfolge der Symptome erkannt werden, da ein und dieselbe Lokalisation (Ohr usw.) ebensowohl primäre, als sekundäre Bedeutung besitzen kann. Der Herd pflegt längere Zeit latent zu bleiben.

6) Größte Aufmerksamkeit ist den Durchbruchserscheinungen (plötzlicher Nachlaß der Schmerzen, des Fiebers und der Bewegungsstörungen) zu schenken, da diese der Verbreitung des bis dahin noch enger beschränkten Prozesses auf weitere Gegenden entsprechen und somit gegebenenfalls den letzten Zeitpunkt verraten, an dem noch durch sofortigen Eingriff unberechenbaren, ja tödlichen Folgen zuvorgekommen werden kann.

7) Ein sorgfältiges Temperaturstudium ist besonders geeignet, sowohl den Verlauf zu kontrollieren, als diesen kritischen Moment, in dem die Weiterverbreitung beginnt, erkennen zu lassen.

8) Vor der Entwicklung ausgesprochener Eiterung ist der Versuch, durch absolute Ruhigstellung des Kopfes (eventuell mit Zugentlastung) eine Rückbildung des Prozesses anzustreben, gerechtfertigt

Langemak (Erfurt).

---

10) **M. Ricard.** Über den Wert der chirurgischen Behandlung des angeborenen Torticollis nach dem Vorgange von Mikulicz.

Inaug.-Diss., Montpellier, 1907.

Verf. hat in der Literatur über die Resultate der Mikuliczschen Exstirpation des verkürzten Kopfnickers Untersuchungen angestellt und ist zum Schluß gelangt, daß das Verfahren es verdient, in allen Fällen von angeborenem Torticollis mit Vorzug angewendet zu werden. Es verhindert die Rezidive, ist nicht schwieriger als ein anderer diesbezüglicher Eingriff, weniger gefährlich als die subkutane Tenotomie und, obwohl auch nach ihm eine orthopädische Behandlung nützlich ist, so ist sie doch nicht absolut notwendig, wie nach anderen Operationsmethoden. R. teilt einen einschlägigen Fall aus der Klinik von Forgue mit, bei dem die Operation, nachdem Rezidiv eines mittels offener Tenotomie behandelten Schiefhalses aufgetreten war, ausgeführt worden und ein sehr gutes funktionelles und ästhetisches Resultat ergeben hat. Doch wurde der Einschnitt nicht klein, wie ihn Mikulicz

empfiehlt, sondern längs des ganzen hinteren Muskelrandes ausgeführt und der Kopfnicker genau herauspräpariert. Er empfiehlt das für alle einschlägigen Fälle, da eine Verletzung wichtiger Teile auf diese Weise ausgeschlossen ist. **E. Toff** (Braila).

---

11) **P. Haglund.** Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt.

(Allm. Sv. Lakarlidningen 1907. p. 273, 337 u. 343.)

Da die Skoliosefrage, durch die mehr wohlgemeinten als erfolgreichen Vorschläge Klapp's u. a., einen Teil der Skoliosetherapie auf das Gebiet des Hausarztes zu übertragen, neuerdings die allgemeinere Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat, gibt Verf. eine kurzgefaßte Darstellung seiner Auffassung von der gegenwärtigen Lage der Skoliosefrage.

Verf. ist der Ansicht, daß die weitläufigen anatomischen und mechanischen Auseinandersetzungen über die Natur der Skoliose, die seit langer Zeit den größten Teil der großen Skolioseliteratur in Anspruch genommen, ein nur geringes praktisches Resultat ergeben haben. In Übereinstimmung mit Schanz und im Anschluß an dessen bekanntes Skolioseschema versucht er daher die Skoliosefrage von der Anatomie und Mechanik zur praktischen Therapie zurückzuführen. Wie Schanz unter dem Begriff Insufficientia pedis die Belastungskrankheit des Fußes einrangieren will, bringt Verf. die Bezeichnung Insufficientia columnae vertebralis für die mannigfachen Rückgratverkrümmungen in Vorschlag. — Klapp's Methode könne möglicherweise eine geringe Vermehrung unseres Vorrates an gymnastischen Hilfsmitteln bei der Skoliosebehandlung gewähren, werde aber nicht halten, was Klapp u. a. an Heilvermögen in Aussicht stellen. Auch weist Verf. Unrichtigkeiten in Klapp's Darstellung nach. — Andererseits glaubt Verf. nicht, daß die energischen Gipsmethoden Wullstein's u. a. für schwere Skoliosen jemals eine nennenswerte Rolle in der Skoliosetherapie spielen werden. Er selber wendet diese Gipstherapie nur sehr ausnahmsweise bei rachitischen, weichen Skoliosen in frühem Alter an, wo Gipsbett und Gipskorsett bisweilen sehr gute Resultate geben.

Die souveräne Methode ist und bleibt die gymnastische Behandlung, neben der Korsettherapie mit Gips oder orthopädischen Bandagen nur unterstützend wirkt. Hauptsache ist, die Skoliosegymnastik in rationellen und mehr und mehr energischen Bahnen zu entwickeln. Verf. bedauert die besonders in Schweden herrschende Trennung zwischen manueller und maschineller Gymnastik. Beide Methoden mögen Hand in Hand arbeiten und alle mechanischen Hilfsmittel gleichzeitig und abwechselnd angewendet werden. Unter der Voraussetzung, daß eine frühe Diagnose eine wirklich frühzeitige Behandlung ermöglicht, kann die Skoliosetherapie wirklich recht viel ausrichten. Um seinesteils dazu beizutragen, den Ärzten und durch sie dem Publi-

kum eine richtige Vorstellung von der Natur der Skoliose und dem Werte der Skoliosebehandlung zu geben, widmet Verf. einen großen Teil der Arbeit der genauen Untersuchung der Skoliose.

(Selbstbericht.)

---

12) **A. Reich.** Die Verletzungen des Nervus vagus und ihre Folgen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 684.)

Die Folgen der verschiedenen Arten von Verletzungen des N. vagus sind bisher nur sehr mangelhaft.

Unter Mitteilung von fünf eigenen Fällen aus der v. Bruns-schen Klinik gibt die Arbeit eine Übersicht über die gesamte einschlägige Kasuistik, die bisher elf akzidentelle Vagusverletzungen, 44 operative Vagotomien und 28 mechanische Vagusreizungen umfaßt.

Eine kritische Sichtung des klinischen Materials und eine Reihe eigener Experimente führten zu folgenden Hauptergebnissen:

Es ist streng zu unterscheiden zwischen Durchschneidungen des Vagus, welche nur Lähmungssymptome verursachen, und anderen Verletzungen verschiedener Art, die Vagusreizerscheinungen hervorrufen.

Die reizlose Vagotomie an sich ist ein ungefährliches Ereignis, das weder momentan noch durch Beeinflussung des postoperativen Verlaufs schwere Erscheinungen von seiten des Herzens, der Atmungsorgane oder des Verdauungskanals erzeugt, ausgenommen die bleibende Stimmbandlähmung.

Es können aber, und zwar ausschließlich bei Untersuchung eines gesunden Vagusstammes, akute Ausfallssymptome auftreten, die jedoch durchweg leichter Art und ungefährlich sowie ungleichwertig sind. Zu diesen gehört von seiten des Herzens eine sonst in nichts begründbare Tachykardie, die Stunden bis Wochen dauert, von seiten der Atmung möglicherweise eine Verlangsamung und Vertiefung der Atemzüge, für welch' letztere sich aber klinische Beweise nur schwer erbringen lassen.

Komplikationen des postoperativen Verlaufes, insbesondere Dysphagie, Bronchitis und Pneumonien, stehen nicht in nachweisbarem ursächlichen Zusammenhang mit der Vagotomie, sind vielmehr in allgemeinen und lokalen Verhältnissen sowie der Art und Schwere der Mitverletzungen genügend erklärt. Der Vagotomie als solcher kommt demnach keine Mortalität zu. Nach Vagusdurchschneidung ist es zulässig und empfehlenswert, die Nervennaht zu versuchen.

Im Gegensatz zur Vagotomie folgen auf traumatische Vagusreizungen verschiedenster Art sehr schwere Symptome, die sich in einer momentanen Hemmung der Herz- und Atmungstätigkeit äußern. Die Veränderungen der Herztätigkeit schwanken zwischen einer leichten Blutdrucksenkung und Verlangsamung des Rhythmus einerseits, einem plötzlichen Herzstillstand andererseits. Von seiten der Atmung kommt es zu krampfhaften Hustenanfällen mit Dyspnoe, zu einer beträcht-

lichen Abnahme der Frequenz und Größe der Atmung und schließlich gleichfalls zu totalem Atmungsstillstand.

Der Beweis für den ursächlichen Zusammenhang dieser Störungen mit Vagusmißhandlungen ist gegeben in der absoluten zeitlichen Koinzidenz, in der Abhängigkeit der Symptome von der Beseitigung und Wiederholung der Reizeinwirkung, und in der Gleichartigkeit und Qualität der Symptome, die in den Bereich der Vagusfunktion fallen.

Für die Unterschiede in der Wirkungsintensität kommen die Schwere der Reize, die Dauer von deren Wirksamkeit, sowie gewisse allgemeine und lokale Dispositionen in Betracht, doch so, daß letztere nur eine sekundäre Bedeutung besitzen. Für alle schwereren, als Reiz geeigneten Insulte der Nerven ist das Auftreten von Reizsymptomen konstant.

Die akute Reizwirkung kann sich bis zum blitzartigen Tod durch Hemmung der Herz- und Atmungstätigkeit steigern, wie fünf Beobachtungen, darunter eine eigene, beweisen.

Diese Symptome kommen zustande durch reflektorische Erregung der Hemmungszentren für Herz und Atmung in der Medulla oblongata, zum geringeren Teil der zentrifugalen Herzfasern, nicht aber durch reflektorischen Glottiskrampf.

Zur Prophylaxis übler Zufälle bei Halsoperationen empfiehlt sich außer größter Vorsicht die Methode der temporären reizlosen Vagusausschaltung durch lokale Kokainisierung oberhalb und unterhalb des gefährdeten Abschnittes.

Sind Reizsymptome eingetreten, so muß in erster Linie die Ursache beseitigt werden; ist dies nicht möglich oder nicht von einer prompten Besserung der Symptome gefolgt, so soll man aus vitaler Indikation die Vagotomie vornehmen.

Die Experimente an Kaninchen und Katzen ergaben eine völlige qualitative Übereinstimmung der durch Vagotomie und Vagusreizung bei Mensch und Tier hervorgebrachten Symptome. Dagegen gelang es nicht, durch analoge mechanische Reize, welche beim Tier unwirksamer sind als elektrische, auch nur annähernd so schwere Symptome zu erzeugen, wie sie beim Menschen beobachtet sind; durch seine Variation der Versuchsanordnung und der Reizart war es möglich, mit einiger Sicherheit einen tödlichen Ausgang herbeizuführen. Die Tierversuche bestätigten die Wirksamkeit der empfohlenen reizlosen lokalen Vagusausschaltung mittels Kokain. **Reich** (Tübingen).

---

13) **J. L. Reverdin.** Some remarks on the intraglandular enucleation of goitre.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Nach einer ausführlichen Schilderung der operativen Technik legt R. eingehend die Vorteile der Enukleation der Schilddrüsenknoten dar, die er trotz der gegenteiligen Ansichten Kocher's als die beste Methode betrachtet, wenn es sich um Kröpfe mit deutlicher Kapsel

handelt. Im besonderen werden die Schonung des Nachbargewebes, die Erhaltung der gesunden Schilddrüsenteile und der Epithelkörperchen und die guten kosmetischen Resultate hervorgehoben. Die Gefahr der Blutung sei nicht allzu groß, und die nach Enukleation häufiger beobachteten Rezidive seien von geringerer Bedeutung, weil die rezidivierenden Knoten ohne Gefahr bezüglich des Myxödems entfernt werden können. R. betont jedoch, daß sich die Enukleation nur für gutartige kapselumgebene Geschwülste eigne, während alle gefäßreichen, chronisch entzündlichen und bösartigen Kröpfe für die partielle Strumektomie nach Kocher in Betracht kommen.

Strauss (Nürnberg).

---

14) **Th. Langhans.** Über die epithelialen Formen der malignen Struma.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIX. p. 69.)

Die sehr umfangreiche Arbeit geht weit über den Rahmen eines kurzen Referates hinaus. Es kann hier deshalb nur kurz darauf hingewiesen werden, daß L. auf Grund seiner ausgedehnten Untersuchungen folgende Formen unter den bösartigen epithelialen Kröpfen unterscheidet:

1) Die wuchernde Struma (das Adenokarzinom von v. Eiselsberg u. a.).

2) Die karzinomatöse Struma mit dem gewöhnlichen unregelmäßigen Bau der Krebse.

3) Die metastasierende Kolloidstruma.

4) Die Parastruma, Geschwulst der Epithelkörper oder glykogenhaltige Struma (Kocher).

5) Die kleinalveoläre, großzellige Struma, vielleicht Struma postbranchialis (Getzowa).

6) Das Papilloma.

7) Das Cancroid.

Sämtliche Formen, mit Ausnahme der letzten, werden sehr genau makroskopisch und histologisch beschrieben; für jede Art finden sich in der Arbeit eine Reihe von Beispielen. Wer sich über die Details näher und genauer informieren will, muß das Original nachlesen.

Doering (Göttingen).

---

15) **Pfeiffer** und **Mayer.** Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Epithelkörperchenfunktion.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft 3.)

Verff., die durch die von zahlreichen Autoren ausgeführten Versuche als nachgewiesen erachten, daß der Verlust der Epithelkörperchen Tetanie bedinge, haben zahlreiche Experimente an Hunden, Mäusen und Ratten angestellt zur genaueren Feststellung der Funktion der Epithelkörperchen, besonders zur Feststellung, ob nach Verlust der Epithelkörperchen im Körper ein Gift kreise, das die Tetanie herbeiführe. Sie konnten in der Tat im Gefolge der postoperativen

Tetanie des Hundes in 6 unter 17 agonalen Seren ein toxisches Prinzip nachweisen, das normale Mäuse nicht zu schädigen vermochte, doch bei partiell ihrer Epithelkörperchen beraubten Tieren typische Tetanie hervorrief.

Sie fanden ferner, daß die postoperative Tetanie erwachsener Hunde vorwiegend unter dem Bilde klonischer Muskelerscheinungen verlief, während bei sehr jungen Tieren derselben Art spastische Zustände und gehäufte Anfälle kompletter tonischer Starre das Krankheitsbild beherrschen.

Die Nachahmung der idiopathischen Tetanieformen im Tierversuche gelang ihnen nicht. **Haeckel** (Stettin).

16) **V. Lieblein.** Über die Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen mittels der Sondierung ohne Ende.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 581.)

Für narbige Speiseröhrenverengerungen ist die Bougierung vom Mund aus die nächstliegende und meistgebrauchte Behandlungsmethode, welche, wie vier Krankengeschichten zeigen, mitunter Dauererfolge erzielen, andererseits aber Spätrezidive nicht sicher verhüten kann. Für jeden Dauererfolg ist Voraussetzung, daß man die Bougierung jahrelang fortsetzt.

Gelingt dagegen die Bougierung durch den Mund nicht, was keineswegs in jedem Falle gleichbedeutend mit Undurchgängigkeit der Speiseröhre ist, so kann die Unterernährung des Pat. zur Gastrostomie zwingen. Häufig werden vorher impermeable Strikturen nach Anlegung der Magenfistel für die Sondierung durch den Mund durchgängig (2 Fälle); ist dies nicht der Fall, so schafft die Fistel Gelegenheit zu Versuchen mit retrograder Bougierung, ein Verfahren, das Verf. bei Einhaltung der v. Hacker'schen Vorschriften für die leistungsfähigste und schonendste Behandlungsart von oben undurchlässiger Ösophagusstrikturen erklärt. Zwei Krankengeschichten schildern, wie es auf dem Wege der retrograden Sondierung ohne Ende nach v. Hacker und unter Anwendung konischer Schläuche (v. Eiselsberg) gelang, die Heilung der Narbenverengerung herbeizuführen und bei einer 7jährigen Beobachtungszeit ein gutes Dauerresultat zu erreichen, obgleich die Pat. 6 Jahre lang nicht mehr bougiert worden waren.

Bei der Ungefährlichkeit der Gastrostomie, die bisher in der Wölfler'schen Klinik noch nie durch einen Todesfall belastet worden sein soll, stellt sich Verf. durchaus auf den v. Hacker'schen Standpunkt, sofort zur Gastrostomie zu schreiten, sobald die Sondierung durch den Mund unmöglich ist oder keine Fortschritte macht, und hieran die retrograde Sondierung ohne Ende, in Notfällen von einer Ösophagotomiefistel aus, anzuschließen. **Reich** (Tübingen).

17) **Robinson.** Experimental surgery of the lungs.
(Annals of surgery 1908. Februar.)

Verf. machte an einer großen Anzahl von Hunden Thorakotomien und partielle Lungenresektionen; zur Verhütung des Pneumothorax wandte er einen dem Brauer'schen ähnlichen Apparat an, durch den Äther mit komprimierter Luft von dem Tiere durch eine Maske ohne Tracheotomie eingeatmet wird. Er spricht sich gegen die Sauerbruch'sche Kammer und für das Überdruckverfahren aus, das einfacher und weniger kostspielig sei. Die bekannten Einwände Sauerbruch's gegen den positiven in das Innere der Bronchien eingeführten Luftdruck — Gefahr des Emphysems und von Zirkulationsstörungen, das unregelmäßige Atmen, der große Wärmeverlust, das event. Eintreten von Pneumothorax — läßt er nicht gelten. Mit seinem etwas komplizierten, näher beschriebenen Apparate hatte er bei den ersten Lungenresektionen und Brustkorberöffnungen Mißerfolge, die er aber mangelhafter Technik und Asepsis zuschrieb. Bei den späteren Operationen trat stets Heilung der Wunden ein; nur wenn er einen ganzen Lungenlappen resezierte, gingen die Tiere zuweilen ein. A. meint, daß sich in solchen Fällen eine sehr große Höhle gebildet habe, in welche die andere Lunge sich hineingedrängt und schwere Zirkulationsstörungen hervorgerufen hätte. **Herhold** (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Luisenhospitals zu Dortmund. Prof. Dr. Henle.

Ein einfacher Apparat zur Überdrucknarkose.

Von

Dr. Max Tiegel,
Sekundärarzt.

In Ermangelung einer Sauerbruch'schen Unterdruckkammer, die wir gelegentlich einiger dringlicher Eingriffe in der freien Brusthöhle sehr vermißten, ließen wir uns den in folgendem beschriebenen Apparat konstruieren. Zunächst nur als Provisorium für Notfälle gedacht, hat sich derselbe jedoch bei einigen größeren endothorakalen Operationen so gut bewährt, daß ich nicht anstehe, ihn allen denen, die sich in ähnlicher Lage befinden wie wir, zur Anwendung zu empfehlen.

Der Apparat besteht im wesentlichen:

1) aus einer *Blechmaske* (*M*, Fig. 1), die mittels einer aufgestülpten, mit Luft gefüllten Gummipelotte dem Gesicht des Pat. luftdicht aufgedrückt und außerdem durch einen rasch zu lösenden Gurt befestigt werden kann;

2) aus einem mit Netz übersponnenen Gummiballon (*B*), der durch ein weites Rohr (*R*) mit der Maske kommuniziert und zugleich Luftreservoir und Behälter für den Narkosenäther darstellt. Die weite Lichtung des Verbindungsrohres sichert eine unbehinderte Atmung.

Das weite Verbindungsrohr (*R*) ist über dem Ballon von einem dünneren Rohr (*Z*) durchbohrt, das etwa bis in das Zentrum des aufgeblähten Ballons reicht und, mit einer Druckluft liefernden Quelle (Sauerstoffbombe, Wasserstrahlluftpumpe) in Verbindung gebracht, als Zuführungsrohr der Druckluft dient.

In das Dach der Maske ist ein zweites dünneres Rohrstück (*A*) eingefügt, das mit einem Wasserstanddruckventil verbunden wird und durch dieses die Ableitung der überschüssigen Druckluft samt den Exspirationsgasen aus der Maske ermöglicht.

Das Wasserstanddruckventil (Fig. 3, links) besteht aus einem hohen, zur Hälfte mit Wasser gefüllten Glasgefäß, in welches ein Metallrohr eintaucht. Das Metallrohr ist durch einen an dem Deckel des Gefäßes angebrachten Zahnradtrieb verstellbar, so daß das Ventil und damit auch der Druck in der Maske leicht reguliert werden kann. Das Ventil hält den Druck der Luft in dem ganzen System auf einer gewünschten gleichmäßigen Höhe und verhütet ein Ansteigen über diese

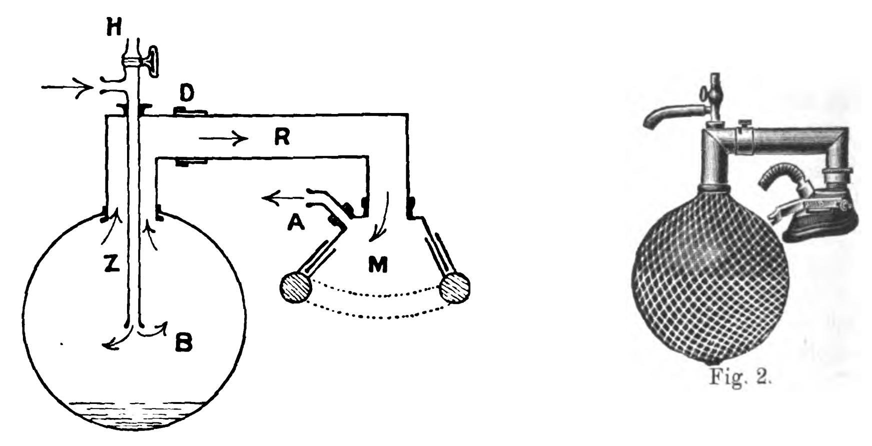


Fig. 1.

Fig. 2.

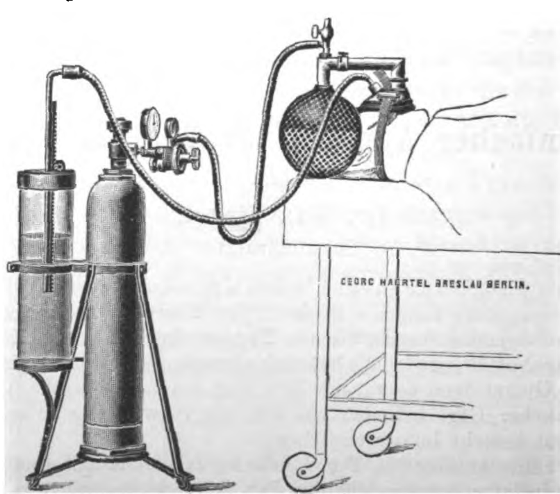


Fig. 3.

hinaus, gestattet andererseits bei genügend reichlich gewählter Luftzufuhr ein fortwährendes Abströmen von Luft, wodurch die Atmungsluft in Ballon und Maske stetig erneuert wird.

Beide an der Maske angebrachten Rohre (*R* und *A*), sowie das in den Ballon führende Zuleitungsrohr (*Z*) sind drehbar. Ferner ist auch in das Verbindungsstück zwischen Maske und Ballon ein drehbares Gewinde (*D*) eingefügt. Es ist so möglich, den Apparat den verschiedenen Lagen des Pat. anzupassen.

Das in den Ballon führende Zuleitungsrohr (*Z*) läuft oben in einen durch einen Hahn verschließbaren Ansatz (*H*) aus, durch welchen auch während der Narkose mittels einer Spritze Äther in den Ballon nachgefüllt werden kann, ohne eine Unterbrechung des Überdruckes herbeizuführen. Um eine solche auch beim Auswechseln der Sauerstoffbombe zu vermeiden, empfiehlt es sich, zwischen diese und die Maske ein Y-förmiges Rohr einzuschalten, in dessen beiden Schenkeln Hähne eingefügt sind. Man kann bei dieser Anordnung schon die Ersatzbombe einschalten, bevor die gerade im Gebrauch befindliche zu Ende ist und nachher nur durch einfaches Umstellen der Hähne die frische Bombe für die entleerte in Tätigkeit treten lassen. Des weiteren gestattet diese Anordnung auch, neben der Sauerstoffbombe eine Wasserstrahlluftpumpe anzuschließen und so abwechselnd oder auch gleichzeitig den Apparat mit Sauerstoff oder gewöhnlicher Druckluft oder einer sauerstoffreichen Druckluft zu versorgen. Bei einer kürzlich vorgenommenen Brustwandresektion wurde von einer derartigen Anordnung Gebrauch gemacht. Die Narkose verlief gut. Der Verbrauch an Sauerstoff war sehr gering.

Obwohl wir bisher mit **einer** Gesichtsmaske ausgekommen sind (auch bei bärtigen Männern) haben wir uns doch, um für alle Eventualitäten gesichert zu sein, deren mehrere von verschiedener Form und Größe konstruieren lassen; dieselben sind leicht auswechselbar. Im übrigen ist ein mäßiges Entweichen von Luft zwischen Maske und Gesicht ohne Belang, wenn die Druckluftquelle nur imstande ist, durch entsprechend vermehrte Luftzufuhr diesen Verlust auszugleichen[1].

Der Apparat ist bisher bei mehreren großen endothorakalen Operationen am Menschen (Lungenresektion, Herzoperation, Ösophagusresektion, ausgedehnter Brustwandresektion mit breiter Eröffnung der Pleurahöhle) zur Anwendung gelangt und hat dabei gut funktioniert. **Der Kollaps der Lungen wurde verhütet, und damit auch die unangenehmen Begleiterscheinungen des weit offenen Pneumothorax. Die Atmung blieb während der Anwendung des Apparates, die sich in zwei Fällen über Stunden erstreckte, ruhig und regelmäßig. Am Puls wurde nichts Besonderes beobachtet.**

Gegenüber den bisher angegebenen Überdruckapparaten von **Brauer**, **Engelken**, **Sauerbruch** bietet mein Apparat eine Reihe von Vorteilen, von denen ich besonders auf folgende hinweisen möchte:

1) Er ist einfach, leicht zu beschaffen, leicht zu transportieren, ohne komplizierte Hilfsmaschinen zu betreiben und wird sich darum besonders auch für die Verwendung in der Kriegschirurgie eignen. Die einzigen Teile, deren Defekt zu fürchten ist, die Gummiteile, sind bequem auszuwechseln. Außerdem ermöglichen es die geringen Anschaffungskosten leicht, sich einen zweiten Apparat (oder wenigstens ein zweites Maskenstück mit dem Ballon) in Reserve zu halten.

2) **Er gestattet ohne Gefährdung der Asepsis auch unter Anwendung des Narkosenschirms ein Operieren in den obersten Thoraxabschnitten**, was bei den bisherigen Apparaten (auch in der Unterdruckkammer) kaum möglich ist, da die den Kopf und Rumpf trennende Gummimanschette Hals, Schultern und obersten Brustteil des Pat. bedeckt.

3) **Er kann in Fällen, in denen die freie Brusthöhle durch Zufall oder unvorhergesehene Umstände eröffnet wird, intra operationem schnell und leicht angebracht werden.**

4) Er ermöglicht ebenso schnell und leicht, die Überdrucknarkose zu unterbrechen und das Gesicht (Mund) des Pat. frei zu bekommen, was bei Narkosen-

[1] Wie ich nachträglich aus der Literatur ersehen habe, hat bereits v. **Mikulicz** auf eine ähnliche Vereinfachung des Überdruckverfahrens hingewiesen. Auch **Brauer** hat bei seinen ersten Überdruckversuchen einen Maskenapparat verwandt, diesen jedoch als ungeeignet für größere chirurgische Eingriffe zugunsten seines jetzigen Überdruckapparates aufgegeben.

zwischenfällen[2], bei gewissen operativen Maßnahmen notwendig sein kann. So gelang z. B. die Einführung einer Schlundsonde mit Murphyknopf in die Speiseröhre, die in der Unterdruckkammer öfters auf große Schwierigkeiten stieß, die ich mir in dem engen Kopfkasten des Brauer'schen Apparates als völlig unmöglich denke, in unserem Falle von Ösophagusresektion leicht. Nachdem die weite Öffnung in der Brustwand mit nassen Kompressen fest zugedeckt worden war, wurde die Maske abgenommen. Man konnte nun den Kopf des Pat. bequem zurückbiegen und die Sonde einführen. Das aus dem Munde noch hervorstehende Sondenstück wurde ein wenig gekürzt, so daß die Maske wieder aufgesetzt werden konnte und die Überdrucknarkose bei eingeführter Sonde ihren Fortgang nahm. Die kurze Unterbrechung der Druckdifferenz bei zugedeckter Thoraxöffnung hatte keinerlei Nachteile.

5) Der Narkotiseur und sein Assistent behalten ihre Arme frei und sind von dem Operateur nicht getrennt.

Gegenüber dem Unterdruckverfahren besteht die gleiche physiologische Minderwertigkeit, wie bei jedem Überdruckverfahren überhaupt. Die Frage, inwieweit wir in praxi von diesem Unterschied werden absehen dürfen, wird sich erst an der Hand weiterer Erfahrungen entscheiden lassen[3].

Dortmund, den 12. April 1908.

---

18) XX. Französischer Chirurgenkongreß. Paris, 7.—12. Oktober 1907.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 11.)

1. Referat. Béclère (Paris). Einfluß der Röntgenstrahlen auf die bösartigen Geschwülste.

Im allgemeinen sind die Geschwulstzellen empfindlicher gegenüber den Röntgenstrahlen als die gesunden Körperzellen. Die von letzteren ohne Schädigung ertragene Dosis oder ein Bruchteil derselben genügt, um Geschwulstzellen zu töten. Die Wirkung ist je nach Art und Sitz der Geschwulst verschieden.

1) Die Hautkrebse können, solange sie nicht die Lederhaut überschritten haben, durch die Röntgenbehandlung geheilt werden; oft ist es vorteilhaft, sie mit einem chirurgischen Eingriff zu kombinieren. Für das Gesicht ist die Röntgenbehandlung wegen des kosmetischen Resultates die Methode der Wahl. Am günstigsten wird das Ulcus rodens beeinflußt. Bei Epitheliomen, die von der Stachelzellenschicht ausgegangen sind, erlebt man häufig Mißerfolge.

---

[2] Nach der Demonstration des Apparates auf dem letzten Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie durch Herrn Prof. Henle wurde das Bedenken ausgesprochen, daß die Maske nicht für ein etwaiges Erbrechen des Pat. eingerichtet sei. Ich bemerke hierzu, daß wir stets — nach vorheriger Verabreichung von Morphium-Skopolamin — mit gewöhnlicher Äthertropfnarkose beginnen und erst in völlig tiefer Narkose, wenn zur Eröffnung der Pleurahöhle geschritten wird, zur Anwendung der Druckmaske übergehen. In diesem Stadium der Äthernarkose aber erbrechen nach unseren Erfahrungen die Pat. überhaupt nicht. Sollte dies jedoch einmal eintreten, dann unterbricht man am besten auf einen Moment die Operation, was ja auch infolge der Preßbewegungen geboten erscheinen wird, und nimmt nach vorheriger Bedeckung der Thoraxwunde die Maske so lange ab. Daß dies ohne Schaden geht, haben wir des öfteren bei unseren Operationen am Menschen, sowie auch bei Tierexperimenten gesehen. Überdies läßt sich für diese Eventualität auch ohne Schwierigkeiten Vorsorge treffen, indem man nach dem Vorschlage von Herrn Prof. Henle an der Maske ein genügend großes, leicht auswechselbares Receptaculum anbringt, dessen breiter Zugang bei seitlicher Lagerung des Kopfes des Pat. den tiefsten Punkt der Maske bildet. Das eben Gesagte gilt auch für das Zurückfallen der Zunge, die man nach Abnahme der Maske leicht mit einem Seidenfaden anschlingen und an diesem bei wieder aufgesetzter Maske vorn halten kann.

[3] Der Apparat wird von Georg Härtel, Breslau-Berlin angefertigt und ist gesetzlich geschützt.

2) Von den bösartigen Geschwülsten der Schleimhäute kommen nur die in der Nähe der natürlichen Öffnungen gelegenen (Lider, Nase, Lippen, Zunge, Rachen, After, äußere Geschlechtsteile) für die Röntgenbehandlung in Betracht. Obwohl auch bei ihnen durch die Bestrahlung Heilungen erzielt sind, so eignen sie sich wegen ihrer schwierigeren Zugänglichkeit, ihres schnelleren Wachstums und Vordringens in die Lymphbahnen weniger für die Röntgenbehandlung.

3) Die bösartigen Geschwülste der Brustdrüse können bei langsamem Wachstum völlig durch Röntgenstrahlen geheilt werden, ausnahmsweise auch dann, wenn schon die Haut und die oberflächlichsten Lymphdrüsen ergriffen sind. Auch die Rezidive nach Operationen (Haut- und Unterhautknötchen) und geschwürig zerfallene Geschwülste werden oft wirksam beeinflußt. Sind schon das tiefe Lymphsystem, die Brustwand oder die Brusteingeweide infiziert, so ist das Röntgenverfahren machtlos. Wegen der örtlichen Heilungen, der Besserung des Allgemeinbefindens, der Verringerung bestehender Schmerzen, der Verlängerung des Lebens und des guten psychischen Einflusses verdient es aber auch in inoperablen Fällen angewandt zu werden.

4) Von den bösartigen Geschwülsten des Gefäß- und Bindegewebes werden die Sarkome im allgemeinen stärker durch die Röntgenstrahlen geschädigt als epitheliale Neubildungen. Jedoch wechselt die Beeinflußbarkeit selbst bei im histologischen Aufbau, Sitz, Größe und Ausgangspunkt ähnlichen Sarkomen in weiten Grenzen. Die Leukämie wird in allen Formen durch die Röntgenbehandlung wesentlich gebessert, der tödliche Ausgang aber nur hinausgeschoben. Bei der Mycosis fungoides erzielt das Röntgenverfahren fast immer Heilung.

5) Die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste der Eingeweide hat wohl Besserungen, aber noch keine sicheren Heilungen ergeben. Bisher sind ihr Neubildungen des Kehlkopfes, der Schilddrüse und des Magens unterzogen worden.

Die Röntgenstrahlen sind eine zweischneidige Waffe, die heilen, aber auch verwunden kann. Die Gefahr der Überdosierung durch zu lange Dauer der Sitzungen, zu kurze Intervalle zwischen ihnen oder zu lange Fortsetzung der Behandlung wird selbst von den erfahrensten Radiotherapeuten nicht vermieden werden können, da man oft bis zur äußersten Grenze der noch erlaubten Intensivbehandlung gehen muß, wenn man nachhaltige Erfolge haben will. Kommt es, trotzdem die Grenze der erlaubten Reaktion nicht überschritten war, zum Röntgengeschwür, so ist das an der Schleimhaut wegen der Gefahr der sekundären Infektion noch viel bedauerlicher als an der Haut. Die notwendige lange Unterbrechung der Behandlung begünstigt außerdem die Einschleppung noch nicht zerstörter Geschwulstzellen in die Drüsen. Dagegen ist bei richtiger Anwendung und Dosierung eine Generalisation der Geschwülste durch die Röntgenstrahlen nicht zu befürchten. Das Fieber während der Röntgenbehandlung bösartiger subkutaner Neubildungen ist auf Rechnung von Zerfallsprodukten zu setzen, die ins Blut gelangen und durch die Nieren ausgeschieden werden. Die auf chronisch gewordenen Röntgengeschwüren manchmal entstehenden Hautkrebse beweisen nichts für eine krebserzeugende Kraft der Röntgenstrahlen, da alle chronischen Reize der Haut, welche zu Ernährungsstörungen und Geschwürsbildungen führen, ihre krebsige Entartung begünstigen.

Bei der Behandlung bösartiger Geschwülste ist die Röntgentherapie keine Rivalin, sondern eine wichtige Hilfskraft der Chirurgie. Eine operable Geschwulst muß stets operiert werden. Nur Epitheliome, die die Lederhaut noch nicht überschritten haben, besonders solche des Gesichts, und versuchsweise auch operable Sarkome dürfen primär der Röntgenbehandlung unterworfen werden. Ist die bösartige Natur zweifelhaft, hält der Chirurg einen Eingriff noch nicht für geboten, oder lehnt ihn der Kranke ab, so ist ebenfalls Röntgenbehandlung am Platze. Nach der Operation sollen entweder sofort oder beim ersten Zeichen eines Rezidivs das Operationsgebiet und die zugehörigen Drüsen bestrahlt werden. Endlich ist bei inoperablen Geschwülsten die Radiotherapie dasjenige Verfahren, von dem zurzeit am meisten zu erwarten ist.

Korreferat. Maunoury (Chartres) setzt auf die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste große Hoffnungen. Er bestrahlt nach jeder Operation die off-

Wunde. Schien die radikale Entfernung gelungen, so wird die Wunde geschlossen und weiterhin durch die Haut bestrahlt, anderenfalls wird die Wunde offen gelassen und behandelt. Neben der intensiveren Wirkung hat dies den Vorzug, daß Rezidive sofort augenfällig werden. Für die Behandlung infizierter Drüsen gelten die gleichen Grundsätze.

Diskussion. Pozzi (Paris) vergleicht die Erfolge der Röntgentherapie mit denen der Blitzbehandlung nach de Keating-Hart. Letztere verdient bei allen genügend zugänglichen Geschwülsten den Vorzug. Nur die Cancroide des Gesichts, die Sarkome und schwer erreichbare oder bereits generalisierte Geschwülste bleiben für die Röntgenbehandlung reserviert. Bei den Cancroiden der Schleimhäute und den Krebsen der Brustdrüse sind die Erfolge der Fulguration erstaunlich; die wahren Schleimhautkrebse werden durch sie kaum beeinflußt, von ihnen ausgehende Schmerzen und Blutungen aber auch beseitigt. Gute Resultate sah P. bei Collumkrebsen, selbst wenn sie auf Scheide und Mastdarm übergegriffen hatten. Die Wirkung der Röntgenstrahlen wird verzehnfacht, wenn eine einmalige Blitzbehandlung vorausgeschickt wird. Trotz der Wirksamkeit beider Verfahren räumt auch P. dem Messer die erste Stelle in der Behandlung bösartiger Geschwülste ein.

Doyen (Paris) hält es für logisch, der Fulguration, deren Erfindung er Rivière zuschreibt, die Auskratzung vorauszuschicken, damit die Funken auch auf die versteckt gelegensten Geschwulstteile wirken können. Für die Behauptungen Béclère's vermißt er statistische Unterlagen. Es fragt sich, wie viele Kranke sind dauernd geheilt geblieben und wie viele gestorben, nachdem sie als geheilt angesehen worden sind? An die Röntgenheilung von Krebsen glaubt er nicht, nur kleine Hautepitheliome verschwinden. Infolge ihrer zerstörenden Wirkung auf das Lymphdrüsengewebe leisten die Röntgenstrahlen einer rapiden Ausbreitung der Krebse Vorschub.

De Keating-Hart beansprucht die Priorität in der Anwendung langer Funken hoher Frequenz und Spannung auf die bösartigen Geschwülste: sie können ohne Narkose nicht ertragen werden. Rivière begnügte sich mit kurzen Funken. Die Fulguration tötet das Geschwulstgewebe und erleichtert so die nachfolgende Auskratzung; die größte Tiefenwirkung wird durch wiederholte Sitzungen erreicht.

Reynès (Marseille) bestätigt die günstigen Wirkungen der Blitzbehandlung auf bösartige Geschwülste. Eingeweidekrebse werden auch durch sie nicht geheilt.

Willems (Gand) bespricht eingehend die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Lymphdrüsengeschwülste unter Berücksichtigung ihres histologischen Baues. Die einfach hyperplastischen Lymphdrüsen verschwinden schnell, die malignen Lymphome (»Lymphoidome«) werden niemals beeinflußt, die tuberkulösen Lymphdrüsengeschwülste höchstens nach monatelanger Behandlung.

Tuffier (Paris) äußert sich sehr zurückhaltend über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Geschwülste, besonders bezüglich der Sarkome. Die wirklich bösartigen unter ihnen sind noch nie durch Röntgenstrahlen geheilt worden. Die Bestrahlung der offenen Wunde nach Entfernung der Neubildung hält T. für einen Rückschritt in der chirurgischen Technik und höchstens dann erlaubt, wenn die Wundränder nicht mehr vereinigt werden können.

Thiéry (Paris) hält dagegen die Bestrahlung der offenen Exstirpationswunde für geeignet, die dem Messer entgangenen Krebskeime zu vernichten.

Gangolphe (Lyon) hat ein Lymphadenom, das nach der Operation dreimal rezidivierte, jedesmal durch Röntgenbehandlung geheilt. Fünf Brustkrebse, die operiert und bestrahlt wurden, sind ohne Rezidiv geblieben. Ein Rezidiv eines Brustkrebses sah G. unter Röntgenbehandlung verschwinden.

Cerné (Rouen) warnt vor übertriebenen Erwartungen bei der Röntgentherapie bösartiger Geschwülste. Er hat auch bei einfachen Cancroiden Mißerfolge und Rezidive gesehen.

Morestin (Paris) sah einen Mann, den er wegen krebsiger Lymphdrüsen am Halse bestrahlte, unter Erscheinungen, die einer Angina Ludovici ähnlich waren, erkranken.

Léon Imbert und G. Dupeyrac (Marseille) berichten über die Erfolge der Röntgenbehandlung von 107 Fällen. Sichere Heilungen wurden nur bei Epitheliomen der Haut erzielt, im übrigen überwogen die Besserungen oder Mißerfolge die Zahl der Heilungen.

Témoin (Bourges) beschränkt die Röntgenbehandlung auf inoperable Fälle.

Coudray (Paris) sah nach der Bestrahlung eines winzigen Brustkrebsrezidivs Metastasen in der Lunge entstehen, ebenso in einem Falle von Osteosarkom des Darmbeines. Weder das Messer noch die Röntgenstrahlen können den Krebs mit Sicherheit heilen; zu ihrer Ergänzung empfiehlt C. seine »Méthode sclérogène« heranzuziehen, die das Wachstum des Krebses jahrelang hindert. Ein damit behandelter Scirrhus mammae ist seit 16 Jahren rezidivfrei, nachdem 8 oder 9 Jahre nach der ersten Behandlung ein kleines Rezidiv aufgetreten war.

Mayer (Brüssel). Die Gefahr der Bestrahlung der offenen Operationswunde und der dadurch bewirkten Verlängerung des Eingriffes steht in keinem Verhältnis zum Nutzen der Methode. Die heilende und vor Rezidiv schützende Wirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Geschwülste steht für M. nach seinen und Hauchamps' Erfahrungen außer jedem Zweifel, wie er an der Hand mehrerer Fälle darlegt; sie kommt auch durch die Haut zur Geltung.

Péraire (Paris), Begouin (Bordeaux) und Lardennois (Reims) sahen Mißerfolge oder sogar Verschlimmerungen bösartiger Neubildungen während der Röntgenbehandlung.

Gegenüber allen Einwürfen hält Béclère an den Erfolgen der Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste fest und verspricht sich von dem Zusammenwirken des Chirurgen mit dem Radiotherapeuten große Fortschritte in der Bekämpfung des Krebses.

2. Referat. Gaudier (Lille). **Über Nerven-, Muskel- und Sehnenüberpflanzungen bei der Behandlung der Lähmungen.**

Maßgebend für die Wahl des Verfahrens bei der Sehnenüberpflanzung ist das Studium der Bewegungen des gelähmten Gliedes und das Aussehen seiner Muskeln und Sehnen. Die zur Überpflanzung gewählten Sehnen müssen möglichst lange Strecken parallel verlaufen. Die vorherige Überkorrektion der Deformität gibt einen Anhalt für den Grad der notwendigen Verkürzung. Die periostale Überpflanzung, unter Umständen mit künstlichen Sehnen aus Seide, hat große Vorzüge wegen ihrer Festigkeit. Die Zeit, während deren ein feststellender Verband getragen werden muß, läßt sich nur von Fall zu Fall bestimmen. G. hält die Sehnenüberpflanzung bei richtiger Auswahl in mittelschweren Fällen der Arthrodese für überlegen.

Die Nerventransplantation kann bei der abgelaufenen peripheren Facialislähmung die Gesichtssymmetrie für die Ruhe wiederherstellen. Die mimischen Bewegungen sind bei Benutzung des N. accessorius nur unter Mitbewegung der Schulter möglich. Wird der N. hypoglossus zur Pfropfung verwandt, so fallen Assoziationsbewegungen fort, dagegen werden halbseitige Lähmung der Zunge und Störungen der Sprache und des Schluckens eingetauscht, die aber meist vorübergehen. Von 15 bisher veröffentlichten Fällen von Nervenüberpflanzung an gelähmten Gliedmaßen betreffen zwölf die unteren (acht gute Resultate), drei die oberen (zwei gute, ein noch nicht definitives Resultat). Man soll weder den kraftspendenden noch den gelähmten Nerven völlig durchschneiden. Die Nerventransplantation findet vorzugsweise Anwendung bei Lähmungen ganzer, von einem Nerven versorgter Muskelgruppen. G. hält die Indikationsstellung aber noch nicht für geklärt.

Korreferat. Kirmisson (Paris) hält ein abschließendes Urteil über den Nutzen der Sehnentransplantationen noch nicht für angebracht. Fälle mit glänzendem unmittelbaren Resultat zeigen bei späterer Nachuntersuchung oft einen vollkommenen Mißerfolg. Häufig ist der erreichte Erfolg mehr den gleichzeitig ausgeführten plastischen und fixierenden Operationen an den überpflanzten Sehnen oder der Tenotomie der Antagonisten zu danken. Jedenfalls hat man von der Sehnenüberpflanzung mehr erwartet und verlangt, als sie wirklich leisten kann.

In Fällen, wo die Mehrzahl der Muskeln eines Gliedes gelähmt ist, gibt die Arthrodese bessere und sicherere Resultate. Bei spastischen Lähmungen ist das Anwendungsgebiet der Sehnenpfropfung noch beschränkter; allein bei den zerebralen Kinderlähmungen zeitigt sie glückliche Ergebnisse, während sie bei der Little-schen Krankheit nicht angezeigt ist.

Diskussion. Hoffa (Berlin). Nur richtige Vorbehandlung, sorgfältiger Operationsplan, gute Technik und genügende Nachbehandlung gewährleisten den Erfolg bei der Sehnentransplantation. Es gehören hierzu: der Ausgleich der Deformität und der Kontraktur, die Feststellung der gelähmten und der noch funktionierenden Muskeln, sichere Asepsis — H. operiert in Blutleere, näht mit Sublimatseide und drainiert bei großen Wunden mit Gaze —, genügende Spannung des kraftempfangenden Muskels in überkorrigierter Stellung. H. bevorzugt die totale absteigende Pfropfung und empfiehlt die unmittelbare Annähung der Sehnenenden an den Knochen. Das operierte Glied wird auf 6—8 Wochen festgestellt, dann wenigstens 6 Wochen ein Stützapparat getragen, während gleichzeitig Massage, elektrische und Übungsbehandlung die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes anbahnen. Bei der Little'schen Krankheit zieht H. die einfache Sehnenverlängerung mit Richtig- und Feststellung des Gliedes der Sehnentransplantation vor.

Robert Jones (Liverpool) rät auf Grund seiner Erfahrungen an 253 Fällen zur Sehnen- oder Muskelüberpflanzung erst 2½ Jahre nach Eintreten der Lähmung. Vorbedingungen eines guten Erfolges sind: 1) Jeder Überpflanzung muß die Korrektion der Deformität vorausgehen. 2) Zur Erhaltung der Überkorrektion empfiehlt J., einen ovalen Hautlappen an der gelähmten Seite zu entfernen. 3) Die Sehnen müssen nach der Transplantation in gerader Linie verlaufen. 4) Sie werden fest an den Knochen oder die Knochenhaut genäht. 5) Die überkorrigierte Stellung wird so lange eingehalten, bis willkürliche Bewegungen der Sehne festzustellen sind. 6) Während des Ganges darf das Körpergewicht auf die gepfropfte Sehne noch einige Jahre nicht einwirken.

Lange (München) benutzt krumme und runde, sehr starke Nadeln und durch Paraffin gezogene Sublimatseide. — Um das Bein in Abduktion zu halten, löst er den Ansatz des Vastus externus vom Trochanter ab und näht ihn an den Darmbeinkamm mittels 8—10 eingeflochtener, dicker Seidenfäden. Die Mißerfolge der Sehnentransplantation beruhen häufig auf postoperativen Verwachsungen. Das die Sehnen umgebende Binde- und Fettgewebe, sowie ihre Scheiden müssen deshalb möglichst geschont werden; event. ist Fettgewebe zwischen Sehne und Knochen bzw. Fascie einzulagern.

O. Vulpius (Heidelberg) führt die Mißerfolge bei der Sehnenüberpflanzung auf zu frühe Operationen und zu schlechtes Muskelmaterial zurück. Für den Operationsplan ist das Studium der aktiven Bewegungen entscheidender als das Ergebnis der elektrischen Untersuchung. Die periostale Annähung benutzt V. nur beim Quadriceps, sonst hält er sie für überflüssig. Die künstliche Sehne ist nur bei sehr dünner Sehne des gelähmten Muskels unentbehrlich. V. bevorzugt die totale Überpflanzung, hat aber auch mit der partiellen gute Erfolge erzielt, selbst wenn der überpflanzte Teil im Sinne des Antagonisten wirken mußte.

D. Giordano (Venedig) operierte die Spina bifida eines 2½ Monate alten Mädchens mit Erfolg: Blase und Mastdarm wurden jedoch inkontinent. Im Alter von 7½ Jahren wurde die Harnröhrenmündung freigelegt, gedreht und oben und unten je ein Lappen aus dem jederseitigen M. gracilis samt zugehörigem Nerven (Obturatorius) angenäht, der After durch eine Schnürnaht verkleinert. Voller Erfolg. Die außerdem bestehenden Klumpfüße wurden durch Überpflanzung der halben Achillessehne auf die Peroneen geheilt.

Willems (Gand) bevorzugt die tendinöse Fixation beim paralytischen Klump- und Plattfuß, da er mit der Sehnenüberpflanzung in 16 Fällen nur einmal ein einigermaßen vollständiges Resultat erhielt.

Ch. Girard (Genf) hat viermal eine Anastomose zwischen Facialis und Accessorius hergestellt, dreimal End-zu-End, einmal End-zu-Seit. Drei Fälle konnte er nachuntersuchen; sie waren gebessert, aber nicht geheilt. Er empfiehlt, die Ana-

stomosenstelle in ein ähnlich wie Catgut vorbereitetes Goldschlägerhäutchen einzuhüllen, um narbigen Verwachsungen vorzubeugen.

Vidal erhielt bei der Anastomose des Hypoglossus mit dem infolge Geburtstraumas gelähmten Facialis eines 3jährigen Mädchens ein gutes Resultat. Eine operative Recurrenslähmung heilte 7 Monate nach Einpflanzung des Recurrensstumpfes in den Schilddrüsenkörper. Unter sieben Hunden, denen das Rückenmark völlig durchtrennt war, stellten sich bei einem nach Anastomose der Wurzeln Sensibilität und Motilität wieder her.

A. Broca (Paris) verwirft aus theoretischen Erwägungen und wegen der häufigen schlechten Spätresultate die Sehnen- und Nervenpfropfung ganz. Facialislähmungen nach operierter Warzenzelleneiterung sah er bei Kindern stets ohne Eingriff heilen.

Sébileau (Paris), Peugniez (Amiens) und J.-L. Fauré (Paris) widersprechen Broca auf Grund ihrer größtenteils günstigen Erfahrungen. An eine Spontanheilung der traumatischen Facialislähmung glauben sie nicht. P. stellt als Beweis dafür zwei Kranke vor, die ihre Facialslähmung vor 2 Jahren durch Pistolenschüsse erworben haben und nicht die geringste Besserung zeigen. Er hat auch eine Deltoideuslähmung durch Pfropfung des N. axillaris auf den N. radialis geheilt.

A. Depage (Brüssel) berichtet über einen Fall, bei dem er die infolge einer Phlegmone bis auf einen 1—2 cm langen peripheren Stumpf nekrotisch gewordene Sehne des langen Daumenbeugers durch die Hälfte der tiefen Zeigefingerbeugesehne mit gutem Resultat ersetzte.

P. Redard (Paris) faßt seine Erfahrungen mit der Sehnen- und Muskelüberpflanzung bei schlaffen Lähmungen dahin zusammen, daß zum wenigsten die Beweglichkeit gebessert und der Ausgleich der Difformität unterstützt wird. Die periostale Annähung ist besonders dann zu empfehlen, wenn die Sehne des gelähmten Muskels sehr schlaff ist, so daß ihre Dehnung befürchtet werden muß, oder wenn ein neugewählter Insertionspunkt günstiger für die Funktion (z. B. Pro- und Supination des Fußes) ist als die Benutzung einer vorhandenen Sehne.

Delagénière (Le Mans) empfiehlt, beim schweren Klumpfuß die durchschnittene Achillessehne in ein Knopfloch der langen Peroneussehne einzunähen, um Adduktion und Supination besser auszugleichen.

Mencière (Reims) hat mit Erfolg den gelähmten Deltoideus durch den Trapezius ersetzt. Unter allen Fällen, die für die Muskel- und Sehnentransplantation in Betracht kommen, sind nur 10% unheilbar, 70% sind bedeutend zu bessern, 20% geben glänzende Resultate.

Froelich (Nancy) hält die Sehnentransplantation bei paralytischen Klumpfüßen nur dann für Erfolg versprechend, wenn wenigstens drei Muskeln funktionieren.

Péraire (Paris) macht einen wesentlichen Unterschied zwischen leichten und schweren Fällen von Kinderlähmung. Bei den letzteren lassen sich gute Resultate durch Verbindung der Sehnen- und Muskeltransplantationen mit Skelettoperationen erzielen.

Tailhefer (Béziers) hatte in einem Falle von Kinderlähmung des Quadriceps mit der Überpflanzung der Sehnen des Sartorius, Semitendinosus und Gracilis auf das Kniescheibenband und der Annähung der Bicepssehne an die Knochenhaut der Kniescheibe ein gutes funktionelles Resultat. Bei paralytischem Platt- und Klumpfuß verbesserte die Sehnentransplantation im Verein mit Knochen- und Gelenkoperationen wohl die Stellung, nicht aber die Funktion.

3. Referat. Chronische chirurgische Leiden (Tuberkulose und Krebs) in ihren Beziehungen zu gewerblichen Unfällen.

Jeanbrau (Montpellier) bespricht den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose. Wissenschaftlich einwandsfrei ist er nur dann, wenn eine durch Unfall entstandene Wunde Sitz einer tuberkulösen Erkrankung wird. Lokale Tuberkulose nach Quetschung oder Stauchung bei einem, wenn auch bisher gesunden, Bazillenträger steht schon in loserem Zusammenhange mit dem Unfall. Einmal

handelt es sich meist um auffallend leichte Traumen. Außerdem sind erfahrungsgemäß bei Phthisikern Knochenbrüche oder Verrenkungen, Serum- und medikamentöse Einspritzungen fast nie von örtlicher Tuberkulose gefolgt. Immerhin kann aber eine bis dahin gesunde, von einem geschlossenen Trauma betroffene Körperstelle durch die aus einem nahen oder entfernteren tuberkulösen Herde in die Lymph- bzw. Blutbahn gelangten Tuberkelbazillen infiziert werden, wie die Versuche Petrov's an Kaninchen beweisen, die nach intravenöser Einverleibung in ihren Epiphysenfugen Tuberkelbazillen beherbergten, welche erst nach einem Trauma Krankheitserscheinungen verursachten. Eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden Tuberkulose durch Unfall ist dann wahrscheinlich, wenn es zu rasch fortschreitender Einschmelzung kommt. Bei Miliartuberkulose nach einem offenen oder geschlossenen Trauma nimmt J. in der Mehrzahl der Fälle nur ein zufälliges Zusammentreffen an. Frankreich hat seit 1898 ein Unfallgesetz. Ist die Tuberkulose bei Gelegenheit eines Unfalles nur offenbar geworden (z. B. Verstauchung eines tuberkulösen Gelenkes), ohne daß ihr Verlauf sichtlich beeinflußt wurde, so wird eine Entschädigung abgelehnt. Nur für durch Unfall erzeugte oder verschlimmerte Tuberkulose wird eine Rente, entsprechend der ganzen Erwerbseinbuße, gewährt, ohne Rücksicht auf bereits bestehende tuberkulöse Disposition oder Erkrankung. Das Gesetz gibt daher ebensowohl zu nicht gerechtfertigten Ablehnungen, wie zu übertriebenen Rentenfestsetzungen Anlaß.

Segond (Paris) erörtert die Beziehungen zwischen Unfall und Krebs. Unter 600 Fällen der Literatur wurde 356mal ein Zusammenhang angenommen; bei näherer Prüfung erwies er sich niemals als zweifellos. Die Angaben über die frühere Beschaffenheit der krebsig erkrankten Körperstelle, über die Heftigkeit des Traumas, das Datum des Unfalles und der Entstehung der Neubildung und die mikroskopische Untersuchung waren meist ungenau. Auf eine Umfrage bei mehr als 600 Chirurgen erfuhr S. von acht Fällen, wo der Krebs auf alten Narben oder Geschwüren entstanden war und von einem Falle von Unterlippenkrebs nach Verletzung mit einem Dorn. Ohne eine besondere Veranlagung kann kein Krebs nach Trauma entstehen, da Krebskranke, wenn sie nicht schon kachektisch sind, sich gewöhnlich einer normalen Wundheilung erfreuen. Bei der Entschädigung Unfallverletzter wird indes die mehr theoretisch gefolgerte Disposition zu Krebs, dessen eigentliche Ursache ja noch unbekannt ist, keine große Rolle spielen. Auch wenn alle Angaben stimmen und die Kontinuität der Erscheinungen erwiesen ist, darf die Frist zwischen Unfall und Krebsentstehung nicht mehr als 2—3 Jahre betragen. Wird ein Krebs durch direkte oder indirekte Gewalt verschlimmert, oder die krebsige Entartung einer alten Narbe, Schwiele, Fistel, eines Geschwürs, Fibroms oder Naevus durch ein Trauma beschleunigt, so liegt ebenfalls Unfall vor. Auch beim Krebs kann das französische Gesetz nicht immer eine dem wirklichen Schaden entsprechende Rente gewähren.

Diskussion. Thiem (Kottbus) hält folgende Beziehungen zwischen Unfall und Tuberkulose für möglich: Tuberkulöse Infektion einer Wunde, tuberkulöse Infektion des Organismus von einer Wunde aus oder eines gequetschten Körperteils auf dem Blut- oder Lymphweg, Aktivierung einer latenten, Verschlimmerung einer bestehenden Tuberkulose durch einen Unfall. Der Verlauf der traumatischen Tuberkulose ist gewöhnlich langsam. — Ein Anreiz zur Geschwulstbildung durch ein Trauma ist zuzugeben, wenn auch für gewöhnlich die Geschwülste aus noch unbekannten Ursachen ohne Trauma entstehen.

Schwartz (Paris) weist darauf hin, daß beim Sarkom die traumatische Entstehung bzw. Wachstumsanregung häufiger beobachtet worden ist, von ihm selbst unter 22 Fällen dreimal.

Giordano hält den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose für viel inniger als zwischen Trauma und Krebs.

Tédenat bemerkt, daß oft mit Unrecht die Spontanfraktur im Bereich eines Knochensarkoms einem unbedeutenden Unfalle zur Last gelegt wird.

Malherbe (Nantes) sah Sarkome, Lymphome und Lymphadenome nach Traumen entstehen, Krebse aber — soweit ein vorhergehender Unfall in Betracht kommt — nur auf alten Brandnarben.

Estor (Montpellier) macht darauf aufmerksam, daß traumatisch entstandene oder beeinflußte Tuberkulose sehr bösartig verläuft.

Doyen (Paris) sah nach einem Pferdebiß mit Eröffnung des Ellbogengelenkes und nach einer Hüftgelenksquetschung bei einem 60jährigen Eisenbahnarbeiter Tuberkulose entstehen. Einer 28jährigen Frau entfernte er ein sehr schnell wachsendes Adenom der Mamma, das genau an der Stelle entstanden war, wo ein Tennisball vor 18 Monaten heftig aufgeprallt war. D. konnte aus der Geschwulst seinen Mikrokokkus neoformans in Reinkultur züchten. Das Trauma schafft für die Erreger der Tuberkulose und des Krebses den geeigneten Nährboden, ähnlich wie bei der infektiösen Osteomyelitis.

Remy (Paris) berichtet von fünf Fällen, wo eine Wunde mit Tuberkulose infiziert wurde, und drei Knochenbrüchen, die sich mit Tuberkulose komplizierten.

Thiéry bestreitet einen Zusammenhang zwischen Trauma und Geschwülsten, abgesehen vom Sarkom und vom Krebs auf alten Narben.

Courday (Paris) glaubt, daß es bei strenger Kritik kaum einen Fall gebe, in dem die Tuberkulose oder der Krebs traumatisch entstanden sei. So sah er ein tuberkulöses Kniegelenk, zwei tuberkulöse Femurerkrankungen und ein tuberkulöses verrenktes Ellbogengelenk, deren Träger sicher schon vor dem angegebenen Unfalle krank waren.

J. Vanverts (Lille) sah einen Naevus nach einem Trauma und einen bereits konsolidierten Oberschenkelbruch sarkomatös werden, glaubt aber trotzdem, daß der Zusammenhang wissenschaftlich schwer zu erweisen ist.

Moulonguet (Amiens) meint, daß die ärztliche Begutachtung noch zu sehr von dem allgemeinen Glauben an die Entstehung der Tuberkulose durch Trauma beeinflußt werde.

Vidal (Arras). Zur Kenntnis der Bedingungen, welchen das Wachstum der Krebse unterliegt, ist es zweifellos wichtig, daß sich Krebsfälle nach Traumen auch bessern können, sei es, daß die Geschwulstzellen durch direkte Verletzungen abgetötet werden oder indirekt durch Resorption traumatischer Exsudate (Toxinbehandlung!), oder infolge Temperatursteigerungen, z. B. bei Gehirnkontusionen, zeitweilig in ihrer Proliferation nachlassen.

L. Lapeyre (Tours) erwähnt ein nach Quetschung entstandenes Sarkom der Brustdrüse bei einem 80jährigen Greise. Der ungewöhnliche Sitz und das hohe Alter sprachen zugunsten der traumatischen Entstehung.

Der Kongreß spricht unter dem Eindrucke der Referate und der Diskussion den Wunsch aus, das Gesetz von 1898 möge dahin abgeändert werden, daß die Rechtsprechung auch die Beeinflussung krankhafter Anlagen oder bereits bestehender Erkrankungen durch Unfälle berücksichtigen dürfe und auf diese Weise in jedem Falle gerechte Entschädigungen gewähren könne. **Gutzeit** (Neidenburg).

(Schluß folgt.)

---

19) **Zeller.** Erfahrungen mit der Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Nr. 13.)

Z. hat die Skopolamin-Morphiumnarkose bei 182 Operationen verwendet, von denen 105 Frauen, 77 Männer betrafen. Die verwendete Dosis schwankte zwischen 7 dcmg und 1 mg Skopolamin und 16 mg bis 2 cg Morphium. Bei allen ernsten Eingriffen mußten außerdem geringe Äthermengen gegeben werden, eventuell genügte es, die Pat. zu Beginn der Operation durch einige Tropfen Äther tief einzuschläfern. Frauen waren im allgemeinen für diese Narkosenart geeigneter als Männer; sie eignet sich auch vorzüglich zur Kombination mit der Lokalanästhesie, besonders bei Kropfoperationen. Als Vorzüge des Verfahrens bezeichnet Verf. in erster Linie den Fortfall jeder psychischen Aufregung vor der Operation und den

Umstand, daß die Pat. gewöhnlich 4—6 Stunden und länger nach der Operation schlafen; auch fällt das Erbrechen fast ganz fort; die Gefahr der postoperativen Pneumonie wird ganz erheblich herabgesetzt. Verf. sah unter seinen 132 Fällen nur eine Pneumonie leichtester Art. Üble Zufälle kamen nicht vor, nur zweimal wurde Cyanose beobachtet. Als Gesamteindruck spricht Verf. aus, daß er nie ruhigere Narkosen sah und niemals selbst so ruhig an eine schwierige Operation heranging, wie seit Einführung der Methode, welche zugleich die humanste Narkose ist, die wir haben. **Mohr** (Bielefeld).

20) **Lindenstein.** 500 Lumbalanästhesien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 601.)

Trotz der prinzipiellen Bedenken, welche neuerdings gegen die Lumbalanästhesie geltend gemacht worden sind, ist ihr das Nürnberger Krankenhaus treu geblieben. Die Technik war die allgemein übliche, nur wurde Beckenhochlagerung streng vermieden. Nach Versuchen mit Stovain (42 Fälle), Tropakokain (48 Fälle) und Andolin (2 Fälle) wird jetzt Novokain (408 Fälle) in 5%iger Lösung und Mengen von 2 ccm (Ampullen von Höchst) bevorzugt. Bei gelungener Technik kommt höchstens ein wirklicher Versager auf 100 Fälle. Die Toleranz der einzelnen Pat. gegen das Anästhetikum ist eine verschiedene. Im Falle des Versagens wird unter Verzicht auf eine zweite Injektion Narkose ohne Skopolamin-Morphium angewandt, ohne daß man beobachtet hätte, daß das eingespritzte Mittel die Narkosenwirkung irgendwie unterstützt. Beängstigende oder gar tödliche Zufälle kamen nie vor, wohl aber die gewöhnlichen Nebenwirkungen. Ist es zu Intoxikationssymptomen gekommen, so kann sich Verf. zu einer Entfernung des überschüssigen Mittels durch wiederholte Punktion nicht entschließen, hat vielmehr bei ruhigem Abwarten die Erscheinungen immer ohne ernsten Nachteil vorübergehen sehen.

Unter den Nachwirkungen machten sich vor allem Erbrechen und Kopfschmerzen unangenehm geltend, auch wurden drei Abducenslähmungen beobachtet, von denen zwei nach 8 Tagen und eine nach 3 Wochen entstanden und nach mehreren Wochen wieder verschwunden waren. Von den Nachwirkungen betrafen mehr als 75% das weibliche Geschlecht, woraus Verf. den Schluß zog, bei Weibern besondere Auswahl eintreten zu lassen und nicht nur bei Hysterie und Neurasthenie, sondern auch bei Anämie die Narkose zu bevorzugen. Bei Bauchoperationen wird Lumbalanästhesie nur angewandt, wenn Gegenindikationen für die Inhalationsnarkose vorliegen. Nierenschädigungen wurden nie beobachtet. **Reich** (Tübingen).

21) **P. Clairmont.** Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von Angioma arteriale racemosum, der fast zwei Drittel der Kopfhaut eingenommen hatte, und ohne präliminare Unterbindung der zuführenden Gefäße durch Abpräparierung des großen Hautlappens von der Unterlage, allmählich stattfindende Unterbindung der jeweils durchschnittenen Gefäße und Exstirpation des Angioms vom Stiel her geheilt worden ist. Der letzte Akt des Eingriffes mußte allerdings wegen langer Dauer der Operation in einer zweiten Sitzung ausgeführt werden. Die Reste des Angioms, die nicht mit entfernt wurden, schwanden oder verkleinerten sich nach der Exstirpation der Hauptgeschwulst. Ein plötzlicher Ohnmachtsanfall, der einige Zeit nach dem Eingriff mit Krämpfen auftrat, spricht dafür, daß auch im Schädelinnern eine angiomatöse Veränderung besteht. Der Erfolg des Eingriffes war im übrigen ausgezeichnet, sowohl hinsichtlich des kosmetischen Effektes als der Beseitigung der intensiven Beschwerden. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

22) **Ross.** Punctured fracture of the skull.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Ein 21jähriger Mann erlitt einen Stoß mit der Spitze eines Regenschirmes in das rechte Nasenloch; dieser Stoß verletzte die innere Nasenscheidewand, drang

durch das Antrum Highmori in die Augenhöhle und rief endlich eine Fissur im Augenhöhlendach hervor. Infolgedessen entwickelte sich ein Abszeß im rechten Parietallappen, der operiert wurde, ohne daß es gelang, das Leben zu erhalten.

Herhold (Brandenburg).

23) **E. Bircher.** Schädelverletzungen durch mittelalterliche Nahkampfwaffen.

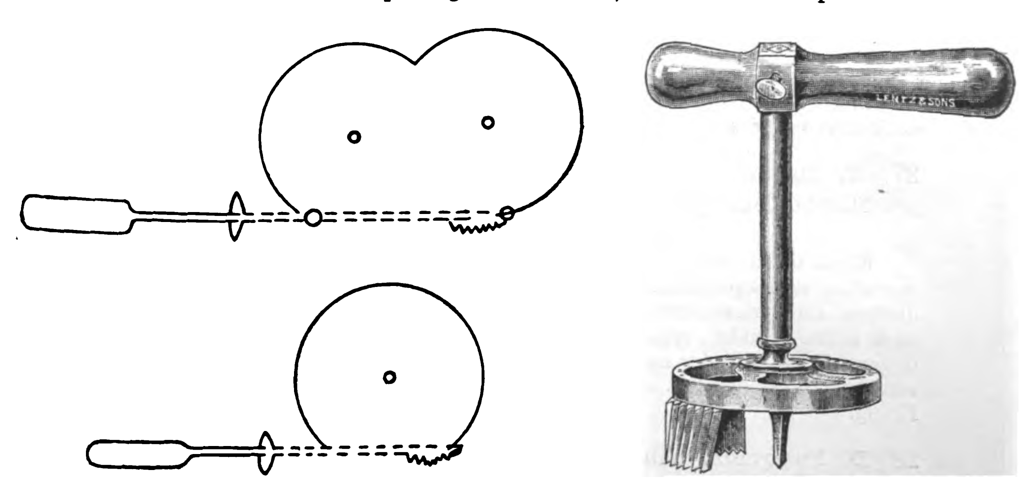
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. konnte eine Reihe von Schädeln untersuchen, welche von gefallenen Rittern aus den Schlachten bei Sembach, Dornach und St. Jakob an der Birs stammen. Die Waffen, welche damals im Mittelalter gebraucht wurden, waren vor allem die Hellebarde, der Hammer, Morgensterne, Streitkolben, Kriegsflegel, Schwerter usw. An vielen Schädeln ist man noch heute imstande, zu entscheiden, mit welcher Waffe die Verletzung beigebracht wurde. Die Verwundungen sind im allgemeinen viel schwerwiegender als die mit den modernen Nahkampfwaffen bewirkten. Die beigefügten Beschreibungen der einzelnen Verletzungen sind ebenso interessant für den Kriegschirurgen wie die guten Photographien der schwer beschädigten Schädel. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

24) **J. Roberts.** An easy method of making osteoplastic flaps in cranial surgery.

(Arch. intern. de chirurgie 1907. Vol. III. Fasc. 6.)

R. bedient sich eines Segmenttrepans, um den Knochenlappen zu umschneiden, und durchfeilt mit einem raspelartigen Instrument, das zwischen Kopfschwarte



und Schädeldach vorgeschoben wird, die Knochenbrüche der Basis. Die Methode ist der Anwendung von Hammer und Meißel vorzuziehen, da sie keine Erschütterungen verursacht. Vor der elektrischen Säge hat sie den Vorteil, daß sie überall angewandt werden kann und wenig kostspielig ist.

Revenstorf (Hamburg).

25) **Gurd and Nelles.** Intracranial abscess due to the typhoid-bacillus.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Ein Mann wurde unter Fiebererscheinungen ins Hospital aufgenommen. Anamnestisch wurde festgestellt, daß er 4 Wochen vorher einen Hieb mit einem Stock gegen die rechte Kopfhälfte bekommen hatte. Es bestanden jetzt Nacken-

steifigkeit, aufgehobene Kniereflexe, Kopfschmerz und eine teigige Anschwellung über dem rechten Scheitelbein, in deren Mitte der Schädel eine Knochendepression zeigte. Eine Blutuntersuchung zeigte deutliche Widal'sche Reaktion. Bei Trepanation in der Gegend der Kopfschwellung fand man einen zwischen Knochen und Dura liegenden Abszeß, aus dem mit Sicherheit der Typhusbazillus gezüchtet wurde. Nach und nach trat Heilung ein.

Verff. glauben, daß durch den Stockhieb ein Hämatom entstanden sei, in das bei der bald darauf folgenden Erkrankung an Typhus der Typhusbazillus vom Blut aus eingedrungen sei. **Herhold** (Brandenburg).

26) **West.** Notes on the infection in acute otitis media and consecutive acute suppurative mastoiditis.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII. 1908.)

W. hat 13 Fälle von akuter eitriger Mastoiditis nach Mittelohrentzündung bakteriologisch untersucht; alle ergaben Reinkulturen, 4 Pneumokokken, 9 Streptokokken. Die Pneumokokkeninfektion hatte sich stets an eine Mittelohreiterung von längerer Dauer angeschlossen; die Ansicht, daß die Pneumokokken bei Ohreiterungen rasch zugrunde gehen und durch Streptokokken ersetzt werden, ist demnach nicht richtig. Lungenerkrankungen gingen in keinem der 4 Fälle voraus, die sämtlich Erwachsene betrafen. Der Verlauf war subakut, die Einschmelzung der Zellen des Warzenfortsatzes sehr ausgedehnt, im Gegensatz hierzu die Temperatur normal oder nur wenig erhöht; es war mehr zur Bildung eines blassen Granulationsgewebes als eigentlichen Eiters gekommen.

W. fand unter etwa 100 aus der Literatur gesammelten Fällen von primärer akuter Mittelohreiterung 48 durch Pneumokokken, die übrigen etwa gleich häufig durch Staphylokokken und Streptokokken verursacht, dagegen bei 115 Fällen von akuter eitriger Mastoiditis 74 mal Streptokokken, nur 34 mal Pneumokokken, bei den übrigen Staphylokokken. Die akuten Warzenfortsatzeiterungen bei Kindern sind meist Streptokokkeninfektionen, die bei Erwachsenen meist durch Pneumokokken verursacht. **Mohr** (Bielefeld).

27) **P. Clairmont.** Osteoplastik wegen Defekt nach Operation eines Stirnhöhlenempyems. (Aus der v. Eiselsberg'schen Klinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 2.)

Einen tiefen, sehr verunstaltenden Defekt, welcher nach mehrfacher Empyemoperation zurückgeblieben war, deckte Verf. in folgender Weise: Links wurde darüber ein Periostknochenlappen nach v. Hacker-Durante mit dem Stiele nach außen gebildet, rechts eine darüber abgemeißelte Knochenspange frei übertragen, über beide der nach oben abgelöste Hautlappen heruntergeschlagen und vernäht. Bilder der Pat. vor und nach der Operation veranschaulichen den guten Erfolg. **Renner** (Breslau).

28) **D. Pupovacz.** Aneurysma verum arteriae temporalis superficialis dextrae.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Ein ohne Trauma entstandener Fall dieser seltenen Erkrankung konnte leicht durch Unterbindung der Temporalis zentral und peripher und nachfolgende Ausschälung der Geschwulst geheilt werden. Abbildung des Präparates und eines mikroskopischen Schnittes. **Renner** (Breslau).

29) **D. J. Cranwell.** Angiome caverneuse de la face.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 4.)

Die Beobachtung ist besonders durch die Schwierigkeiten, welche die exakte Diagnose darbot, interessant, sowie durch die Umgestaltung des Gesichtsskeletts, die das starke Wachstum der Geschwulst erzeugte. In der Tat ließ die große von der Regio canina ausgehende angeborene, von fast normal gefärbter Haut bedeckte,

nicht fluktuierende, nicht kompressible Geschwulst mit knorpelharten Einlagerungen (Angiolithen) kein Angiom erwarten. Da sich die Neubildung umschrieben entwickelt hatte, gelang ihre Entfernung relativ leicht, wenn auch nicht ohne starken Blutverlust. **Christel** (Metz).

30) **Gottschalk.** Karzinom der linken Schläfen-, Stirn- und Ohrgegend.
(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Das Karzinom war wegen seiner Ausdehnung nicht mehr operabel. Durch Röntgenbehandlung wurde eine Heilung erzielt. **Borchard** (Posen).

31) **Broeckaert** (Gand). Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez.
(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 1 u. 2.)

Bei einer infolge Akne enorm verdickten und verlängerten Nase (10 cm lang) exzidierte B. zwei ovale Lappen, den einen längs, den anderen quer. Von den Rändern aus entfernte er zur Verdünnung der Haut ihrer Oberfläche parallele Scheiben unter sorgfältiger Schonung der Epidermis und der Knorpel. Totale Naht. Das Resultat ist, wie die beigegebenen Photographien zeigen, recht gut. B. zieht sein Verfahren der totalen Enthäutung vor.

Vorderbrügge (Danzig).

32) **K. Gütig.** Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. (Aus dem Rudolfinerhaus in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

In Krankengeschichte und Photographien eines Falles schildert G. die jetzt von Gersuny geübte Methode: Umschneidung und Exstirpation der Knollen bis auf die Knorpelhaut mit Belassung eines schmalen Hautsaumes, speziell an den Rändern der Nasenflügel und an der Nasenspitze, dann Deckung des Defektes mit Epidermislappen, die den exstirpierten Knollen entnommen werden. Die Bilder beweisen den guten Erfolg. **Renner** (Breslau).

33) **O. Kiliani.** Schlosser's alcohol injections for facial neuralgia. Sixteen month's experience with fiftyfive cases; three failures.
(New York med. record 1908. Januar 18.)

K. berichtet über 55 Fälle von Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen.

Die Resultate sind zwar, wie bei allen Verfahren, nicht immer dauernde, aber es wurde doch bei allen Pat. bis auf drei Erfolg erzielt.

In einem Falle wurde ein Rückfall konstatiert, bei 47 vorläufig sichere Heilung.

Zuerst wurden stets periphere Injektionen gemacht ohne Narkose oder Lokalanästhesie. Sorgfältige langsame Instillation verhinderte üble Nebenwirkungen wie Schädigungen der Augenmuskeln.

Später wurde in die Foramina und auch in das Ganglion injiziert. Beinahe jede Injektion in den zweiten Ast durch das Foramen infraorbitale rief leichte Parese des Facialis hervor infolge der Verbindung desselben mit dem Ganglion sphenopalatinum; doch ging diese Affektion in der Zeit von 3 Tagen bis auf 2 Wochen zurück.

Verbraucht wurden ungefähr 2 ccm Alkohol.

Verf. hat die Schlösser'sche Methode bei dieser großen Anzahl Kranker seit September 1906 begonnen. **Loewenhardt** (Breslau).

34) **H. Böhmig.** Beitrag zu den Geschwülsten der Oberkieferhöhle (Cystadenom mit epulidem Grundgewebe).
(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 421.)

Bei einer 70jährigen Frau wurde eine in wenigen Wochen zu Walnußgröße herangewachsene Geschwulst eines Alveolarfortsatzes, die die Vorderwand der

Kieferhöhle völlig zersetzt hatte, exstirpiert. Rasches Auftreten von Rezidiven nach 3 und nach nochmaliger Operation nach 5 Wochen. Sitz der Rezidive jedesmal der harte Gaumen.

Mikroskopisch zeigten sämtliche Geschwulstmassen in ihren bindegewebigen Bestandteilen die charakteristischen Merkmale einer Epulis. Der epitheliale Anteil der Geschwulst wuchs in Hohlschläuchen von stets einschichtigem Zylinderepithel und bildete in seinem weiteren Wachstum Cysten, die mit Schleim angefüllt waren.

Unter Ablehnung etwaiger metaplastischer Vorgänge des Epithels wird als Ursprungsort für den epithelialen Anteil der Geschwulst die Kieferhöhle mit Sicherheit nachgewiesen. Karzinomatöse Partien fanden sich nirgends. Als besonders interessant wird vom Verf. betont, daß in der fibroepithelialen Geschwulst die eigentliche Triebkraft für das Rezidivieren im bindegewebigen Faktor der Geschwulst lag, und daß der epitheliale Anteil lediglich mitgewachsen sein muß, ein Beweis für den innigen Zusammenhang von Bindegewebe und Epithel in derartigen Geschwülsten. Ein Analogon für seine Mitteilung konnte B. in der Literatur nicht vorfinden. **Doering** (Göttingen).

35) **Unterberger.** Zur Kenntnis der angeborenen Fisteln der Unterlippe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Zwei in der Königsberger Klinik beobachtete Fälle von Unterlippenfisteln werden mitgeteilt:

1) 4jähriger Knabe; beiderseits, 2 mm von der Mittellinie entfernt, eine kleine Delle, innen und medial von einem halbmondförmigen Wall begrenzt. Keine Sekretion der Fisteln. Exzision. Gleichzeitig doppelseitige Hasenscharte und Gaumenspalte.

2) 1jähriger Knabe. Doppelseitige Hasenscharte und zwei Fisteln der Unterlippe, dicht an der Mittellinie. Keine Sekretion. Exzision der Fisteln.

Der mikroskopische Befund wird mitgeteilt; es fehlten Schleimdrüsen in den Fisteln. Verf. schließt sich der Theorie Stieda's an, daß es sich um eine Röhrenbildung handele, entstanden durch exzessives Wachstum, durch Verschluß zweier im Embryonalleben auftretender Furchen der Unterlippe. Doch glaubt er nicht, daß in allen Fällen aus den Furchen durch Verklebung Röhren entstehen; denn es könnten dann die Fisteln nicht so nahe der Mittellinie liegen, wie in den beiden beschriebenen Fällen. **Langemak** (Erfurt).

36) **Gyselynck.** Prolongement kystique suppuré de la glande parotide.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 1 u. 2.)

Der Fall betrifft eine 31jährige Frau, bei der sich $2^1/_2$ Jahre vorher eine nußgroße Anschwellung in der rechten Unterzungenbeingegend spontan gebildet hatte. Im Anschluß an eine Tonsillarangina plötzliche Zunahme bis Hühnereigröße; Punktion ergab tuberkuloseverdächtigen Eiter. Bei der Operation fand sich nach Lösung der innigen Verwachsungen ein Fortsatz bis in die Parotis. Abtragen desselben dicht oberhalb des Kieferwinkels, Drainage, Naht. Heilung mit Speichelfistel. **Vorderbrügge** (Danzig).

37) **Delsaux.** Malade laryngostomisé pour rétrécissement cicatriciel sousglottique, canulard depuis plus de deux ans, actuellement en voie de guérison.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 2 u. 3.)

Bei dem 20jährigen Pat. war die Stenose nach der Naht der durchschnittenen Luftröhre aufgetreten; sie saß unterhalb des Ringknorpels mit 3 mm Durchmesser. Monatelange Bougierungen, auch von einer medianen Laryngotomiewunde aus, brachten nicht den gewünschten Erfolg. Jetzt wurde die Killian'sche Laryngotracheotomie gemacht, die Stenose breit gespalten und nun konsequent dilatiert.

Nach 3 Monaten ist von Narben nichts mehr zu sehen; in den nächsten Tagen soll die 13 mm starke Kanüle definitiv entfernt und die Öffnnng durch Naht verschlossen werden. **Vorderbrügge** (Danzig).

38) **S. Piquand.** Branchioma conjonctif du cou.

(Bull. et mém. de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 7.)

Ein 19jähriger tuberkulöser Mann trägt an der rechten Halsseite eine unter dem inneren Sternalrande gelegene nußgroße bewegliche Geschwulst in der Höhe zwischen Zungenbein und oberem Schildknorpelrande. Sie wird für ein Lymphom gehalten und entfernt. Sie lag in einer Bindegewebskapsel, aus der sie leicht stumpf auszulösen war, bis auf einen Strang, der mit der Scheide der großen Gefäße in Verbindung stand.

Histologisch war es eine jener in den Speicheldrüsen sehr häufig, an dieser Stelle aber sehr selten vorkommenden bindegewebigen Mischgeschwülste aus Sarkom-, Myxom-, Fibrom- und Chondromgewebe zusammengesetzt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

39) **Chevassu.** Kyste présternal à structure pharyngo-salivaire.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 8.)

Bei einem 26jährigen Mann fand sich über dem Brustbein eine taubeneigroße Cyste, die solange bestanden hatte, als sich der Kranke erinnern konnte. Bei der Exstirpation findet C. einen Fortsatz, den die Cyste über das Jugulum hinübersendet, und der sich retrosternal bald in einen bindegewebigen, stark gefäßhaltigen Strang verwandelt.

Die Cyste ist mit Flimmerepithel ausgekleidet, das von adenoiden Haufen durchsetzt ist. Die Submucosa führt typische Speicheldrüsen, deren Ausführungsgänge in die Cyste münden. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

40) **H. Moses.** Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowi.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 524.)

Als Anhänger der Anschauung von der Sekretionsanomalie der Schilddrüse als Ursache des Morbus Basedowi geht Herrè bei dem Leiden operativ vor, wenn eine interne Behandlung erfolglos war, während weit fortgeschrittene Fälle mit Herzveränderungen von der Operation ausgeschlossen werden. Wichtig ist, daß, zumal bei progredienten Fällen, der richtige Zeitpunkt für die Operation nicht verpaßt wird. Die Arbeit stützt sich auf 32 Fälle, wovon 8 bereits von Ehrich bearbeitet und 4 nicht operiert worden sind. Häufig fanden sich in der Anamnese Erkrankungen, die eine Prädisposition für das Leiden abgeben sollen: familiärer Kropf, Tuberkulose, Nervosität und Bleichsucht. Als auslösendes Moment wurden oft psychische Traumen, Operationen an den weiblichen Genitalien und andere Eingriffe angeschuldigt. Die Unterscheidung in primären und sekundären Morbus Basedowi hält Verf. nicht für durchführbar; unter seinem Materiale ließ sich nur 1 sicher sekundärer Fall nachweisen. 2 Fälle hatten eine ziemlich akute Entstehung innerhalb 7 und 8 Wochen.

Von den Symptomen des Morbus Basedowi wurden der Kropf regelmäßig, Pulsation des Kropfes 9mal, Dyspnoe 16mal, Exophthalmus regelmäßig mit einer Ausnahme, das Gräfe'sche Symptom in 13, das Stellwag'sche in 8, das Möbius'sche in 8 Fällen, Tachykardie fast regelmäßig, Tremor 23mal, andere nervöse Störungen in vielen Fällen verzeichnet.

An den 28 operierten Pat. wurden insgesamt 34 Operationen ausgeführt: Resektion oder Enukleation 25mal, Arterienligatur 7mal, Sympathektomie 2mal. Als Indikation zur Resektion galt ein voll ausgebildetes Krankheitsbild mit längerem Bestand; höhere durch Intoxikation zu erklärende Temperaturen wurden dabei nicht beobachtet. Während der klinischen Beobachtung wurde hiernach mit nur drei Ausnahmen eine Besserung der Tachykardie und mit nur einer Ausnahme des subjektiven Befindens niemals eine Verschlechterung beobachtet. Dauernd geheilt,

d. h. frei von allen subjektiven Störungen unter nahezu völligem Verschwinden auch der objektiven Veränderungen, wurden von 21 nachuntersuchten Pat. 3, alle übrigen waren wesentlich gebessert.

Die Arterienunterbindung wurde in 7 Fällen ausgeführt bei weichem Gefäßkropf, bei kurzem Bestand des Leidens, bei leichten Erscheinungen und zur Verbesserung des Resektionserfolges. Soweit Nachuntersuchungen vorliegen, wurden damit 2 Pat. erheblich, 5 in mäßigem Grade gebessert, bei 1 wurde noch später wegen Verschlechterung die Sympathektomie ohne Erfolg vorgenommen.

Im ganzen ergaben sich also bei 28 Operationen 4 Heilungen, 10 erhebliche und 6 geringe Besserungen, 3 Mißerfolge und 1 operativer Todesfall.

Bemerkt mag noch werden, daß stets in Narkose operiert wurde.

Die pathologisch-anatomisch untersuchten Fälle ergaben keine absolut typischen Veränderungen. Trotz der regelmäßig zu beobachtenden starken Erweiterung und Zerreißlichkeit der Gefäße ließen sich histologisch an diesen keine Veränderungen nachweisen.

Reich (Tübingen).

41) **Mayer** et **Danis.** Note sur un nouvel appareil destiné à eviter les accidents du pneumothorax dans les interventions intrathoraciques.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 1 u. 2.)

Der auf dem Brauer'schen Überdruckprinzip aufgebaute Apparat unterscheidet sich von dem Brauer'schen dadurch, daß der Überdruck in den Lungen nicht durch die Inspiration unter erhöhtem Druck, sondern durch Einschalten von Widerständen, die der exspirierte Luftstrom zu überwinden hat, erzielt wird; außerdem bietet er den Vorteil, daß der Kopf des Pat. dem Narkotiseur frei zugängig bleibt. Zwischen zwei entsprechend geformten Metallplatten, von denen die eine zwischen Zahnreihe und Lippen intrabukkal, die andere außen auf die Lippen zu liegen kommt, werden die Lippen luftdicht zusammengepreßt. Durch die Mitte der beiden durch Schrauben miteinander verbundenen Platten verläuft ein Rohr, das nach innen offen ist und außen durch drei kurze, winklig gebogene Abzweigungen mit drei Gummischläuchen in Verbindung steht. Durch den einen Schlauch wird ein genau dosierbares Chloroform-Sauerstoffgasgemisch zugeführt, der zweite geht ganz kurz in einen Gummiballon über, der bei event. Erbrechen das Erbrochene in sich aufnehmen soll. Der dritte Schlauch nimmt die Exspirationsluft auf und leitet sie in einen Kasten von 80×40×45 cm Umfang, der dazu dient, die einzelnen Exspirationsstöße aufzuheben. Durch ein Rohr verläßt die Luft den Kasten und gelangt unter eine zylindrische Metallglocke, die in ein mit Wasser gefülltes, graduiertes Gefäß eintaucht und zwischen Führungsringen nach oben und unten verschiebbar ist. Um von hier aus nach außen entweichen zu können, muß die Luft einen der Wasserhöhe entsprechenden, genau dosierbaren Druck überwinden, wodurch sich ein Überdruck in den Lungen leicht herstellen läßt. Ein Manometer vervollständigt den Apparat.

Soll derselbe — nach eingeleiteter Narkose — in Tätigkeit treten, so muß natürlich die Nase durch eine Klammer luftdicht abgeschlossen werden. Praktisch angewandt wurde das Verfahren von Depage mit bestem Erfolge bei einer Lungennaht.

In der Einfachheit des leicht zu transportierenden Apparates, sowie darin, daß der Kopf des Narkotisierten frei zugängig bleibt, sehen die Verff. bemerkenswerte Vorzüge gegenüber den bisherigen dem gleichen Zweck dienenden Konstruktionen.

Vorderbrügge (Danzig).

Berichtigung. Die Skizze zum Referat 12 auf p. 497 ist durch Versehen des Setzers auf den Kopf gestellt. Sie wird klar, wenn man das Heft dreht.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 23. Sonnabend, den 6. Juni 1908.

Inhalt.

I.

Die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Stabsarzt Dr. **Momburg** in Spandau.

Die Frage der Blutersparnis bei eingreifenden Operationen im oberen Teile des Oberschenkels und am Becken hat die Chirurgen seit langem beschäftigt. Es sind eine ganze Reihe Methoden angegeben worden, derartige eingreifende Operationen möglichst unblutig zu gestalten; teils erreichten sie diesen Zweck nicht vollkommen, teils bedingten sie selbst einen größeren operativen Eingriff. Ich habe mich seit längerer Zeit mit dieser Frage beschäftigt und bin zu dem Resultate gekommen, daß wir eine absolut sichere Blutleere der ganzen unteren Körperhälfte erreichen, wenn wir in der Taille, zwischen



Beckenschaufel und unterem Rippenrand, einen abschnürenden Gummischlauch anlegen. So ungeheuerlich der Gedanke, den halben Menschen aus dem Blutkreislauf auszuschalten erscheint, so einfach, zweckentsprechend und bei der nötigen Vorsicht ungefährlich ist diese Methode, welche sich bereits in der Praxis bewährt hat.

Die Anlegung des Gummischlauches geschieht folgendermaßen: Ein gut fingerdicker Gummischlauch wird dem liegenden Pat. unter voller Ausnutzung der Elastizität langsam in mehrfachen Touren (ca. 2—4 genügen) zwischen Beckenschaufel und unterem Rippenrand umgelegt, bis die Pulsation der Art. femoralis nicht mehr fühlbar ist.

Die Bedenken, welche sich dieser Methode entgegenstellen, sind zahlreich, aber, wie auch die Praxis gezeigt hat, nicht stichhaltig. Vor allem sind Schädigungen des Darmes so gut wie ausgeschlossen. Wir wissen, daß der Darm starke Schnürungen verträgt, was ja die oft lange dauernden Abklemmungen des Darmes durch Zangen bei Resektionen usw. beweisen. Günstiger liegen die Verhältnisse bei der Anlegung des Gummischlauches, da der Druck hier nicht den Darm direkt an einer zirkumskripten Stelle trifft, sondern die dicken Bauchdecken den Druck mildern und verbreitern. Letzteres trifft auch für die Ureteren zu. Andere Bauchorgane werden durch den Druck nicht getroffen. Daß der durch die Abschnürung der Ureteren bedingten Urinstauung keine Bedeutung zuzuschreiben ist, ist ebenfalls bekannt. Eine wesentliche Störung der Herztätigkeit tritt im Augenblicke der Abschnürung nicht ein. Eine Blutleere des Rückenmarkes ist ausgeschlossen, da die Schnürung unterhalb des unteren Endes des Rückenmarkes erfolgt.

Anders verhält sich dieses bei Tieren. Ich habe mehrere Tierversuche angestellt, auf die ich in dieser kurzen Mitteilung nicht ausführlich eingehen will. Die Verhältnisse sind insofern anders, als 1) das Rückenmark bis weit unter die Schnürung reicht und infolgedessen eine Blutleere des Rückenmarkes eintritt; 2) haben wir keinen Maßstab für die Stärke des notwendigen Druckes, um eine vollkommene Abschnürung zu erreichen. Beim Tiere genügt eine mäßige Anspannung des Schlauches zur Erzielung der Blutleere, welche sich in sehr bald auftretender Lähmung der hinteren Partie kenntlich macht; 3) sind die Bauchdecken beim Tier außerordentlich dünn, so daß der Druck des Schlauches den Darm mehr direkt trifft. Ich habe deshalb eine Gummibinde an Stelle des Schlauches benutzt oder den Schlauch über einen um das Tier gelegten Filzstreifen angelegt. Bei Berücksichtigung dieser Punkte habe ich den Schlauch bis 1½ Stunden ohne Schädigung liegen lassen.

Bei der Lösung des Gummischlauches, welche nach Hochlagerung der Beine erfolgt, tritt infolge der plötzlichen Wiedereinschaltung der ganzen unteren Körperhälfte in den Kreislauf eine Alteration der Herztätigkeit von kurzer Dauer auf. Leicht läßt sich eine von dieser Seite drohende Gefahr dadurch vermeiden, daß man an beiden Ober- und Unterschenkeln je eine abschnürende Gummibinde anlegt, wäh-

rend der Schlauch in der Taille noch liegt, und durch sukzessives Lösen der einzelnen Abschnürungen die untere Körperhälfte langsam wieder in den Kreislauf einschaltet. Eine Störung der Atmung tritt nicht ein.

Abgesehen von zwei Fällen, wo ich den abschnürenden Schlauch am gesunden Menschen in der Taille ohne Narkose auf die Dauer von je 5 Minuten ohne jede Schädigung angelegt habe, ist die Methode zweimal praktisch bei größeren Operationen mit vollem Erfolge, ohne eine Schädigung der Baucheingeweide oder sonst eine Schädigung der Pat. erprobt worden. In einem Falle lag der Schlauch 43 Minuten, im anderen 18 Minuten lang. Besonders in letzterem Falle, bei welchem Herr Geh.-Rat Prof. Dr. Bier in der Berliner chirurgischen Klinik unter lumbaler Anästhesie wegen eines Sarkoms der Hüftpfanne das ganze Bein mit fast der ganzen zugehörigen Beckenhälfte fortnahm, bewährte sich die Methode glänzend.

Ich will in dieser Mitteilung nicht auf Einzelheiten eingehen, behalte mir dieselben vielmehr für eine spätere ausführliche Arbeit vor, wenn die Erfahrungen weiterer Fälle vorliegen.

Ich habe die feste Überzeugung, daß diese Methode in der Chirurgie und in der Gynäkologie eine große Bedeutung haben wird.

II.

Zur Technik der Ösophagoskopie.

Von

Th. Kölliker in Leipzig.

Von den vier Engen der Speiseröhre, der Ringknorpelenge, Aortenenge, Bronchialenge und Diaphragmaenge, bereitet in der Regel nur die erste, die Ringknorpelenge, der Einführung ösophagoskopischer Tuben erheblichere Schwierigkeiten.

Die Ringknorpelenge wird erklärt durch die Fixation der Speiseröhre an den Ringknorpel und die Wirbelsäule, durch die Ringknorpelplatte und durch die Abplattung der Speiseröhre an dieser Stelle. Nach Jonnescu beträgt an der Ringknorpelenge der sagittale Durchmesser der Speiseröhre 19 mm, der frontale 24 mm. Diese Verhältnisse mit Ausnahme eines stark verknöcherten Ringknorpels sind es aber nicht, die der Einführung von Tuben Schwierigkeiten machen, sondern die Anordnung der Muskulatur. Deutlich wird das bewiesen durch den Umstand, daß, falls ein Bougie oder ein Mandrin die Ringknorpelenge passiert, ein Tubus aber nicht, dann lediglich fehlerhafte Technik die Schuld am Mißerfolg trägt, so Verengerung der Speiseröhre durch die Wirbelsäule bei zu starkem Überbiegen des Kopfes, so Andrängen des Tubus an die Seitenwand der Speiseröhre bei schiefer Stellung des Tubus. Korrigiert man diese Fehler, dann stößt die Einführung des Rohres auf keine Schwierigkeiten. Gelangt man aber schon mit

dem Bougie oder dem Mandrin nicht durch die Ringknorpelenge, dann ist die Muskulatur die Ursache, und es handelt sich um einen Muskelkrampf, einen Krampf des Constrictor pharyngis inferior.

Der Constrictor pharyngis inferior wird durch zwei Muskelbündel gebildet, dem an der Außenfläche der Cartilago thyreoidea sich ansetzenden Thyreopharyngeus und dem am Seitenrande der Cartilago cricoidea inserierenden Cricopharyngeus. An letzterem Muskel fällt nun auf, daß seine Fasern von hinten oben und hinten unten her nach dem Ringknorpel konvergieren. Eine Kontraktion oder ein Spasmus dieses Muskels kann nun niemals, wie von mancher Seite angenommen wird, den Ringknorpel nach der Wirbelsäule hin ziehen, sondern die Zusammenziehung dieses Muskels verursacht einen sphinkterartigen Verschluß der Speiseröhre, und zwar entsprechend dem Verlaufe der konvergierenden Muskelfasern in der Höhe des unteren Randes der Ringknorpelplatte.

Die physiologische Enge am Ringknorpel kann demnach auf zweierlei Weise die Einführung des Ösophagoskops erschweren, einmal durch fehlerhafte Einführungstechnik und zweitens durch Krampf des Constrictor pharyngis inferior. Letzterer ist besonders dann zu erwarten, wenn es sich um hochsitzende Läsionen, um hochsitzende Tumoren oder Fremdkörper der Speiseröhre handelt.

Ein Spasmus des Constrictor pharyngis inferior darf nun nicht gewaltsam überwunden werden, sondern durch ein schonendes Vorgehen. Zunächst versucht man durch rotierende Bewegungen unter sanftem Druck das Hindernis zu überwinden. Gelingt das nicht, dann wartet man am zweckmäßigsten eine Weile ruhig zu und gelangt dann oft mühelos durch die Enge. Vielfach überwindet man auch den Krampf, indem man den Kranken anweist, leer zu schlucken. Dabei gleitet der Kehlkopf nach oben und etwas nach vorn und stülpt dadurch die Speiseröhre gewissermaßen über den Tubus. Zunge und Zungenbeinmuskeln öffnen die Pharynxenge. Schließlich wäre auch eine lokale Pinselung mit Kokain- oder Eukainlösung zu versuchen. —

---

1) **H. Kolaczek.** Über das primäre Muskelangiom.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 448.)

Zu den bisher erst in 46 Fällen publizierten primären Muskelangiomen liefert Verf. aus der v. Bruns'schen Klinik einen Beitrag von fünf klinisch und histologisch genau untersuchten Fällen. Sitz der Geschwulst war je 1mal der Biceps brachii, der Biceps femoris, der Rhomboideus, der Masseter und bei einer diffusen Form der Biceps femoris, Vastus ext., Gastrocnemius, Soleus und Extensor digitorum brevis. Letzterer Fall, der zugleich mit einem Hautangiom kompliziert war, bildete durch Riesenwuchs der ganzen befallenen Extremität ein Unikum. Unter Ergänzung und Fortführung der Suter'schen Statistik bringt es Verf. zu einem Gesamtmaterial von 95 Fällen, die zu einer eingehenden klinischen Besprechung verwendet werden.

Das weibliche Geschlecht wird von der Geschwulst bevorzugt in einem Verhältnis von 3 : 2. Gewöhnlich tritt das Muskelangiom in jugendlichem Alter auf und beruht als Mißbildung auf angeborener Grundlage. Traumen, die in acht Fällen ätiologisch angeschuldigt wurden, kann man höchstens als Wachstumsreize bei latenter Anlage gelten lassen. Befallen waren 27mal die oberen, 42mal die unteren Gliedmaßen, 17mal der Stumpf und 6mal der Kopf, im einzelnen fast sämtliche Muskeln, selbst die des Auges und der Zunge.

Wichtiger als die sehr wechselnde Größe der Geschwülste ist deren Unterscheidung in umschriebene und diffuse. Ihr Auftreten war meist solitär, nur 4mal multipel. Die an sich gutartigen Muskelangiome können durch infiltrierendes Wachstum einen lokal bösartigen Charakter erhalten. Aus naheliegenden Gründen kommt das Leiden durchweg erst spät in chirurgische Beobachtung. Im Mittelpunkte der subjektiven Beschwerden steht der qualitativ verschiedene Schmerz, der unter 52 verwertbaren Fällen 41mal als vorhanden, 11mal als fehlend verzeichnet wurde. Dieser ist bei Extremitätenangiomen nahezu konstant, bei anderen Lokalisationen seltener, vermutlich weil die Geschwulst an den Gliedmaßen früher zu den Nerven in Beziehung tritt. Das Allgemeinbefinden war nur selten, dann infolge der Schmerzen geschädigt.

Die bedeckende Haut ist in der Mehrzahl der Fälle gesund, in selteneren von Gefäßerweiterungen und subkutanen Angiomen eingenommen, welch letztere dann die Diagnose erleichtern. Die palpatorische Abgrenzung der Geschwulst, ihre Konsistenz- und Oberflächenbeurteilung hängt sehr von ihrem Sitz ab. Fluktuation und Kompressibilität sind diagnostisch wertvolle, aber keineswegs regelmäßige Merkmale. Bei Extremitätenangiomen sind Volumschwankungen bei Lagewechsel, Muskelkontraktion und Gefäßkompression recht häufig und lassen sich auch durch Anlegung elastischer Binden demonstrieren. Zu den seltenen Symptomen gehören fortgeleitete Pulsation und Gefäßgeräusche, sowie Krepitation. Letztere wird erzeugt durch Phlebolithen, deren röntgenologischer Nachweis, wie in zwei Fällen des Verf.s, die Diagnose entscheiden kann. Funktionsstörungen kommen teils durch Veränderungen der befallenen Muskulatur, vor allem aber durch Schmerzen zustande, die mitunter hochgradige Kontrakturen und Deformitäten verursachen können. Aus den skizzierten Symptomen ergibt sich die schwierige differentialdiagnostische Abgrenzung der Muskelangiome, die nur in 12 Fällen vor der Operation gelungen war.

Die Prognose der Muskelangiome ist quoad vitam eine gute, wenngleich diffuse, rasch wachsende Geschwülste recht erhebliche Störungen machen können. Bei radikaler Entfernung ist die Rezidivgefahr gering (im ganzen nur vier Rezidive). Auch bei nicht radikal operierten Fällen kann eine spontane Heilung eintreten, zumal wenn es sich um fibröse Angiome handelt. Bei allen rasch wachsenden, funktionell störenden und schmerzhaften Muskelangiomen ist die Operation sicher angezeigt, die in radikaler Exstirpation bestehen soll.

Zur Übersichtlichkeit des Operierens und zur Beherrschung der Blutung ist die Anwendung des Esmarch'schen Schlauches und bei der durch das gefäßreiche, schwammige Operationsgebiet erhöhten Infektionsgefahr peinlichste Asepsis angezeigt.

Unter diesen Bedingungen war der Verlauf der Heilung fast durchweg ein guter. **Reich** (Tübingen).

2) **Revenstorf.** Darstellung experimenteller Luftembolie im Röntgenogramm.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Verf. hat einen 45jährigen Mann behandelt, der nach einem Selbstmordversuche (Schnitt in den Hals mit Verletzung der Vena jugularis) an Verblutung und Luftembolie des rechten Herzens zugrunde ging. Im Anschluß daran führte er Untersuchungen an Meerschweinchen aus, welchen er mit der Pravazspritze Luft in die rechte Vena jugularis injizierte. Man sieht dann die Luft in dem rechten Herzen als ein sichelförmiges helles Feld auf dem Röntgenogramm.

Der praktische Wert des Röntgenverfahrens für die Erkennung der Luftembolie ist aber nur gering, kommt beim lebenden Menschen wegen des bedrohlichen Zustandes wohl überhaupt nicht in Betracht; höchstens kann sie für die Untersuchung am toten Körper die Bedeutung eines ergänzenden Verfahrens haben.

Einen besonderen Wert könnte die Durchleuchtung nach Ansicht des Verf.s vielleicht für die Erkennung der Vorstadien der tödlichen Luftembolie besitzen, die sich ergeben, wenn nur eine geringe Menge Luft in das rechte Herz gelangt ist. **Gaugele** (Zwickau).

3) **W. H. Hutchings.** Concerning the use of bacterial vaccines in surgery.

(Journ. of the Michigan State med. society 1907. Juli.)

Der Aufsatz handelt von der Behandlung mit Bakterienvaccinen unter Kontrolle der Bestimmung des opsonischen Index. (Über die Technik siehe den Aufsatz von Bine und Lissner aus der Krehl-schen Klinik in Nr. 51 1907 der Münchener med. Wochenschrift. Ref.)

Geeignet zur Behandlung sind chronische Infektionen, wie Cystitis, Gonorrhöe, Fisteln nach Operationen und verschiedenen Formen lokalisierter Tuberkulose.

Durch die Bestimmung des opsonischen Index soll der günstigste Zeitpunkt für eine Vaccineeinspritzung ermittelt werden; es wird zum Zweck der Erhöhung der Immunität zur Zeit der positiven Phase eingespritzt.

H. berichtet zum Beweise der Spezifität der Opsonine einen Fall von eiternden Halsdrüsen, bei dem Staphylokokken, Streptokokken und Subtilis nachgewiesen wurden; Heilung trat erst ein nach der sukzessiven Behandlung mit den betreffenden Vaccinen. Die anderen chirur-

gischen Maßnahmen sollen selbstverständlich nebenhergehen. H. staute z. B. Handgelenktuberkulose nach 2monatiger vorheriger Vaccinebehandlung und sah dann rapide Besserung eintreten.

Dosis der Injektion: Wright spritzt bei Behandlung eines neuen Falles 50 Millionen Staphylokokken ein (Ref.), H. nimmt viel weniger. Er beginnt mit 50000, steigt langsam bis 100000. Die günstigste Menge ist die, wenn der opsonische Index längere Zeit etwas unter normal gehalten werden kann. Zum Schluß befürwortet H. besonders die Behandlung der Gonorrhöe und der Fisteln.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

4) **W. B. Coley.** The treatment of sarcoma with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.

(Boston med. and surg. journ. 1908. Nr. 6.)

Die Grundlage für seine Behandlung bildet die Beobachtung, daß inoperable Sarkome und Karzinome durch interkurrierendes, 12 Fälle durch künstlich erzeugtes Erysipel zur Heilung gelangten; dazu die experimentelle Beobachtung vom Verschwinden multipler Sarkome bei Hunden nach Behandlung mit Bakterientoxinen. C. sah Heilung (3 Jahre rezidivfrei) in 28 eigenen Fällen unter 430, und 30 von anderen behandelten. Es eignen sich alle Sarkomformen mit Ausnahme der melanotischen. Sitz der Geschwulst irrelevant. Fast alle Fälle von Pathologen untersucht.

Indikationsstellung:

1) Sarkome, die entweder wegen ihres Sitzes, ihrer Ausdehnung oder Rezidiven nach Operationen, das sind 75%, inoperabel sind, oder bei denen Pat. eine Operation verweigert.

2) Knochensarkome, bei denen eine Gliedabsetzung in Betracht kommt. C. rät einen Versuch von 3 Wochen mit der Toxinbehandlung zu machen.

3) Als Prophylaktikum nach Operationen.

Unter seinen 430 behandelten Fällen sah er drei Todesfälle im letzten Stadium, die möglicherweise dem Toxin zur Last zu legen sind, zwei traten ein unter Erscheinungen von Embolie (Sektionsbericht fehlt).

Die Lösung, die er einspritzt, wird von Parke, Davis & Co. in Detroit, Michigan, in Handel gebracht. Sie besteht aus zwei Stammlösungen:

a. 1%ige Peptonnährbouillon, in welcher 3 Wochen lang Streptokokken gewachsen sind.

b. 10 Tage alter Prodigiosus, welcher, auf 2%igen Agarplatten bei Zimmertemperatur gewachsen, abgekratzt, mit physiologischer Kochsalzlösung verrieben und 1 Stunde bei 75° sterilisiert wird. Der Stickstoffgehalt dieser Lösung wird nach der Kjeldahl'schen Methode bestimmt, per Kubikzentimeter. Multipliziert man die gefundene Zahl mit 6,25, so ergibt sich das Gewicht der Proteidsubstanz, und



die Lösung muß so eingestellt werden, daß diese 12 mg im Kubikzentimeter beträgt.

Die Injektionsflüssigkeit setzt sich zusammen aus:

a. 100 ccm,
b. 30 ccm,
Glyzerin 20 ccm.

Jeder Kubikzentimeter enthält 2,5 mg Prodigiosusproteid. Zur Konservierung etwas Thymol. Die Flüssigkeit wird 2 Stunden bei 75° sterilisiert und kühl aufbewahrt. C. benutzt höchstens ein paar Wochen alte Lösungen.

Dosierung für den Erwachsenen: $^1/_4$ Tropfen, wenn in die Geschwulst gespritzt, $^1/_3$—$^1/_2$, wenn in die Umgebung, in etwas gekochtem Wasser gelöst. Es tritt in der Regel Schüttelfrost und Temperatur 39—40° auf. C. macht die Injektion 2—3mal wöchentlich, eventuell täglich, jedoch nie früher als bis die Temperatur wieder zur Norm herabgefallen ist. Gleichzeitig gibt er Tonika und sorgt für Stuhlgang. Ist nach 4 Wochen keine Besserung eingetreten, so ist von der Behandlung nichts zu erwarten. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

---

5) **C. B. Lockwood.** On the use of chemicals in aseptic surgery.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 8.)

Was wir nicht durch Hitze sterilisieren können, wie Hände des Operateurs, Haut des Kranken, Luft, zwingt uns unsere Asepsis mit chemischen Mitteln zu vervollständigen. Aber auch die durch Hitze erzielte Sterilität bedarf unaufhörlicher Prüfung, wenn man vor Überraschungen sicher sein will. L. behauptet, seine Hände in mindestens 50% der Fälle tatsächlich keimfrei machen zu können und in den übrigen Fällen eine solche Keimarmut zu erreichen, daß außerordentlich feine Methoden nötig sind, um Keime nachzuweisen. Während der letzten 15 Jahre haben seine Prüfungen der Händedesinfektion ständig verbesserte Ergebnisse gebracht: von einem positiven Bakteriennachweis auf zehn Prüfungen bis zu einem Nachweis auf 66 Prüfungen. Dabei haben Untersuchungsmethode und Desinfektionsmittel nie gewechselt. L. schließt daraus, daß die Besserung in den Erfolgen erklärt werden muß durch die Art, wie er das Desinfektionsmittel anwendet. Nach der üblichen Waschung taucht er die Hände für mindestens 2 Minuten in eine alkoholische Lösung von 1:500 Quecksilberjodid und von da in eine wäßrige Lösung von gleicher Art und Stärke. Die Hände gelangen so abwechselnd 4—5mal in diese beiden Lösungen, unter Benutzung der Fürbringer'schen Lehre von der fettlösenden und wasserentziehenden Wirkung des Alkohols. So belädt L. die Haut seiner Hände mit einer chemisch nachweisbaren Menge von Quecksilberjodid. Noch nach 27 Stunden fielen die Prüfungen in dieser Richtung positiv aus. In dieser Beladung der Haut mit dem Desinfektionsmittel sieht L. ein sehr wichtiges Erfordernis der Wundbehandlung und den Grund für die Besserung seiner bakteriologischen Prüfungen.

Die Gefahr der Luftinfektion in unseren Großstädten schlägt L. ziemlich hoch an, und da wir sie unmöglich ganz ausschalten können, so haben wir hierin einen weiteren Grund, unsere Asepsis durch chemisch wirkende Mittel zu verstärken.

Nach L.'s Erfahrungen kann er durchaus nicht zugeben, daß schwache Lösungen von chemisch wirkenden Mitteln, wie er sie braucht, das Gewebe ernstlich schädigen. Seine sorgfältigen Untersuchungen in dieser Richtung haben ihm nie einen solchen Nachweis gebracht.

Zusammenfassend meint L., daß Desinfizientien unentbehrlich sind, solange es unmöglich ist, Hände und Haut und die umgebende Luft ausnahmslos mit Sicherheit keimfrei zu machen. **Weber** (Dresden).

---

6) **W. Low.** An address on the modern treatment of surgical tuberculosis.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose außer den bewährten Maßnahmen, wie Freiluftbehandlung, Besserung des Allgemeinzustandes usw., die Anwendung des Koch'schen Tuberkulins (T. R.) unter sorgfältiger Beobachtung des opsonischen Index. Letzterer ist der ziemlich genaue Ausdruck für die Widerstandsfähigkeit des Kranken gegen die ihn betreffende Infektion. Unmittelbar nach der Einspritzung von $^1/_{1000}$—$^1/_{600}$ mg Tuberkulin sinkt die antibakterielle Kraft des Blutes (»negative Phase« Wright's), zuweilen unter Temperatursteigerung und Allgemeinstörung, um nach kürzerer oder längerer Zeit stark anzusteigen (»positive Phase«). Nach 10 bis 14 Tagen ist die Kurve wieder ausgeglichen. Eine Steigerung der positiven Phase, an sich wünschenswert, ist bei Tuberkulin leider nicht möglich durch neue Einspritzung, eine Erniedrigung der negativen Phase aber ist sehr wohl hierdurch möglich und sicherlich oft genug früher die Ursache gewesen für manche Enttäuschung der auf T. R. gesetzten Hoffnungen, wenn man ohne Prüfung des opsonischen Index zu früh die Einspritzung wiederholte. Abszesse, käsiges Material, Nekrosen müssen entfernt werden, damit die durch die Einspritzung in ihrer antibakteriellen Kraft erhöhten Gewebssäfte freien Zugang zum Krankheitsherd haben. Solche Eingriffe müssen peinlich vermieden werden während einer negativen Phase, weil die dabei unvermeidliche Belastung der Gewebssäfte mit Infektionsstoffen diese negative Phase noch vertiefen kann; sie müssen dagegen restlich übereinstimmen mit einem hohen opsonischen Index, mag er nun erzeugt sein durch Einspritzung oder durch Autoinokulation.

Ebenso muß die Anwendung Bier'scher Stauung unter beständiger Prüfung des opsonischen Index geschehen. Das Nähere muß in der interessanten Arbeit, die dem Chirurgen neue Aufgaben stellt, eingesehen werden. **Weber** (Dresden).

---

7) **A. Tietze.** Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter.

(Med. Klinik 1908. p. 391.)

Die Jodoformeinspritzung ist das Verfahren der Wahl bei der Behandlung der tuberkulösen Abszesse, ihre Totalexstirpation kommt nur in besonderen Fällen in Frage. Da der kindliche Körper weit eher der Tuberkulose Herr wird wie der des Erwachsenen, so sind bis zur Verknöcherung der Epiphysen Operationen so viel wie möglich auszuschalten. T. hat seine in 7jähriger chirurgischer Krankenhaustätigkeit behandelten tuberkulösen Kinder nachuntersucht; die ausführlich mitgeteilten Ergebnisse befriedigten im ganzen. 28 wurden planmäßig mit Alttuberkulin gespritzt, mit derart geringem Erfolge, daß dieses Verfahren wieder aufgegeben wurde.

Zur Verbesserung der Behandlungsaussichten fordert T. berufsmäßige Statistik, einwandsfreie Kindernahrung, Verbindung von chirurgischer und physikalisch-diätetischer Behandlung, Sanatorien für skrofulöse und tuberkulöse Kinder, das ganze Jahr hindurch geöffnete Kurorte für chirurgische Tuberkulosen, städtische, besonders für Tuberkulosekuren eingerichtete, mit Bädern, Liegehallen, Luft- und Sonnenbädern versehene Kinderkrankenhäuser.

Georg Schmidt (Berlin).

---

8) **F. Kuhn** und **M. Rössler.** Catgut, steril vom Schlachttier, als frischer Darm vor dem Drehen mit Jod oder Silber behandelt. II. Mitteilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 185.)

Die Abhandlung schließt sich an die I. Mitteilung der Verff. an, die von uns in diesem Blatte 1907 p. 597 referiert wurde. Ihre Tendenz ist, durch Berichte über zahlreiche, mit großem Fleiß und sinnreich angestellte Versuche den Nachweis zu liefern, daß das K.'sche Jod- und Silbercatgut allen klinischen Anforderungen entspricht. Zur Untersuchung diente meist das Kaninchen, in dessen vordere Augenkammer Fadenfragmente verschiedenster Art, sterile Seide, Rohcatgut, Catgut nach verschiedenen Methoden präpariert, eingeführt wurden, um sowohl die Reaktionserscheinungen im Auge als die Vorgänge der Resorption bzw. Einkapselung dieser Fremdkörper studieren zu können. Dabei wurde behufs Beaugenscheinung dieser subtilen Erscheinungen das Zeiss'sche binokulare Cornealmikroskop benutzt (s. Abbildung des Instrumentes). Ferner wurde das Ohr des Kaninchens zu Versuchen gebraucht, dergestalt, daß hier subkutan Fadenfragmente diverser Art eingepflanzt wurden. Dieser dünne durchscheinende Körperteil gestattet ebenfalls eine gute Beobachtung der Resorptions- usw. Vorgänge. Endlich wurden zu Hautnähten beim Menschen die verschiedensten Sorten Seiden- und Catgutfäden verwendet und die folgenden Erscheinungen hinsichts Wundverhaltens, Sekretion, Konsistenzänderung des Fadens usw. genau notiert und miteinander ver-

glichen. Die Details dieser Versuche, deren Protokolle vorliegen, wiederzugeben, würde zu weit führen, es genüge deren Gesamtergebnis anzudeuten. Danach haben sich die K.'schen Catguts erstlich absolut steril erwiesen, sie sind reizlos und besitzen günstige Eigenschaften hinsichts Resorbierbarkeit. Die Reizlosigkeit der Präparate führen die Verff. darauf zurück, daß Jod und Silber mit dem Catgutfaden besonders schwer lösliche Verbindungen bilden, die frei von reizenden Nebensubstanzen sind. Was die Resorption betrifft, so erscheint diese beim Jodfaden langsamer als beim Silberfaden. Die Vorgänge der Silberfadenresorption sind in den Experimenten am Auge und Ohr des Kaninchens in besonders interessanter Weise gut verfolgbar. Der Faden zerfällt in kleine allmählich schwindende Teile, und das übrigbleibende metallische, schwarz werdende Silber wird abgekapselt. Zum Schluß werden noch Versuche über Zugfestigkeit von Catgut mitgeteilt, die mit einem einfachen Apparate von eigener Konstruktion der Verff. angestellt sind (s. Abbildung). Die K.'schen Catguts zeigten sich auch hier den Catgutsorten anderer Art überlegen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **Boldt.** How long must patients observe absolute rest in bed after abdominal operations?

(Amer. journ. of obstetrics 1907. Juli.)

Das frühzeitige Aufstehenlassen nach Laparotomien darf nicht schablonenmäßig gehandhabt werden. Pat. mit häufigem Erbrechen, oder unregelmäßigem und sehr frequentem Puls oder beträchtlicher Temperaturerhöhung läßt B. unter allen Umständen Bettruhe einhalten. Dagegen läßt er bei günstigem Verlauf aufstehen, sobald die Nachwehen der Narkose überwunden sind. Voraussetzung ist exakte Etagennaht der Bauchdecken und Heftpflasterbinde. **Mohr** (Bielefeld).

---

10) **Kotzenberg.** Zur operativen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Eine rechtzeitig operierte Peritonitis ist nach aller menschlichen Voraussicht durch geeignete Technik zu retten. Als solche bezeichnet Verf. auf Grund seiner guten Resultate (nur 9% Mortalität gegen 50% früher) die von Rehn-Noetzel eingeführte und ausgebaute:

Wiederherstellung des intraabdominellen Druckes durch Schluß der Bauchhöhle bis auf eine genau abgepaßte Öffnung für das Glasdrain im unteren Wundwinkel. Die für die Bauchhöhle zurzeit beste Drainage ist die sog. Tampondrainage nach Dreesmann. Gründliche Spülung der Bauchhöhle mit gut temperierter Kochsalzlösung, bis die Spülflüssigkeit klar abläuft. Die Flüssigkeit wird nicht entfernt, sondern bleibt in der Bauchhöhle zurück.

*

Bei der Nachbehandlung ist die Lagerung des Kranken auf der schiefen Ebene erforderlich. Auf öftere Erneuerung des Tampons im Glasdrain ist besondere Sorgfalt zu verwenden.

Der Schnitt verläuft am äußeren Rande des Rectus oder durch denselben. Unter allen Umständen ist die Eventeration zu vermeiden. Alle bereits vorhandenen Verwachsungen zwischen den Därmen sind zu lösen. Die Tampondrainage bleibt 3—4 Tage liegen, täglich wird die Gaze in den Glasdrains mehrmals erneuert. Anregung der Peristaltik durch Glyzerinspritze vom 1. Tage an, oder wenn kein Erfolg eintritt, durch Strychnin. nitr. 4mal 5 mg innerhalb 4 Stunden. Die Krankengeschichten der 27 Fälle beschließen die sehr lesenswerte Arbeit.

Langemak (Erfurt).

---

11) **M. Cohn.** Beziehungen zwischen dem Bakterienbefunde und dem klinischen Bilde bei der akuten Wurmfortsatzentzündung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Haim hatte auf Grund einer großen Reihe von Beobachtungen die Behauptung aufgestellt, daß man aus dem bakteriellen Befunde bei der akuten Perityphlitis Schlüsse auf den klinischen Verlauf ziehen könnte, bzw. daß zwischen der Art des Krankheitsbildes und der Art der infizierenden Bakterien ein ganz bestimmter Zusammenhang bestände. C. hat deswegen 43 Fälle akuter Wurmfortsatzentzündung nach dieser Richtung untersucht und fand, daß zwischen dem Bakterienbefunde in dem Wurmfortsatz und in der Bauchhöhle oft große Differenzen bestehen. Unter seinen Fällen war die Streptokokkenerkrankung im Gegensatz zu dem Beobachtungsmaterial Haim's sehr selten. Die Coliperitonitis bei Appendicitis verlief mehrfach sehr ungünstig, während sich die Prognose bei Streptokokken-Coliperitonitis besser gestaltete. Im Gegensatz zu Haim konnte C. nicht finden, daß der Bakterienbefund die Abgrenzung ganz bestimmter Krankheitsbilder mit charakteristischem klinischen Bild und Verlauf gestatte, oder daß aus dem klinischen Verlauf eine Diagnose auf die Art der bakteriellen Erreger möglich sei. Wenn man bei der Impfung aus der Bauchhöhle negativen Bakterienbefund erhält, so spricht das nach des Verf.s Ansicht trotzdem nicht für Sterilität, da man aus größeren Exsudatmassen doch immer noch Bakterien züchten konnte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

12) **E. Haim.** Über Appendicitis im höheren Alter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XCII. p. 395.)

Nach H. zeichnet sich die Appendicitis älterer Leute dadurch aus, daß die Allgemeinerscheinungen weniger hervortreten; namentlich sei das subjektive Befinden wenig gestört, die Fiebersteigerungen gering. Häufig seien bei ihnen Symptome, die auf Darmlähmung hinweisen. Trotzdem bei alten Leuten die milderen, durch Colibazillen verursach-

ten Infektionen häufiger seien, sei bei ihnen die Erkrankung viel gefährlicher als bei Kindern. Bei Bildung abgekapselter Abszesse könne die Krankheit sehr chronisch werden und jahrelang andauern.

Worauf die sehr allgemein gehaltenen Angaben H.'s sich stützen, ist nicht ersichtlich, da er sich auf die Literatur fast gar nicht bezieht und aus seiner eigenen Erfahrung nur einen einzigen Fall darbringt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) **Noehren.** The value of the differential leucocyte count in acute appendicitis.

(**Annals of surgery 1908. Februar.**)

Nach einer genauen Blutkörperchenzählung in 69 Fällen von akuter Appendicitis kommt N. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Anzahl der Leukocyten schwankt zu sehr in den einzelnen Fällen; sie kann daher nicht als ein diagnostisches Hilfsmittel zur Beurteilung der Schwere des Prozesses gelten.

2) Dasselbe gilt von dem Verhältnis der Zahl der polynukleären Zellen zu der Zahl der weißen Blutkörperchen.

3) Wohl sind aber aus dem Prozentsatz der Anzahl der polynukleären Zellen Schlüsse zu ziehen, indem 90% und mehr für einen schweren Prozeß sprechen, der der sofortigen Operation bedarf. 78% und weniger sprechen für einen milden Verlauf. Die Zahl, die zwischen 90 und 78% liegt, ist mit den vorhandenen klinischen Anzeichen insofern zu verwerten, als der Prozeß, wenn die klinischen Zeichen nicht widersprechen, desto ernster ist, je mehr er sich nach 90% hinneigt.

Herhold (Brandenburg).

14) **Morris.** McBurney's point and another point in appendix diagnosis.

(**Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 4.**)

M. macht auf einen Punkt aufmerksam, der für die Diagnose appendicitischer Erkrankungen in Betracht kommen kann und der seines Erachtens auf die rechten lumbalen Ganglien des Sympathicus bezogen werden muß.

Der Punkt liegt auf der Verbindungslinie zwischen Nabel und Spina ant sup., nur nicht, wie MacBurney's Punkt, $1^{1}/_{2}$ Zoll medialwärt von der Spina, sondern $1^{1}/_{2}$ Zoll lateralwärts vom Nabel. Diese zwei Punkte sind beim Erwachsenen etwa 6 Zoll voneinander entfernt.

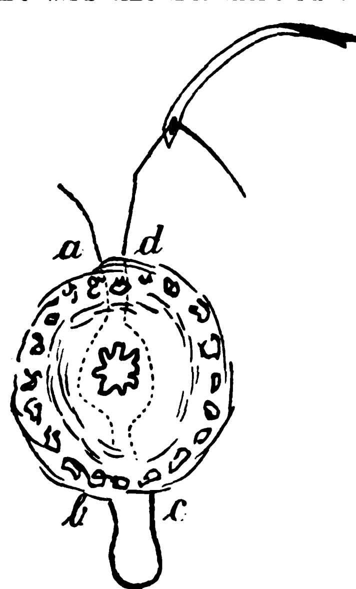
Empfindlichkeit bei Druck auf diesen neuen Punkt kann bei Mangel jeden Schmerzgefühls bei Tastung des MacBurney'schen Punktes noch den Schluß auf Erkrankung des Wurms zulassen. In solchen Fällen pflegt die genau symmetrisch gelegene Gegend der linken Lumbalganglien nicht druckempfindlich zu sein.

W. v. Brunn (Rostock).

15) **Barret.** A new technique for dealing with the appendix stump.

(Annals of surgery 1908. Februar.)

Verf. schlägt folgende Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes vor. Es wird eine mit nicht zu dickem Catgut armierte Nadel an der Vereinigungsstelle des Wurmes mit dem Blinddarme bei *a* eingestochen, ungefähr $^1/_4$ des Umfanges vom Mesoappendix entfernt. Sie geht durch die tiefen Strukturen des Wurmes, vermeidet aber die Lichtung, sie tritt bei *b* aus und wird bei *c* wieder eingestochen, um nunmehr bei *d* nachdem sie wieder die Lichtung vermieden hat, auszutreten. Nunmehr wird der Wurm zwischen zwei Quetschzangen gequetscht und abgetragen. Auf den Stumpf wird ein feines Instrument gesetzt, das ihn einstülpt und auf der einen Seite die Fäden bei *a* und *d*, auf der anderen bei *b* und *c* gefaßt und zusammengeknotet. Dadurch verschwindet der Stumpf vollends, über ihn werden noch einige Lembert'sche Serosanähte durch die Wand des Blinddarmes gelegt. **Herhold** (Brandenburg).



16) **J. de Fourmestraux.** Le drainage dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 17.)

de F. empfiehlt die systematische Anwendung von fünf Drains, die so starrwandig sein müssen, daß sie nicht zu leicht geknickt werden können. — Die Verteilung — sämtliche Drains werden an der Inzisionsstelle herausgeleitet — ist folgende: 1) rechts hinauf gegen die Leber, 2) weiter nach links für den Raum, der vom Dickdarm umgrenzt wird, 3) zwischen vorderer Bauchwand und Därmen gegen die Mitte des Colon descendens, 4) an die Stelle, wo die Appendix entfernt wurde, 5) das wichtigste in den Douglas. Als 6) kann man bei Frauen noch in die Scheide ableiten. de F. hält diese fächerförmige, aus anatomischen Überlegungen hervorgegangene Anordnung für sehr glücklich. Er hat sie zuerst von Grégoire anwenden sehen. Von sechs eigenen Pat. sind vier geheilt. **V. E. Mertens** (Kiel).

17) **Krüger.** Über die Entfernung des Wurmfortsatzes bei der Bruchoperation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XCII. p. 556.)

Die aus der Riedel'schen Klinik hervorgegangene Arbeit erörtert die Technik einer gleichzeitig von einem Schnitt aus vorzu-

nehmenden Bruchoperation und Appendektomie, einer Doppeloperation, die unter Umständen oft genug erwünscht sein kann. Handelt es sich um einen Leistenbruch, so muß eine etwa der Bassini'schen Methode entsprechende Schnittführung mit Spaltung des Leistenkanals gewählt werden; die Kocher'sche Operation eignet sich für den fraglichen Zweck nicht. Ist der innere Leistenring freigelegt, so ist derselbe mit stumpfen Haken ausgiebig zu dehnen, und nun kann man suchen, mittels Finger oder Pinzetten den Blinddarm vorzuziehen und des Fortsatzes habhaft zu werden, was oft genug gelingen wird. Dagegen lassen sich umgekehrt Schenkelbrüche von einem Appendicitisschnitte aus operieren, wenn dieser nur genügend nahe an das Poupart'sche Band gelegt wird. Man kann dann den unteren Wundrand mittels Haken weit genug nach abwärts ziehen, um den Schenkelbruchsack für Hand und Instrumente zugängig zu machen. Er wird freigemacht, reseziert, wie bei der Kocher'schen Operation bauchwärts invaginiert und von der Bauchhöhe her unterbunden usw. Bestehen Brucheinklemmungen oder floride Appendicitiden, so unterliegt die Statthaftigkeit, beide Operationen zusammen zu machen, natürlich manchen Bedenken, die von Fall zu Fall zu erwägen sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

18) **W. B. Coley.** Industrial accidents in relation to the developement of hernia.

(Intern. journ. of surgery 1908. Februar.)

C. sah in den letzten 3 Jahren 5299 Hernien bei Erwachsenen. 70% konnten keine Ursache angeben; 25% nannten schweres Heben als Veranlassung. Der Rest führt seine Brüche auf Husten, Niesen, Pressen beim Stuhlgang, Fall aus der Höhe vom Pferd oder Rad, auch auf Tritte zurück. Andere beobachteten den Austritt zuerst beim Springen. C. steht auf demselben Standpunkt wie Berger in seiner großen französischen Statistik, daß meistens der Bruch keine plötzliche Unfallfolge ist, sondern durch eine auf angeborener Hemmungsbildung beruhende Schwäche vorbereitet ist. Es gibt aber auch echte traumatische Hernien nach Schlag, Sturz oder Stoß. Sie sind dann klein, einseitig, können inkarzeriert sein. C. führt dafür Beispiele an.

Zum Schluß fügt er eine Reihe von Gerichtsentscheidungen über Unfallhernien bei.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

19) **Bardescu.** Die Leistenmethode in der Operation der Schenkelbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. operiert seit einer Reihe von Jahren die Schenkelbrüche indirekt auf dem Leistenwege und hält diese Methode der direkten Inangriffnahme des Schenkelkanals für überlegen, und zwar selbst bei eingeklemmten Brüchen. Es wird so verfahren, daß der Schnitt oberhalb des Lig. Pouparti angelegt wird; dann inzidiert man die Aponeurose des M. obliq. ext., zieht den freipräparierten Samenstrang, bzw. das Lig.

rotundum nach innen, durchschneidet am Innenrand die Fascia transversa und legt von hier aus den Sack des Schenkelbruches frei, um ihn dann unter dem Pouparti'schen Band nach oben durchzuziehen, gegen die Bauchhöhle möglichst weit zu isolieren, dann abzubinden und abzutragen. Starke Netzverwachsungen werden wenn nötig zuvor von oben her nach Eröffnung des Bauchfells vom Leistenkanal aus unterbunden und durchtrennt. Ebenso findet von oben her die Reposition eingeklemmter Darmschlingen statt, nachdem man vorher den Schenkelbruch selbst eröffnet und der Flüssigkeit in ihm Abfluß verschafft hat. Der Verschluß des Schenkelkanals wird durch Vernähung des Ligamentum Cooperi mit dem Lig. Pouparti hergestellt. Dann findet die Sicherung des Leistenkanals nach der Methode von Bassini statt, sofern es überhaupt erlaubt ist, die Wunde ganz zu schließen. In der Schenkelvertiefung wird die Aponeurose vernäht, dann die Hautnaht angelegt. Nach 2 Wochen kann Pat. das Bett verlassen. Die Methode wurde bei 22 Pat., deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt sind, angewendet. Eine Schwächung der Leistengegend durch die dorthin verlegte Inzision wurde nicht beobachtet, so daß dieser dem Verfahren gemachte Vorwurf hinfällig erscheint.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

20) **J. Hahn.** Die Radikaloperation der Überhernien mit Hilfe der systematischen Dehnung der Bauchdecken.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß Pat., welche wegen übergroßer Hernien operiert werden, wegen des räumlichen Mißververhältnisses zwischen der relativ zu klein gewordenen Bauchhöhle und ihres Inhaltes leicht an Insuffizienz der Atmung starben. Um diese Gefahr zu vermeiden empfiehlt er, vor dem Eingriff die Ausweitung der Bauchhöhle vorzunehmen. Dies soll dadurch geschehen, daß man Repositionsmanöver an dem Bauche vornimmt und durch einen Mull- und Stärkebindenverband das jeweils erzielte Resultat zu erhalten bestrebt ist. Setzt man das Verfahren eine Zeitlang fort, so kann man selbst stark verwachsene Brüche allmählich in die Bauchhöhle zurückbringen. Bei den allerschwierigsten Fällen kommt man allerdings auch mit diesem Verfahren nicht aus. Dann ist meist die Enge der Bruchpforte daran schuld, daß die Reposition mißlingt. Aus diesem Grunde erweitert H. durch eine Inzision von 2—10 cm vorerst die Bruchpforte und stellt dann die etappenweisen Repositionsmanöver an, denen die Retentionsverbände folgen. Erst wenn der gesamte Bruchinhalt beschwerdefrei in der Bauchhöhle ertragen wird, besonders wenn kein Beklemmungsgefühl mehr entsteht, wird zur Radikaloperation geschritten. Bei sehr weiter Bruchpforte würde durch das Zusammenziehen der Bruchpfortenränder bei der Naht die Bauchhöhle neuerdings verkleinert und die Gefahr des Mißverhältnisses zwischen Masse und Rauminhalt aufs neue heraufbeschworen werden. Für diese Fälle wird empfohlen, den Bruchsack in die Bauchhöhle einzustülpen und

diese durch Inversion gebildete, im Bauche liegende Höhlung durch eine Hohlkugel auszufüllen. Unter dem Worte »Überhernien« faßt H. alle Brüche zusammen, die sich durch besondere Größe wie durch ihre schlechte Operationsprognose auszeichnen. An drei Kranken- und Operationsgeschichten werden die Erfolge des Verfahrens gezeigt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.)

---

21) **Pförringer.** Zur Röntgendiagnostik der Magenerkrankungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Verf. hat an 17 Personen Untersuchungen nach der Methode von Rieder und Holzknecht vorgenommen. Wie letzterer, so gibt auch er der Röntgenoskopie den Vorzug vor der Röntgenographie. Diese liefere nur gute Resultate bei Anwendung von Momentaufnahmen, während bei Zeitaufnahmen häufig, namentlich bei gewissen pathologischen Verhältnissen, wie Stenosen, infolge der peristaltischen Bewegungen das Bild ein undeutliches wird. Außerdem hat die Platte den Nachteil, daß die Bewegungen des Magens vollständig verloren gehen.

Die Untersuchungen machte Verf. im Stehen, in dorsoventraler und frontaler Durchleuchtungsrichtung. Die Focusschirmdistanz betrug 1 m. Als »normale« Form des Magens bezeichnet er die von Holzknecht angegebene. Hochgradige Magensenkungen fand Verf. nur an Frauen, nie an Männern.

Bei der Prüfung der Motilität dürfte dabei in Betracht kommen nicht nur, wann sich der Magen entleert hat, sondern auch die Frage, wann die Entleerung beginnt und nach welcher Zeit man normalerweise bereits Wismut jenseits des Pylorus im Duodenum nachweisen kann, und ob eine Verzögerung dieses Befundes diagnostisch verwertbar ist.

Dieses Symptom könnte eventuell, wenn es sich als brauchbar erweisen soll, von Wichtigkeit werden bei der Frühdiagnose des Karzinoms, und zwar in höherem Grade als der Zeitpunkt der völligen Entleerung.

Zum Schluß bestätigt Verf., daß »die Methode eine praktisch außerordentlich brauchbare ist, welche in vielen Fällen erfolgreich mit unseren bisherigen Untersuchungsmitteln konkurrieren kann; sie wird die chemischen Untersuchungsmethoden niemals verdrängen, ist aber in der Erkennung einer Reihe von Erkrankungen, namentlich bei Lage- und Gestaltveränderungen, unseren bisherigen Methoden überlegen, so daß sie als eine willkommene Bereicherung und Ergänzung derselben angesehen werden kann«.

Gaugele (Zwickau).

---

22) **Jollasse.** Über den Wert des Röntgenverfahrens bei der Diagnose der Lageanomalien des Darmes und der Behandlung der chronischen Obstipation.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 5.)

Verf. weist darauf hin, wie notwendig für die meist empfehlenswerte Bauchmassage bei obigem Leiden die zuvorgehende Feststellung der Lage des Dickdarmes ist. In seltenen Fällen pflegt nämlich das Colon transversum so zu liegen, wie es in den Lehrbüchern der Anatomie gezeichnet ist. Vielmehr pflegt gerade das Colon transversum, wie man durch die Röntgenstrahlen nach Einführung der Rieder'schen Wismutmahlzeit leicht nachzuweisen imstande ist, tief nach unten zu hängen, so daß die Massage des Colon transversum, wie sie in den Lehrbüchern der Massage angegeben und gewöhnlich ausgeführt wird, häufig ganz verfehlt zu nennen ist.

Verf. empfiehlt daher mit Recht, bevor man zur Massage schreitet, die Feststellung des Darmverlaufes im Röntgenbilde.

Gaugele (Zwickau).

---

23) **Delore** et **Thevenot.** Contribution à l'étude de la jejunostomie.

(Arch. génér. de chir. 1908. II, 3.)

Nach einer ausführlichen kritischen Betrachtung der physiologischen Verhältnisse nach der Jejunostomie kommen Verff. auf Grund eigener Beobachtungen (vier ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten) zum Schluß, daß die Jejunostomie nicht die Geringschätzung verdient, die viele Chirurgen für diese Operation hegen. Die Resultate der Operation sind gut, wenn eine einfache Technik gewählt wird, die einen selbständigen Schluß der Fistel gestattet, wie dies bei der Operation nach v. Eiselsberg-Witzel der Fall ist. Demzufolge ist die Jejunostomie dringend indiziert beim Karzinom der Speiseröhre, wenn der Magen so retrahiert und geschrumpft ist, daß die Gastrostomie unmöglich ist. Ebenso besteht eine Indikation beim Magenkrebs, wenn sich Gastrostomie oder Gastroenterostomie nicht ausführen lassen. Bei Magenverätzungen wirkt die Jejunostomie in Anbetracht der ausgedehnten Verletzungen als direktes Heilmittel, ebenso bei spontanen oder postoperativen Magenfisteln, die sich nicht direkt schließen lassen. Für das Magengeschwür kommt die Jejunostomie nur dann in Betracht, wenn es sich um wiederholte Rezidive trotz lange fortgesetzter interner Behandlung oder wiederholte Hämorrhagien handelt, und das Geschwür nicht am Pylorus sitzt.

In all diesen Fällen ist die Jejunostomie vor allem deshalb so wertvoll, weil sie reichliche Nahrungszufuhr und absolute Ruhigstellung des Magens gewährleistet.

(Siehe auch Zentralbl. f. Chir. 1908 Nr. 17: Delore u. Leriche.)

Strauss (Nürnberg).

---

24) **L. Levin.** Effects of experimental injuries of the pancreas.
(Journ. of med. research 1907. Nr. 3.)

L.'s Versuche lehnen sich an die Doberauer's an. Bei sechs Hunden nahm er doppelte Unterbindung und Durchtrennung des Pankreas vor. Resultat: Nur die Teile in der Nähe der Ligaturen zeigten interstitielle Pankreatitis, sonst keine Veränderungen; ein Tier ging an Infektion zugrunde. Bei vier Hunden und drei Katzen zerstörte L. ein etwa zollgroßes Stück des Pankreas und unterband jedes dabei blutende Gefäß für sich. Resultat nach 2—3 Wochen: Das geschädigte Pankreasstück ist z. T. resorbiert, bietet z. T. das Bild interstitieller Entzündung; das übrige Pankreas ist normal.

Bei sechs Hunden und zwei Katzen zerstörte L. einen Teil des Pankreas oder durchtrennte dasselbe mit gleichzeitiger Unterbindung der wichtigsten Blutgefäße. Resultat: drei Tiere starben innerhalb 2 Tagen an akuter Pankreatitis; Fettnekrose, freie hämorrhagische Flüssigkeit im Bauchraum. Die anderen Tiere magerten z. T. ab und zeigten bei ihrer Tötung zwischen 10 und 21 Tagen interstitielle Pankreatitis.

Bei der vierten Serie wurden an sieben Hunden und vier Katzen 6—8 Ligaturen rund um das Pankreas gelegt. Von ihnen starben bzw. waren so elend, daß sie nach spätestens 3 Tagen getötet werden mußten, sieben Tiere. 6mal fand sich freie hämorrhagische Flüssigkeit, 4mal akute Pankreatitis, 2mal Gangrän des Duodenum, 1mal das Duodenum im Zustand starker venöser Hyperämie, mehrfach subseröse Hämorrhagien und 4mal Fettnekrose. Bei den vier überlebenden Tieren entwickelte sich eine interstitielle Pankreatitis.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

25) **N. Guleke.** Über die experimentelle Pankreasnekrose und die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen. II. Teil.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Der erste Teil dieser Arbeit wurde schon vor 2 Jahren publiziert. In dem vorliegenden Abschnitt derselben galt es deswegen, zu einer neuen Reihe von Experimenten und Resultaten anderer Forscher Stellung zu nehmen. Vor allem suchte Verf. Doberauer's Annahme zu widerlegen, daß die hauptsächlichste Todesursache bei Pankreasnekrose der Zerfall der Pankreaszellen sei. Der Versuch, das durch Anlegung einer inneren Pankreasfistel zu erreichen, mißlang anfänglich, weil die Durchschneidung des Ausführungsganges bei Hunden meist zu obturierenden Verklebungen führte, selbst nach partiellen Pankreasresektionen. Erst nachdem G. das Operationsfeld an die hintere Wand des Duodenums verlegte, erzielte er bei einer Reihe von Versuchstieren eine funktionierende Fistel. Bei diesen zeigte sich nun folgendes: Gelangten genügend große Mengen Pankreassaft in die freie Bauchhöhle und kamen sie zur Resorption, so führte das eine Vergiftung herbei, die mit dem Tode endigte. Dasselbe Resultat wurde auch erhalten, wenn der Pankreassaft eines anderen Tieres eingeführt wurde.

Es traten dann Fettnekrosen, Blutungen und ständig schwere Nierenrindendegenerationen auf. Dadurch erscheinen die toxischen Eigenschaften auch des inaktivierten Pankreassekretes völlig erwiesen, und die Annahme, daß die zerfallenen Zellen der Bauchspeicheldrüse den Tod herbeiführen, nicht mehr als stichhaltig. Auch auf Grund der klinischen Erfahrungen sind die Fettgewebsnekrosen als eine Folgeerscheinung der Pankreaserkrankungen anzusehen. Experimentell konnte Verf. weiter nachweisen, daß das plötzliche Zugrundegehen des halben Pankreas stets eine tödliche Vergiftung herbeiführt. Bei geringerem Pankreasverluste hängt der Grad der Vergiftung vom jeweiligen Sekretionszustand der Drüse ab. An welchen Bestandteil des Sekretes die Giftwirkung gebunden ist, wissen wir noch nicht. Durch Einspritzen steigender Dosen Trypsin gelingt es, die Tiere vor dem Tode zu bewahren. Auch hinsichtlich des Wertes aktiver therapeutischer Maßnahmen hat G. aus Tierversuchen Anhaltspunkte zu erhalten gesucht. Er kommt zu der Ansicht, daß bei sehr schweren Fällen weder Spaltung noch Tamponade den ungünstigen Ausgang hindern können. Für leichtere Fälle empfiehlt er dagegen Spaltung der Kapsel und Tamponade mit genauem Abschluß der Drüse von ihrer Umgebung. Das einfache Abfließenlassen des Exsudates hält er für ungenügend; die Grenzen der Therapie dürfen freilich nicht zu eng gezogen werden, da wir die leichten Fälle nicht von den schweren unterscheiden können.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

26) **Davis.** Primary hemangiomata of muscle.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. März.)

Mit den sechs neuen Fällen des Verf.s, deren Krankengeschichten eingehend wiedergegeben sind, sind bisher 135 Fälle von primärem Muskelangiom publiziert worden. Alle diese Fälle hat Verf. übersichtlich tabellarisch geordnet nach Autor, Zeitschrift, Lebensalter, Geschlecht, Dauer des Leidens, Lokalisation, Behandlung, Resultat und Besonderheiten.

Von den sechs eigenen Fällen des Verf.s sind fünf in Halsted's Klinik und einer in Garret's Kinderkrankenhaus beobachtet worden. Zweimal war das Leiden angeboren, zweimal nach Trauma entstanden; das Lebensalter schwankte von 5 bis zu 25 Jahren; viermal waren die Pat. männlichen, zweimal weiblichen Geschlechts. Befallen waren Vastus internus, Gastrocnemius und Soleus, Flexor digit. sublimis und profundus, Obliquus abdominis externus und internus, Masseter und Buccinator, Tibialis anticus, extensor hallucis proprius, extensor digitorum longus, peroneus tertius.

Nach vollständiger bzw. teilweiser Exzision wurde fünfmal Heilung, einmal Besserung erzielt.

W. v. Brunn (Rostock).

27) **Brandenstein.** Zur Frage der Antitoxinbehandlung beim Wundstarrkrampf.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 96.)

In der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Berlin-Friedrichshain kamen in den letzten 15 Jahren 26 Fälle von Tetanus zur Behandlung, von denen, wie die beigefügten Krankengeschichten ergeben, sechs ohne Tetanusserum, die

übrigen mit solchem behandelt sind. Alle sechs ohne Serum behandelten Pat. sind gestorben, von den mit Serum behandelten vier genesen. Doch handelt es sich bei diesen vier Fällen im Gegensatze zu den übrigen um leichte Formen mit einem Latenzstadium von 9—15 Tagen, während die Inkubationszeit bei den übrigen meist weniger als 8 Tage betrug. Diese Erfahrungen bestätigen also den alten Satz, daß der Ausgang des Tetanus im wesentlichen von der Latenzzeit abhängig ist, an dessen Richtigkeit die Serumtherapie nichts zu ändern imstande gewesen ist. Dabei macht es, wie sich zeigte, nichts aus, ob das Serum subkutan, subdural oder endoneural eingeführt wurde. B. sieht deshalb die Seruminjektionen nach Ausbruch des Tetanus als überflüssig an, befürwortet dagegen die weitere Prüfung prophylaktischer Seruminjektion vor Ausbruch der Krankheit. Es kommen dabei hauptsächlich Wunden in Betracht, die mit Gartenerde, Straßenstaub oder auch Pferdekot in Berührung gekommen sind, ferner Verletzungen mit Holzsplittern, Schußverletzungen, Erfrierungen usw. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **Schwarz.** Zur Frage der Behandlung des äußeren Milzbrandes beim Menschen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 420.)

v. Bramann, aus dessen Klinik in Halle S.'s Arbeit hervorgegangen ist, vertritt ebenso wie Lexer die Lehre, daß die richtige Behandlung der Milzbrandpustel die nicht operative exspektative sei, die der operativen unbedingt vorzuziehen ist. In der Hallischen Klinik hat sich dieser Grundsatz seit 17 Jahren praktisch bewährt, und um neuerdings von anderer Seite (Burlach usw.) abweichenden Ansichten entgegenzutreten, veröffentlicht S. die Krankengeschichten der letzten zwölf seit dem Jahre 1905 in Halle behandelten einschlägigen Fälle. Dieselben betreffen Milzbrandaffektionen an verschiedenen Stellen, Extremitäten, Gesicht, Hals usw., und waren zum Teil schwerster Art, wie namentlich Krankengeschichte und Photogramm eines am Augenlid infizierten Mannes zeigen, dessen Gesicht und Hals so hochgradig angeschwollen war, daß Nötigwerden von Tracheotomie befürchtet wurde. Alle Pat. sind bei völlig exspektativer Behandlung, wobei erkrankte Extremitäten durch Suspension ruhig gestellt wurden, genesen. Es kommt nach diesen Erfahrungen lediglich darauf an, die Anthraxpustel nicht zu malträtieren, während jede Inzision oder Einspritzung leicht durch Eröffnung von Blutgefäßen eine Einwanderung von Bazillen herbeiführen und somit schaden kann. Theoretisch und pathologisch ist daran festzuhalten, daß der Mensch relativ immun bzw. refraktär gegen Milzbrand ist. Eintretende schwere Allgemeinerscheinungen sind nicht als septhämisch, sondern als toxämisch aufzufassen; für gewöhnlich scheinen beim Menschen die Milzbrandbazillen nur in die Lymphwege einzudringen, wo sie zur Vernichtung gelangen; zur Vermeidung einer allgemeinen Blutinfektion aber ist nichts geeigneter als die Hallische, unbedingt konservative Therapie.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **M. Claudius.** Jodchromcatgut.

(Hospitalstidende 1908. p. 458.)

Da Jodcatgut leicht resorbiert wird, hat Verf. seine Methode folgendermaßen verändert. Das Rohcatgut wird auf 2—3 Wochen in eine Lösung von je 1% Jod, Jodkalium und Bichromas calicus, dann in eine gewöhnliche 1%ige Jod-Jodkaliumlösung gelegt, worin es fortan aufbewahrt wird. Am besten verwendet man es erst, nachdem es einige Tage in der zweiten Lösung gelegen hat, da alle freien Chromsalze ausgeschwemmt werden sollen. Durch diese Herstellungsart wird die Resorbierbarkeit in erheblichem Grade verringert. **Einar Key** (Stockholm).

30) **W. Bartlett.** Prophylactic use of the filigree in infected wounds of the abdominal wall.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Verf. empfiehlt sein Silberdrahtnetz, das er jetzt in insgesamt 36 Fällen mit recht gutem Erfolge verwendet hat, auch für infizierte Bauchwunden, um einen

postoperativen Bauchbruch zu vermeiden, was ihm bisher in fünf von sechs kurz beschriebenen Fällen gelang, die er durchschnittlich 10 Monate lang nach der Operation noch beobachten konnte. Röntgenuntersuchungen ergaben zwar, daß in einzelnen Fällen die Drahtnetze zerbrochen waren; trotzdem hatten die Pat. keine Beschwerden, obwohl in diesen Fällen die Bauchdecken nur aus Bauchfell, Drahtnetz und Haut bestanden.

Versuche an Hunden und Katzen ergaben, daß die Drahtnetze einheilten, ohne daß besondere aseptische Maßnahmen nötig waren. Die so eingeheilten Netze zeigten sich recht widerstandsfähig gegen intraabdominalen Druck, indem es eher zu einer Ruptur der gefüllten Darmteile als zur Berstung der Bauchdecken kam.

B. glaubt daher, durch sein Drahtnetz auch den postoperativen Darmvorfall verhüten zu können. Eine ausführliche Schilderung der Technik ergänzt die Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

31) **Pels-Leusden.** Über den sogenannten kongenitalen Defekt der Bauchmuskulatur, zugleich ein Beitrag zur Physiologie der Bauchmuskel- und Zwerchfellsfunktionen und zum Descensus testiculorum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt zwei Fälle, in denen es sich um einen so gut wie vollständigen angeborenen Defekt der Mm. obliqui und transversi abdominis handelte, neben welchem noch eine Dilatation des Magen-Darmkanals, hochgradige Enteroptose und beiderseitiger Kryptorchismus bestand. Bezüglich der Ätiologie ist zu bemerken, daß eine Poliomyelitis anterior in beiden Fällen nicht zugrunde lag. Während Stumme, der eine Reihe analoger Fälle zusammenstellte, der Meinung ist, daß ein im Bereiche der Harnröhre gelegenes Abflußhindernis und die dadurch bedingte Erweiterung der Blase eine Atrophie der Bauchmuskulatur durch Druck hervorrufe, nimmt L. eine Hypoplasie der Bauchmuskeln als Ursache der Veränderungen an. Diese erklärt auch nach seiner Angabe zwanglos die weiteren Anomalien, die sich bei solchen Fällen vorfinden, die Blasenhypertrophie und Dilatation, den mangelhaften Descensus testiculi, die Enteroptose usw. aus der durch die mangelhafte Muskulatur bedingten Funktionsunfähigkeit der Bauchwandung. Verf. bespricht im einzelnen die Art und Weise der Wirkung der Bauchpresse auf den Descensus testiculorum und die Lagerung der Eingeweide, für welch letztere die Beschaffenheit der Bauchwand eine vielleicht größere Rolle spielt als die Aufhängebänder. In den Fällen des Verf.s resultierte besonders der Tiefstand der Leber und Milz aus der Veränderung der Bauchwandung. Die Zwerchfellsatmung wurde beim Inspirium durch den Defekt nicht gehindert, andererseits wurde das Zwerchfell beim Exspirium nicht genügend zur Entfaltung gebracht, so daß es tief stand und eine Abflachung seiner Kuppe erlitt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

32) **Goerlich.** Das unabsichtliche Zurücklassen von Fremdkörpern bei ärztlichen Eingriffen.

(Med. Korrespondenzblatt d. württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Nr. 11 u. 12.)

Anschließend an den Fall einer 60jährigen Pat., bei der nach abdomineller Entfernung einer verkalkten Ovarialcyste wegen Blutung tamponiert werden mußte, sodann beim Herausziehen des Tampons unbemerkt ein Stück zurückblieb, das später durch die Blase auswanderte und durch die Harnröhre entfernt wurde, hat Verf. 235 Fälle von unabsichtlich intraperitoneal zurückgelassenen Fremdkörpern zusammengestellt. Die gynäkologischen Operationen stellen weitaus das größte Kontingent. 165mal wurden Kompressen, Tupfer und ähnliches zurückgelassen, 43mal Instrumente, 6mal ein Gummidrain, 2mal ein Fingerring. Unter 205 Fällen mit genügenden Angaben wurde 138mal der Fremdkörper bei Lebzeiten entfernt mit 13 Todesfällen; 65mal wurde er erst bei der Sektion gefunden. Unter den 138 Fällen, in denen der Fremdkörper in vivo teils spontan, teils operativ beseitigt wurde, sind vier Gruppen zu unterscheiden: 1) Der Fremdkörper wird noch

während der Operation oder durch Wiedereröffnung der noch frischen Wunde entfernt. 24 Fälle mit 22 Heilungen. Nur der ungefährliche Verlauf der Heilung oder der schwere, event. aussichtslose Zustand des Pat. darf in solchen Fällen von einer Wiedereröffnung der Wunde zurückhalten. 2) Der Fremdkörper bleibt wochen-, monate- oder jahrelang im Körper des Operierten zurück und geht dann spontan ab oder 3) er wird durch einen kleinen Eingriff entfernt. Entweder es schließt sich direkt an die Laparotomie eine stürmische Rekonvaleszenz an, oder es erfolgt zunächst Einheilung und erst nach Monaten oder Jahren unter allmählich oder plötzlich eintretenden Erscheinungen die Elimination, 31 Fälle mit spontanem Abgang, darunter 2 Todesfälle; 40mal wurde der Fremdkörper mittels eines kleineren Eingriffes entfernt, mit einem Todesfalle. 4) Zur Entfernung des zurückgelassenen Gegenstandes wird eine sekundäre Laparotomie notwendig, oft infolge schwerer Erscheinungen (Peritonitis, Ileus). 43 Fälle mit 8 Todesfällen. Die Sekundärlaparotomie sollte nur dann vorgenommen werden, wenn wirklich bedrohliche Symptome auftreten.

Der Fremdkörper wurde beim Lebenden 82mal aus der Bauchhöhle, 41mal aus dem Darm, 8mal aus der Blase, 7mal aus der Scheide teils spontan, teils operativ entfernt. Die Gesamtsterblichkeit betrug 39%. G. geht schließlich auf die juristische Seite der Sache ein und stellt 13 Fälle zusammen, in denen wegen Zurücklassens von Fremdkörpern in der Bauchhöhle Haftpflichtprozesse gegen den betreffenden Arzt angestrengt wurden. **Mohr** (Bielefeld).

33) D. A. K. Steele. Stab wound of fetus in utero.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Bei dem in der medizinischen Literatur wohl einzig dastehenden Falle des Verf.s handelte es sich um einen Suizidversuch einer 19jährigen IIpara, die sich im 7. Monate der Schwangerschaft einen Schnitt in die rechte Bauchseite beibrachte. Die Wunde heilte ohne Komplikation in 8 Tagen, die Schwangerschaft blieb ungestört. An ihrem Ende erfolgte die Geburt eines lebenden, gut entwickelten Kindes, das einen Vorfall des ganzen Darmkanales zeigte und deshalb in chirurgische Behandlung kam. Die weitere Untersuchung ergab eine zollange Schnittwunde in der linken Bauchseite des Kindes, zahlreiche Verwachsungen, die das Bauchfell abschlossen, und einen Vorfall von Jejunum, Ileum und Kolon. Die Laparotomie in der Mittellinie ergab, daß das Jejunum distal von der Radix mesenterii quer durchtrennt war, und daß die beiden durchtrennten Enden durch Narbengewebe geschlossen waren. Im Magen befand sich blutig-flüssiger Inhalt, der durch den Mund entleert wurde. In Anbetracht des elenden Zustandes des Kindes wurde von einer Anastomose abgesehen und die Därme lediglich reponiert. Das Kind starb nach 8 Stunden. **Strauss** (Nürnberg).

34) B. Carlson. Ett fall af kronisk peritonit i bukens vänstra sidoregion.

(Hygiea 1907. p. 896—898.)

Verf. stellt als einen besonderen Typus von chronischer Peritonitis das Auftreten von Verwachsungen zwischen dem äußeren Blatte des Mesosigmoideum oder dem äußeren Blatte des Mesosigmoideum mitsamt dem Darmrohr und dem Peritoneum parietale bei Fehlen sonstiger Verwachsungen im Bauche, die mit einer ausgebreiteteren Peritonitis in Zusammenhang gebracht werden können, auf und sucht die Ursache dieser Lokalperitonitis in einer speziell in diesem Teile des Darmes sich leicht festsetzenden Infektion. C. bespricht einen mit gutem Resultat operierten Fall. **Einar Key** (Stockholm).

35) Ranzi. Zur Differentialdiagnose der gedrehten cystischen Tumoren der weiblichen Genitalorgane gegenüber Appendicitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Mitteilung von vier Fällen, in denen es sich um Stieldrehungen von rechtsseitigen apfel- bis faustgroßen Cysten handelte, die das Bild der akuten bzw. rezidi-

vierenden Appendicitis vortäuschten und auch unter dieser Diagnose operiert wurden. Zweimal waren die Cysten vom Eierstock ausgegangen, in einem Falle bestand eine Parovarialcyste, im vierten war eine gedrehte Hydrosalpinx vorhanden.

Für die Therapie sind derartige Fehldiagnosen belanglos, da in jedem Falle die Laparotomie indiziert erscheint. An die Möglichkeit einer Adnexerkrankung sollte bei jeder akuten Appendicitis gedacht werden. **Langemak** (Erfurt).

36) F. Linkenheld. Beiträge zur Brucheinklemmung der Appendices epiploicae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 383.)

Drei in der Göttinger Klinik operierte Fälle von in Bruchsäcken eingeklemmten Appendices epiploicae berichtend, dazu die sonst bislang beschriebenen analogen Fälle erwähnend, sowie die anderweitigen gelegentlich von den Appendices verursachten Erkrankungen berücksichtigend, gibt L. in seiner Arbeit mehr als deren Titel verspricht: eine kurze Übersicht über die durch die Appendices veranlaßten Krankheitsbilder. Die Brucheinklemmung — ebenso wie die Achsendrehung — der Appendices veranlaßt Schmerzen in der Bauchgegend, ausstrahlend in den Bauch, doch ohne Darmeinklemmungserscheinungen, weshalb die Operationen unter Umständen erst nach mehreren Tagen erfolgen. In den Göttinger Fällen, denen sieben andere in der neueren Literatur zur Seite stehen, wurden die gefundenen eingeklemmten Appendicis exstirpiert; übrigens genas nur ein Pat., der zweite starb an einer Aneurysmenberstung der Iliaca, der dritte an Magengeschwürsblutung. Aus dem vorliegenden Beobachtungsmaterial ergibt sich, daß die Appendixbrucheinklemmung häufiger links als rechts sitzt, was leicht verständlich, da nur genügend bewegliche Appendices, also insbesondere solche des S. Romanum, in einen Bruchsack zu gelangen imstande sind. Außerdem bedürfen diese Fortsätze einer genügenden Länge, um einklemmungsfähig zu werden. Die in den Göttinger Fällen gesehenen Exemplare (s. mehrere Abbildungen) geben hierfür Beispiele, insbesondere eine 15 cm lange Appendix. Bisweilen bewirkt die Einklemmung oder Torsion der Appendices eine peritonitische Entzündung, die zu Verwachsungen und weiteren pathologischen Folgen führen kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) W. H. Thomson. Case of strangulated inguinal hernia in an infant 29 days old: operation: recovery.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 8.)

Der Inhalt der kurzen Mitteilung wird im wesentlichen durch die Überschrift ausgedrückt. Das Interesse des Falles liegt in dem frühen Lebensalter)

Weber (Dresden).

38) R. Basset. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Hernien der Regio duodeno-jejunalis.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 510.)

Nach einer kurzen anatomischen Beschreibung des Recessus duodenojejunalis sinister und des Recessus duodenojejunalis posterior, sowie einer Definition der Hernia duodenojejunalis sinister (Treitz) und der Hernia duodenojejunalis posterior Gruber-Landzert) wird zunächst eine bei der Sektion eines 80jährigen Mannes als Nebenbefund konstatierte Hernie der ersten Art beschrieben, die alle für sie charakteristischen Merkmale — Bruchsack in der linken Leibeshöhle gelegen, Bruchpforte an der rechten Seite des Bruchsackes, Verlauf der Vena meseraica inferior in seinem freien derben Rande — aufweist. Daran schließen sich zwei Fälle von Hernia duodenojejunalis posterior mit ihren vom Treitz'schen Bruch abweichenden Merkmalen — Bruchsack in der rechten Leibeshöhle, Bruchpforte an der linken Seite des Bruchsackes, gefäßfreier, zarter, dünner Rand der Bruchpforte. — Auch diese beiden inneren Brüche hatten keine klinischen Erscheinungen verursacht. **Doering** (Göttingen).

39) **L. Galassi.** Sull' ernia dell' uretere.
(Policlinico 1908. Sez. chir. Nr. 3.)

Verf. berichtet über einen jener seltenen Fälle, in denen ein Harnleiter einen Teil des Bruchinhaltes ausmacht. Bei einem 17jährigen Mädchen wurde bei der Operation eines Schenkelbruches ein gänsekieldicker runder, hohler Strang gefunden. der in der Nähe des Buchsackhalses in den Bruch herabstieg und hier fest verwachsen war. Die genaue Untersuchung des losgelösten Stranges ergab, daß es sich um den Harnleiter handelte.

Im Anschluß daran berichtet Verf. über 15 analoge Fälle aus der Literatur, ohne aus der Gesamtheit der Fälle irgendwelche charakteristischen Merkmale der anatomisch und chirurgisch wichtigen Abnormität feststellen zu können.

Irgendwelche Beschwerden von seiten der Harnentleerung fehlten fast durchwegs. **Strauss** (Nürnberg).

40) **A. Fromme.** Über einen Fall von Hernia retroperitonealis anterior sinistra incarcerata.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XCII. p. 365.)

Der im St. Johannis-Hospital zu Bonn operierte Fall betrifft einen 59jährigen Mann, der mit einem linksseitigen Leistenbruch behaftet war. Seit einigen Tagen Leibschmerzen, seit einem Tag innere Einklemmungserscheinungen, seit deren Eintritt der Leistenbruch leer blieb, Pat. seinen Urin auch nur nach längerem Drücken und unter geringen Schmerzen entleeren konnte. Die Bauchuntersuchung ergibt nichts Besonderes. Bei der Laparotomie finden sich die Leistenbruchpforten frei, aber eine 10 cm lange Dünndarmschlinge, eingeklemmt in einem Bauchfellringe, der direkt hinter der Symphyse wenig nach links an der vorderen Bauchwand sitzt. Debridement des Einklemmungsringes, Entwicklung des sich alsbald bewegenden Darmes. Der retroperitoneale Bruchsack zeigt sich, digital abgetastet, hinter der Symphyse und dem linken Schambein prävesikal gelegen. Er wird hervorgezogen, reseziert und bei der Bauchnaht mit gefaßt. Glatte Heilung.

Die Eingangspforte des inneren Bruches scheint zwischen medialem und lateralem, linksseitigem Blasenband gelegen zu haben. — F. zieht mehrere ähnliche Fälle »paravesikaler« innerer Hernien heran und gibt ein elf Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven.)

41) **Jaehne.** Beitrag zur operativen Behandlung der inneren Hernien.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 439.)

Ein 22 Jahre alter Arbeiter bekam ohne nähere Veranlassung Inkarzerationserscheinungen, die sich anderen Tages wohl infolge spontaner Lösung der Einklemmung wieder verloren. 8 Tage später traten nach dem Heben eines 150 Pfd. schweren Kastens wieder Symptome von Brucheinklemmung auf: Leibschmerzen, Stuhlverhaltung und Erbrechen. Nach 8tägiger Krankheit fand man bei normaler Temperatur Auftreibung des Leibes, Bauchdeckenspannung, Druckempfindlichkeit, besonders in der Ileocoecalgegend und kostale Atmung. Erbrechen und Stuhlverhaltung dauerten an. Unter der Diagnose einer Wurmfortsatzperitonitis wurde laparotomiert mit einem Schnitt vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse. In der Bauchhöhle fand man ein steriles, trübseröses Exsudat und Einklemmung einer Ileumschlinge 20—25 cm oberhalb der Bauhini'schen Klappe in der Fossa praevesicalis dextra. Durch Spaltung des Schnürringes wurde die Einklemmung gelöst, wobei die Schnürfurche platzte. Daher 25—30 cm lange Ileumresektion und seitliche Enteroanastomose zwischen Dünndarm und der Mitte des Colon transversum. Nach anfänglich bedrohlichem Befinden erfolgte Heilung, die durch Fasciennekrose und eine spontan sich schließende Kotfistel kompliziert war. Von sechs analogen Fällen wurden bisher drei operiert und auch geheilt; der mitgeteilte Fall ist also der vierte.

Erwähnen möchte ich noch die unfalltechnische Seite des Falles. Obgleich die plötzliche, kräftige Anspannung der Bauchmuskulatur beim Heben des Kastens

in Übereinstimmung mit anderen Autoren als ursächliches Moment für die Entstehung der Einklemmung anerkannt wurde, lehnte der Begutachter zunächst die Tatsache eines Unfalls ab, weil das Heben von Lasten nicht über das Betriebsübliche hinausgehe. Doch schloß sich das Schiedsgericht dieser Auffassung nicht an, weil das schädliche Ereignis auch ein im Betrieb regelmäßig wiederholtes sein könne.

Reich (Tübingen).

42) **Harvie.** A case of hair ball in the stomach.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 7.)

Operative Entfernung eines Haarballens aus dem Magen eines 10 Jahre alten Mädchens. Der Ballen bildete einen Ausguß des Mageninnern; die große Kurvatur maß 39 cm, der Umfang 21 cm. Heilung.

W. v. Brunn (Rostock).

43) **A. v. Klautz jun.** Zur operativen Behandlung des perforierten Magengeschwüres.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. hat in 4 Jahren elf Fälle von Magenperforation mit 73% Mortalität operiert. Die schlechten operativen Resultate sind der späten Einlieferung der Pat. zuzuschreiben. Die Naht des perforierten Geschwürs wird als das Normalverfahren angesehen. Wesentlich ist eine gute Ernährung nach der Operation. Sie wird am besten durch die Jejunostomie gewährleistet oder durch Hochenegg's Verfahren, Einführung eines Gummischlauches in das Loch im Magen nach dem Duodenum durch den Pylorus hindurch und Fixation von Rohr und Magen in der Bauchwand. Bei Pylorusstenose durch das Geschwür ist eine Gastroenterostomie ratsam, wie sie Körte prinzipiell anzulegen rät.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

44) **Hall and Simpson.** A case of phlegmonous gastritis.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

Das Wesentliche dieser kasuistischen Mitteilung ist die Seltenheit der Erkrankung, die Veranlassung durch Extraktion kariöser Zähne und das Vorhandensein eines scharlachartigen Erythems am ganzen Rumpf. Ein 35jähriger Trinker läßt sich wegen seiner Magenbeschwerden eine Reihe Zähne ohne Narkose ziehen und erkrankt im Anschluß daran ganz akut unter heftigen Magenschmerzen, Fieber, Erbrechen, Erythem, schwerem Verfall. Operation in der Annahme eines Geschwürsdurchbruchs oder einer hämorrhagischen Pankreasnekrose. Der Magen war über normalgroß, sehr derb, fest, ausgedehnt wie durch eine Flüssigkeit. Tod während der Operation. Die Verdickung der Magenwand betrug über $2^1/_2$ cm und bestand zum größeren Teil in einer weißlichen Infiltration der Submucosa, die stellenweise eitrig geworden war. Die Magenlichtung war fast aufgehoben, die Magengestalt glich auffallend einem Uterus. Mikroskopisch fanden sich die Zeichen einer entzündlichen, kleinzelligen Infiltration aller Wandschichten; der Eiter war erzeugt durch Streptokokken und Staphylokokken.

Im Anschluß an ihren ausführlich beschriebenen Fall besprechen die Verff. kurz die Statistik der Erkrankung und fügen den 66 von Jakoby (1900) und 81 von Moynihan (1903) gesammelten Fällen noch 13 andere Fälle hinzu.

Weber (Dresden).

45) **Thonie.** Über akute postoperative Magendilatation und ihre Beziehung zum arterio-mesenterialen Duodenalverschluß.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Mitteilung eines derartigen Falles, der geheilt wurde. Der mesenteriale Duodenalverschluß wird dadurch hervorgerufen, daß der plötzlich erweiterte und überfüllte Magen die Dünndärme in das kleine Becken drängt und sie am Wiederemporsteigen hindert. Dadurch wird die Radix mesent. straff gespannt und komprimiert das Duodenum an seinem Übergang in das Jejunum ganz oder teilweise. Charakteristisch ist bei anhaltendem Erbrechen ein flacher Leib. Therapie: Magenspülungen und Bauchlage.

Borchard (Posen).

46) H. Ito und Y. Soyesima. Zur zweiten Billroth'schen Methode der Magenresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 352.)

Die Verff. wenden sich auf Grund ihrer in der Klinik zu Kyoto (Japan) gesammelten Erfahrungen gegen die zweite Billroth'sche Methode der Magenresektion. In den letzten 7 Jahren sind in genannter Klinik 37 Magenkarzinome radikal operiert, davon zehn nach Billroth II. Vier davon (40%) sind an den Folgen der Operation gestorben, und wenn auch die Sektionen nicht gemacht sind, scheinen doch eingetretene Nahtundichtigkeiten vorgelegen zu haben, die wahrscheinlich der gewählten Methode zur Last gelegt werden müssen. Verff. raten daher, die Methode Billroth II zu verlassen. Läßt sich die Magenduodenalvereinigung nach der gewöhnlichen Kocher'schen Operationsmethode nicht durchführen, dann kann der Duodenalstumpf zwar auch verschlossen werden, des weiteren aber wäre der vertikale Duodenumteil gehörig zu mobilisieren und Seit-zu-Seit mit der Hinterwand des Magens zu anastomosieren. Diese bereits von Kocher angedeutete Operationsweise schlagen die Verff. vor als Methodus »Kocher II« zu bezeichnen. Sie haben ihn in einem Falle mit Glück zur Ausführung gebracht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) Schostak. Das Ulcus pepticum jejuni und seine Bedeutung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 360.)

Die Krönlein'sche Klinik verfügt über vier Beobachtungen von peptischen Geschwüren des Jejunum nach Gastroenterostomie, die zusammen mit 31 Fällen aus der Literatur die Grundlage der vorliegenden Studie bilden.

Alle 35 Gastroenterostomien mit nachfolgenden Jejunalgeschwüren wurden mit einer Ausnahme wegen gutartiger Magenaffektionen ausgeführt, eine Tatsache, die auf die Bedeutung des superaziden Magensaftes hinzuweisen scheint. Es handelte sich 23mal um Gastroenterostomia antecolica anterior, 9mal um Gastroenterostomia retrocolica posterior, 1mal um Gastroenterostomie nach Roux. Der Verlauf war dabei stets ein ungestörter bis auf 2 Fälle, bei denen wegen Circulus vitiosus die Relaparotomie und Enterostomose ausgeführt worden war. Das beschwerdefreie Intervall zwischen Gastroenterostomie und den ersten Symptomen der Jejunalgeschwüre betrug 16 Tage bis 9 Jahre, meist $1/2$—1 Jahr.

Das Ulcus pepticum jejuni tritt entweder akut oder mehr chronisch in klinische Erscheinung. In ersterem Falle kommt es ohne klinische Prodrome zu einer akuten Perforationsperitonitis, der sieben von neun Pat. erlagen. Von drei operierten Pat. kamen zwei durch. Die Methode der Gastroenterostomie war dabei ohne Belang.

Die mehr chronisch verlaufenden Fälle sind ausgezeichnet durch Magen-Darmstörungen, intensive Schmerzen ähnlich wie beim Magengeschwür, sowie durch die Verwachsungen, die sie mit der Nachbarschaft eingehen. In 22 Fällen war das Geschwür mit der Bauchwand, meist in der Gegend des linken Rectus, verwachsen, so daß in 18 Fällen durch die Bauchdecken ein Infiltrat zu fühlen war, an dessen Stelle die Bauchwand verschieden tief vom Geschwür durchfressen war. In einer Gruppe von 4 Fällen war das Geschwür mit dem Colon transversum verwachsen und in dieses durchgebrochen, so daß es zu kotigem Aufstoßen und Erbrechen, zu hartnäckigen Diarrhöen und rascher Abmagerung kam.

Naturgemäß ist klinisch schwer zu entscheiden, ob es sich um die Folgen des primären Magengeschwüres oder eines sekundären Jejunalgeschwüres handelt; es wurde daher in den akuten neun Fällen nur 2mal, bei den chronischen Fällen mit Geschwulstbildung in etwa der Hälfte die richtige Diagnose vor der Operation gestellt. Die Häufigkeit peptischer Jejunalgeschwüre ist eine verschwindend kleine, immerhin aber größer als nach den bisherigen Publikationen zu vermuten wäre. Nach den verschiedenen Statistiken hat es den Anschein, daß diese Komplikationen bei der vorderen Gastroenterostomie häufiger sind als bei der hinteren, die bessere Abflußverhältnisse schafft.

Die Therapie kann in den akuten Fällen nur eine operative sein; sie muß die Perforation verschließen, event. eine neue Kommunikation herstellen, und im übrigen die Forderungen jeder Peritonitisbehandlung erfüllen. Wichtig ist die Prophylaxe nach jeder Gastroenterostomie, die vor allem die Superazidität diätetisch und medikamentös zu bekämpfen hat.

Bei den chronischen Formen ist der Versuch einer konsequenten internen Behandlung um so mehr angezeigt, als operative Eingriffe stets sehr schwer sind und keineswegs eine Dauerheilung sicherstellen. Es treten vielmehr in der Hälfte der operierten Fälle ein oder mehr Rezidive des Jejunalgeschwüres auf, und selbst mehrfache Operationen führten nicht immer zu einer definitiven Ausheilung. Von zwölf rezidivierenden Fällen wurden nur vier geheilt, drei gebessert, vier blieben ungeheilt. Im ganzen ergab das Jejunalgeschwür eine Sterblichkeit von ca. 33%. Durch Heilung peptischer Darmgeschwüre kann es zur Obliteration der Magenöffnung (ein Fall von Krönlein) oder zur Darmstenose kommen. Die operativen Eingriffe wechseln nach den Befunden, welche stets eine Lösung der Verwachsungen, einen Verschluß des Geschwüres mit oder ohne Exzision desselben, häufig die Anlegung einer neuen Gastroenterostomose oder Enteroanastomose erfordern.

Von den pathologisch-anatomischen Ausführungen möchte ich nur hervorheben, daß das Jejunum 17mal, die Gastroenterostomose 13mal, die Braun'sche Enteroanastomose 1mal Sitz des Geschwüres war. In der Pathogenese spielt die Superazidität des Magensaftes sicher eine Rolle, während Zirkulationsstörungen und mykotischen Prozessen ein noch weniger sichergestellter Einfluß zukommt.

Die Gefahr eines Ulcus jejuni kann aber die von Krönlein aufgestellten Indikationen zur Gastroenterostomie nicht beeinträchtigen, vielmehr genügt diese in der Geschwürstherapie kausalen Anforderungen. **Reich** (Tübingen).

48) **Lépinay.** Diverticule de Meckel terminé par un lipome.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 9.)

Ein Meckel'sches Divertikel von 10 cm Länge und 2,5 cm Breite endet in einem Lipom, das durch eine zirkuläre Furche vom ersteren getrennt ist.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

49) **Voigt.** Über postoperativen Spätileus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

Bei einem Pat., der 2 Jahre vorher laparotomiert war, traten Ileuserscheinungen ein. Trotzdem das Bild kein sehr bedrohliches war, wurde bald nach der Aufnahme in das Krankenhaus operiert. Es fanden sich schwere Veränderungen in der Bauchhöhle: eine durch einen Narbenstrang abgeklemmte, 40 cm lange, gangränöse Dünndarmschlinge und ca. 2 Liter braunschwarzer Flüssigkeit. Perforationsperitonitis in der Umgebung und im kleinen Becken. Das Fortschreiten der Entzündung in den epigastrischen Teil des Bauches war durch die alten Verwachsungen verhindert, und aus diesem Grunde waren auch trotz des schweren lokalen Befundes die klinischen Erscheinungen relativ gering. **Borchard** (Posen).

50) **Wilson.** A case of migration of the caecum producing obstruction of the ascending colon.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII.)

Bei dem 56jährigen Manne, der unter subakuten Ileussymptomen erkrankte, war die Gegend oberhalb und links vom Nabel geschwollen und druckempfindlich, und eine rundliche Geschwulst mit unbestimmten Grenzen und tympanitischem Perkussionsschall ließ sich hier nachweisen; sie erwies sich bei der Operation als der nach links oben verlagerte und stark ausgedehnte Dünndarm; und zwar war er unter dem unteren Rande des Dünndarmmesenterium durchgeschlüpft; durch den Zug der ausgedehnten Dünndarmschlingen nach abwärts hatte der Gekrösrand wie ein scharf angespanntes Band gewirkt und das mitverlagerte aufsteigende Kolon etwa 15 cm oberhalb der Ileocoecalklappe abgeschnürt (s. Abbildung). Gleich-

zeitig war ein gewisser Grad von Achsendrehung des Dünndarmes um die Gekröswurzel eingetreten. Die Reposition des Blinddarmes gelang erst nach Entleerung durch Punktion; mehrere Stellen beginnender Gangrän der Coecalwand wurden übernäht. Tod nach 4 Tagen an allgemeiner Peritonitis. Bei der Autopsie fand sich der Blinddarm an normaler Stelle, jedoch an acht Stellen perforiert. Sowohl Blinddarm wie größere Hälfte des aufsteigenden Kolon hatten ein gut ausgebildetes Mesenterium, das in das des Dünndarmes direkt überging und an der Hinterwand des Bauches medial vom Darme sich ansetzte, doch nicht, wie während des Fötallebens, nach oben innen, nach der Gegend des Duodenum zu verlief.

In einem zweiten, von Warnig operierten Falle war infolge ähnlicher anatomischer Verhältnisse eine Drehung des Blinddarmes um seine antero-posteriore Achse von 180° eingetreten; gleichzeitig war der Blinddarm in die linke Fossa iliaca verlagert. Bei der Untersuchung in Narkose vor der Operation ging er in die normale Lage zurück; bei der Operation wurde der stark ausgedehnte Darmabschnitt durch Punktion entleert und nach Beseitigung des Volvulus in der Normallage durch mehrere Nähte festgelegt. Heilung.

Nur neun ähnliche Fälle wie der erstere existieren in der Literatur; siebenmal trat die Erkrankung vor dem 22. Lebensjahr ein; 2 Pat. waren Kinder, welche nur wenige Tage alt waren. **Mohr** (Bielefeld).

51) **R. C. Coffey.** What shall we do with far advanced cancer of the large bowel?

(New York med. record 1908. Februar 15.)

C. teilt die fortgeschrittenen Dickdarmkrebse in drei Klassen:

1) Solche, in denen nur die funktionellen Störungen hochgradige sind, deren Typus die ringförmige Ausbreitung mit totaler Verstopfung darstellt.

2) Ausgedehnte Geschwulst mit Kachexie und Verstopfung, aber nur eine Seite der Darmwand einbeziehend.

3) Ausgedehnte Geschwulst in Darmwand und anliegendem Mesenterium mit Kachexie und ohne Verstopfung.

11 von Willy Meyer (Neuyork) und 16 von Jonas (Boston) 1906 auf diesem Gebiet ausgeführte Operationen werden kurz aufgeführt.

Es folgt ein Bericht über 11 eigene vom 5. Juni 1906 bis 6. Juni 1907 ausgeführte Operationen. Darunter 10 Dickdarmkrebse, von denen 8 unter die oben aufgestellten Typen gehören. In Fall 11 wird eine erfolgreiche totale Exzision des Kolon nach vorheriger Iliosigmoideostomie wegen karzinösen Geschwüres des Colon descendens beschrieben.

Stark verstopfende, pathologisch nicht extensive Karzinome sollen immer exzidiert werden.

Der größere Teil ausgedehnter Geschwülste mit Verstopfung wird am besten in irgendeiner Weise mit Entero- oder Kolokolostomie behandelt, während für nicht verstopfende ausgedehnte Neubildungen event. Ausschabung und spätere Kolostomie in Frage kommt.

In nicht radikal operablen Fällen soll jede Operation, die das Leben verlängert und dem Pat. die letzten Tage erleichtert, benutzt werden. Der Grundsatz, bei fortgeschrittenen Fällen Eingriffe für nicht mehr indiziert zu halten, sei nicht gerechtfertigt. **Loewenhardt** (Breslau).

52) **H. Toyosumi.** Ein Fall von Stenose des Rektum durch metastatisches Karzinom bei gleichzeitigem metastasierendem Myelom.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 70.)

Klinisch war im vorliegenden Falle die Diagnose auf ein stenosierendes primäres Karzinom des Mastdarmes, das zu ausgedehnter Metastasenbildung geführt hatte, gestellt worden. Die Sektion des Pat., die im Bonner pathologischen Institut unter Ribbert ausgeführt wurde, ergab indes, daß ein kleines, ohne Erscheinungen verlaufendes Magenkarzinom das primäre gewesen, und daß die Mast-

darmstenose durch Metastasen dieser Geschwulst im Douglas entstanden war. Die Mastdarmschleimhaut war ganz gesund. Die klinisch für metastatische Geschwülste des Mastdarmkrebses gehaltenen Geschwülste der Rippen und der Beckenschaufel erweisen sich durch ihr Aussehen und ihre Konsistenz als Myelome.

Doering (Göttingen).

53) **M. Haffter.** Zur Laparotomie bei subkutaner Milzruptur.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 429.)

Zur Kasuistik der subkutanen Milzzerreißungen gibt Verf. folgende zwei von Brunner operierte Fälle bekannt:

1) 10 Jahre alter Knabe. Fall auf einen Trog mit der linken Körperseite. Ausgesprochener abdominaler Chok. Dreimal Erbrechen. Vor der Operation fand man vermehrte Bauchdeckenspannung, besonders rechts, keine Auftreibung des Leibes, keine auffallende Anämie, oberhalb der Symphyse bei leerer Blase eine Dämpfung; kein Fieber. Wegen Verdacht auf intraabdominale Verletzung Probelaparotomie: in der Bauchhöhle reichlich Blut bei Ausschluß einer Magen-Darmverletzung. Schnitt am linken Rippenbogen. Es findet sich ein totaler querer Abriß des oberen Milzpoles, der nur mit einigen Gefäßen noch in Verbindung steht. Exstirpation des abgesprengten Stückes nach Gefäßunterbindung; der Milzrest wird in das Netz eingehüllt. Ausspülung des Bauches. Bauchdeckennaht. Glatte Heilung in 14 Tagen.

2) 22 Jahre alter Mann, wurde vor 24 Stunden vom Motorrade mit der Brust auf die Straße geschleudert. Bewußtlosigkeit. Schwerer Chok, starke Dyspnoe, Cyanose. Puls 80, schwach. Bei der Aufnahme konstatierte man eine Temperatur von 37,8°, starke Cyanose und Dyspnoe, einen Puls von 80 bei guter Beschaffenheit, Bauchdeckenspannung, Druckempfindlichkeit besonders des Epigastrium, Auftreibung des Leibes, Verschmälerung der Leberdämpfung und einen Erguß in der Bauchhöhle. Bei der sofortigen Probelaparotomie fanden sich ein fast totaler Querriß in der Mitte und ein Längsriß an der Konvexität der Milz, außerdem zahlreiche Hämatome. Exstirpation der Milz, Tamponade des Milzbettes, Ausspülung der Bauchhöhle, Wundnaht. Nach der Operation zunehmende Verschlechterung trotz Kochsalzinfusion und Anlegung einer Darmfistel wegen Darmlähmung. Tod nach ca. 24 Stunden. Sektion: Keine Nachblutung, keine Perforation des Magens oder Darmes; zahlreiche subpleurale Hämatome beider Lungen; zahlreiche kleinere Hämatome unter der Pleura costalis und diaphragmatica, unter der Schleimhaut des Ileum und in der Schleimhaut des linken Nierenkelches. Leber unverletzt.

Reich (Tübingen).

54) **Nager und Bäumlin.** Beitrag zur Pathologie und Therapie der sog. Banti'schen Krankheit.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. Hft. 2.)

Bei einer 24jährigen Frau fand sich eine große, seit ca. 1 Jahre nachweisbare Milzschwellung, Oligocythämie (4468000 rote, 3000 weiße Blutkörperchen) und eine mäßige Herabsetzung des Hämoglobingehaltes (85%) bei nicht vergrößerter Leber und sonst normalen Organbefunden. Leukämie, Lebercirrhose, Lues, Malaria und Pseudoleukämie wurden auf Grund der Anamnese und des Befundes ausgeschlossen und unter der Diagnose Splenomegalia primitiva (= erstes Stadium der Banti-schen Krankheit) die Splenektomie ausgeführt, die trotz zahlreicher Verwachsungen ohne Komplikation gelang. Die Milz war 23 cm lang, 13 cm breit, 1000 g schwer. Nach der Operation bestand ohne nachweisbare Infektion längere Zeit Fieber; die Erythrocyten blieben an Zahl gleich; der Hämoglobingehalt sank zunächst auf 35% und stieg dann rasch auf 80%; auffallend war die noch nach 10 Wochen bestehende starke neutrophile Hyperleukocytose. Pat. erholte sich langsam, wurde nach 10 Wochen in gutem Zustand entlassen und war 1 Jahr nach der Operation bei gutem Befinden. Spätere Nachrichten fehlen.

Nach einer eingehenden anatomischen Untersuchung der Milz handelte es sich um eine chronische Milzschwellung durch hochgradige Hyperplasie des Milzstromas. Charakteristisch im histologischen Bilde waren eine ausgesprochene Sklerose der Milzgefäße mit perivaskulärer Bindegewebsneubildung, Atrophie der Follikel und Verödung der Pulpa, alte und neuere Blutungen im Gewebe, das Vorhandensein von zahlreichen eosinophilen Leukocyten und zahlreichen Riesenzellen.

Gestützt auf ihre klinischen und histologischen Befunde begründen Verff. ihre Ansicht, daß die primitive Splenomegalie mit ihrem charakteristischen Blutbild identisch ist mit dem ersten Stadium der Banti'schen Krankheit, daß diese klinisch und pathologisch sich abgrenzen läßt gegen die obengenannten, differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Leiden, und daß die Lebercirrhose nicht primär oder gleichzeitig, sondern sekundär entsteht. Die Erfolge der Talmaschen Operation bei Morbus Banti sprechen weiter dafür, daß der Ascites des dritten Stadiums der Krankheit als Stauung im Pfortaderkreislaufe vermutlich durch die sekundäre Lebercirrhose, nicht durch die Blutalteration bedingt ist. Der primäre Sitz der Erkrankung ist die Milz; daher bildet die Splenektomie die einzig rationelle Therapie.

Die Operation soll möglichst frühzeitig vorgenommen werden, bevor sekundäre Leberveränderungen aufgetreten sind. Besteht infolge solcher schon Ascites, so ist es zweckmäßig, die Splenektomie mit der Talma'schen Operation zu kombinieren. Die neueste Statistik von Armstrong über 32 Splenektomien bei Morbus Banti weist 28% Todesfälle auf, darunter vier an Verblutung, der Hauptgefahr der Operation. Doch darf angesichts der positiven Erfolge die hohe Mortalität der Splenektomie von 20—30% bei der an sich gefährlichen und qualvollen Krankheit von der Operation nicht abschrecken. **Reich** (Tübingen).

24) **Klopfer.** Ein Fall von operativ geheilter Calcaneodynie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Beschreibung eines Falles von knöcherner Spornbildung an der Volarseite des Fersenbeines, welche zu einer starken Calcaneodynie führte; erst die operative Entfernung brachte Heilung.

Verf. betrachtet diese Exostosen als Verknöcherung der Ansatzstelle der Fascia plantaris. Es wäre also eine Äußerung von Myositis ossificans an der Plantarfascie, die unter dem Drucke des auf dem Fersenbeine ruhenden Körpergewichtes sich allmählich entwickelt. **Gaugele** (Zwickau).

55) **J. C. Hancock.** Acquired atresia of the common duct due to gall-stones.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Nach einer kurzen Übersicht über die bisher beschriebenen, postfötal entstandenen Atresien des Ductus choledochus schildert Verf. einen eigenen Fall, den er bei einer 66jährigen Frau beobachtete. Seit fast 3 Jahren bestanden Gallensteinkoliken, seit 1 Jahre zeigte sich Gelbsucht, die allmählich immer mehr zunahm. Die Untersuchung der hochgradig abgemagerten Frau ergab starken Ikterus und Ascites, nach dessen Entleerung eine vergrößerte und harte Leber gefühlt wurde. Bei der Operation trat nach Lösung von Verwachsungen um die Gallenblase herum eine so gewaltige diffuse Blutung ein, daß die Operation abgebrochen werden mußte, nachdem die Blutung durch Kompressionstamponade gestillt war. Pat. starb nach 14 Stunden an Verblutung; die Autopsie ergab eine geschrumpfte Gallenblase, Erweiterung des Choledochus und Hepathicus und eine vollständige Atresie der Mündung des Choledochus in das Duodenum. Ebenso zeigte der Ductus Wirsungianus Atresie, so daß die Papilla Vateri völlig fehlte. Die mikroskopische Untersuchung ergab lediglich chronische Entzündung von Pankreas und Duodenum. **Strauss** (Nürnberg).

56) **F. W. Jones.** The post-mortem staining of bone produced by the ante mortem shedding of blood.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Die Arbeit hat ein hohes chirurgisch-historisches Interesse. Bei Ausgrabungen in Oberägypten fand man unter mehreren tausend Leichenfunden auch eine große Anzahl solcher Skelette, deren Besitzer ihr Leben in den häufigen Grenzkriegen dieser Gegenden eingebüßt hatten. Meist geschah dies durch Zertrümmerung des Schädels, besonders in prähistorischen Zeitläuften: diese Zerschmetterung war unter Umständen ganz gewaltig, so daß einzelne Knochenfragmente verloren gegangen waren, andere mit Haaren und Gehirn im Schädelinnern eine derbe Masse bildeten. Die stets in solchen Fällen auftauchende anthropologische Frage, ob die Knochenzertrümmerung vor dem Tode und dem Begräbnis oder später durch Grabschänder stattgefunden hat, kann heute nach J. und Smith mit Sicherheit entschieden werden nach Art und Ausdehnung des die Knochenfragmente umspülenden Blutergusses. Diese Blutung, die zu Lebzeiten des Trägers stattgefunden hat, hinterläßt ganz bestimmte, auffallend frisch aussehende Spuren, die J. genauer beschreibt. Selbst bei einem fachmännisch vorsichtig abgeschätzten Alter dieser Funde bis zu 5000 Jahren ist diese Pigmentierung noch deutlich nachweisbar. Eine Blutreaktion geben diese Reste freilich nicht mehr. **Weber** (Dresden).

57) **G. E. Smith.** The most ancient splints.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Die oft vorzüglichen Heilungsergebnisse von Knochenbrüchen, die wir von den alten Ägyptern her kennen, finden hier zum erstenmal ihre Erklärung durch Entdeckung der Mittel, die von den ägyptischen Chirurgen angewendet wurden. S. beschreibt zwei Funde von Schienen, die von der Hearst Egyptian Expedition der Kalifornia Universität in einem annähernd 5000 Jahre alten Grab gefunden wurden. — In dem einen Falle war der offene Zertrümmerungsbruch in der Mitte des rechten Oberschenkels eines 14jährigen Mädchens durch vier roh gearbeitete, dünne, mit Leinen sorgfältig umhüllte Holzschienen mit Hilfe zweier bindenartiger Tücher fixiert gewesen. Die Schienen reichten von der Bruchstelle bis unter das Knie und trugen am Orte des Bruches einen 3,1 cm dicken Leinenbausch, dessen Femurseite von einem rostartigen Flecken verfärbt war, der als Blutrest nachgewiesen werden konnte. Die Knochen waren ohne Anzeichen einer Entzündung oder Heilung: also muß der Tod sehr bald nach der Verletzung eingetreten sein. Die Schienen können in diesem Falle, weil zu kurz, dem Knochenbruch wohl nur wenig Nutzen gebracht haben: sie dienten wohl nur zur Ruhigstellung des Kniegelenkes.

Sehr viel besser, ja vorzüglich erfüllten die Schienen des zweiten Fundes ihren Zweck der Fixation. Ein Bruch beider Vorderarmknochen war sorgfältig geschient von einer vollständigen Hülse aus Baumrinde und derbem Rohr. Am oberen Bruchstück der Ulna hing noch ein rostartig verfärbter Tampon aus Pflanzenfasern, vermutlich von der Dattelpalme stammend, der bis in den Markraum des Knochens reichte. Also ist auch diese Fraktur kompliziert gewesen.

Die große Häufigkeit der Vorderarmbrüche in den Gräberfunden der alten Ägypter erklärt Verf. mit ihrer Vorliebe für das Fechten mit einer dicken, langen Stange, wie es heute noch geübt wird. Bezeichnend für den zähen Konservativismus des Ägypters ist die Tatsache, daß noch heute die oben beschriebenen Schienen vielfach dort in Gebrauch sind.

Die Arbeit S.'s ist mit ihren Literaturangaben von Wert für jeden, der sich mit der Geschichte unserer Wissenschaft beschäftigt. **Weber** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



// Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 24. Sonnabend, den 13. Juni 1908.

Inhalt.

1) **G. M. Blech** (Chicago). Nikolas Senn †. Nekrolog.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 576.)

Mit Senn, der, geboren am 31. Oktober 1844, am 2. Januar d. J. starb, ist Nordamerikas bedeutendster Chirurg heimgegangen. B. gibt biographische Notizen und würdigt seine ungewöhnlich großen Leistungen und Verdienste. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

2) **G. Schöne.** Über einige neuere Fragestellungen in der Geschwulstlehre.

(Med. Klinik 1908. p. 525.)

Aus der Ähnlichkeit gewisser menschlicher bösartiger Geschwulstformen mit günstiger verlaufenden Neubildungen bei Mäusen, aus dem Gradunterschied in der Bösartigkeit verschiedenartiger menschlicher

Krebswucherungen, aus Abweichungen im Verlaufe bei Krebsen ein und desselben Körperteiles verschiedener Menschen, endlich aus dem Vorkommen von Steigerung und Abschwächung in der Bösartigkeit ein und derselben menschlichen Geschwulst zieht Verf. den praktischen Schluß, daß man auch inoperablen Neubildungen gegenüber nicht ohne weiteres die Hände in den Schoß legen, sondern das Messer, das glühende Eisen, Ätzmittel, Arsen, Röntgenstrahlen anwenden, unter Umständen auch eins der neueren auf Versuchen und Annahmen begründeten Verfahren erproben solle. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

3) **J. Schirokogoroff.** Die sklerotische Erkrankung der Arterien nach Adrenalininjektionen.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 482.)

Die Arbeit beginnt mit einer kurzgefaßten Übersicht über die Literatur des Themas. Alsdann berichtet Verf. über seine eigenen Versuche, bei denen er Adrenalin in die Ohrvene, unter die Haut und in die Pleura- und Peritonealhöhle von Kaninchen injizierte. Bei einer Reihe von Tieren wurden die Einspritzungen bis zu ihrem Tode gemacht; andere erhielten Adrenalin nur so lange, bis eine Erkrankung der Gefäße angenommen werden konnte. Dann wurden die Injektionen ausgesetzt und die Tiere erst einige Zeit später getötet. S. konnte auf diese Weise die Ausheilung des arteriosklerotischen Prozesses studieren. Die Ergebnisse der Experimente sind folgende: Adrenalin besitzt bei Einführung in die Blutbahn starke toxische Eigenschaften und tötet die Tiere zum Teile rasch. Der Tod erfolgt wahrscheinlich durch Atmungslähmung. Lungenödem, Überfüllung des Venensystems und Kontraktion des linken Ventrikels waren ständige Sektionsbefunde. Die subkutane Injektion und die Injektion in die serösen Höhlen blieben selbst bei zehnfacher Dosis in toxischer Hinsicht völlig wirkungslos. Die Gefäßveränderungen traten sehr früh auf; nach 6 Tagen bestand schon eine erhebliche Nekrose der Muskelfasern, und wenig später war die Bildung von sklerotischen Platten zu konstatieren. Die Wirkung des Adrenalins war bei den einzelnen Tieren eine sehr individuelle; die Ausdehnung der Veränderungen war völlig unabhängig von der Dauer der Injektionen; auch erwiesen sich die Gefäße junger Tiere weit widerstandsfähiger als die ausgewachsener. Der makroskopische Prozeß dokumentierte sich in einer Brüchigkeit der Gefäßwand, Bildung sklerotischer Platten und aneurysmatischer Ausbuchtungen. Die Ursache für sein Entstehen liegt in der toxischen Wirkung des Adrenalins und in der sehr starken Steigerung des arteriellen Blutdruckes. Mikroskopisch läßt sich Nekrose der Muskelelemente, Kalkablagerung und Entwicklung von Narbengewebe nachweisen, sowie Verdickung der Intima und eine Veränderung der elastischen Fasern im Sinne einer Verdünnung und eines körnigen Zerfalles derselben. Injektionen in die Pleurahöhle setzen die gleichen Gefäßveränderungen wie die intravenösen: bei solchen unter die Haut

und in die Bauchhöhle finden sie sich nicht. Neben den Veränderungen an den Gefäßen besteht eine abortive Wirkung des Adrenalin bei intravenöser wie bei Injektion in die serösen Höhlen. — Umfangreiches Literaturverzeichnis.

Doering (Göttingen).

---

4) **G. Hotz** (Würzburg). Die Skopolamin-Morphinnarkose.

(Sammlung klinischer Vorträge Nr. 471.)

H. bespricht an der Hand seiner in der Baseler und Würzburger Klinik an über 1500 Narkosen gemachten Erfahrungen die Vor- und Nachteile der Skopolamin-Morphinnarkose und gelangt zu folgenden Ergebnissen: Die reine Skopolamin-Morphinnarkose ist wegen der gefährlichen toxischen Wirkungen zu vermeiden. Durch Kombination der Alkaloide mit der Chloroform-Ätherinhalation erzielen wir eine Narkose, die sich vor dem einfachen Verfahren auszeichnet durch größere Toleranzbreite, Ausfall der Exzitation, der initialen Synkope und durch eine erhebliche Herabsetzung im Verbrauche des Narkotikums. Neben dieser Einschränkung der direkten Gefahren vermeidet die Methode postoperative Komplikationen, Erbrechen, Pneumonien und bedeutet für den Kranken eine angenehm empfundene Erleichterung. Die Morphingabe ist möglichst zu beschränken; nach vorausgehender Darreichung von Veronal (0,5—1,0 g) am Abend vor der Operation genügt eine einmalige Injektion von höchstens 0,0006 g (0,0004 g bei Frauen) Skopolamin + 0,01 g (0,005 g bei Frauen) Morphin 1 Stunde vor der Operation, für die dann geringe Mengen Chloroform oder Äther zur Erreichung voller Narkose ausreichen. Bei den kleinen Dosen von Skopolamin und Morphin scheinen verderbliche Wirkungen nicht einzutreten. Der Skopolamin-Morphindämmerschlaf erleichtert die Ausführung chirurgischer Operationen unter Lokalanästhesie, speziell der Strumektomien unter Ausschluß der Basedowkranken, für die sich die Methode nicht eignet. Unzureichend und gefährlich ist die Anwendung des Skopolamin-Morphins beim Delirium tremens; bei der Behandlung des Tetanus traumaticus erweist es sich dagegen als ein zweckmäßiges Mittel, das die Reflexerregbarkeit herabsetzt und die Heftigkeit der Krämpfe und Schmerzen mildert.

Kramer (Glogau).

---

5) **H. Ziegner.** Was lehrt uns die Narkose bei künstlich verkleinertem Kreislauf, und wie wirkt die von Klapp proponierte Methode der Autotransfusion gegen gefährliche Narkosezufälle am Tierversuche?

(Med. Klinik 1908. p. 620.)

Klapp schlug vor, durch Abschnüren von Gliedmaßen während der Narkose den Kreislauf zu verkleinern. Die von Klapp nicht angestellten Tierversuche holt Z. nach. Klapp's Voraussetzungen bestätigten sich. Je größere Körperabschnitte des Kaninchens abgeschnürt wurden, desto schneller trat die Betäubung ein, desto schneller aber auch nachher die Erholung, wenn mit Lösung der

Abschnürung das nicht mit Chloroform erfüllte Blut der Glieder dem übrigen Körper wieder zuströmte und dessen Blut mechanisch und chemisch entlastete. Auch nach unmittelbarer Entnahme von Blut aus der Halsschlagader wurde beschleunigtes Eintreten der Betäubung beobachtet.

Z.'s Ausführungen beziehen sich nur auf Chloroformbetäubung.

Georg Schmidt (Berlin).

---

6) **W. Meyer** and **Schmieden.** Bier's hyperemic treatment.

Philadelphia and London, **W. P. Saunders Comp.,** 1908.

Das vorliegende Buch erscheint berufen, eine Lücke in der angloamerikanischen medizinischen Literatur auszufüllen; es geht hervor aus dem Zusammenarbeiten M.'s, der sich schon lange Jahre mit der Hyperämiefrage beschäftigt hatte, und S.'s, den ein Referat auf den Washingtoner Kongreß 1907 mit M. zusammengebracht hatte. Das Buch ist vor allem für den Praktiker bestimmt und hat dieses Ziel in glücklicher Weise erreicht. Ein spezieller kürzerer Teil macht den Leser mit der wissenschaftlichen Begründung, Wesen und Art der Hyperämiebehandlung bekannt; die Wirkungsweise der Stauungsbinde, des Schröpfkopfes und der Heißluftapparate wird erörtert, die Vorschriften werden genauestens und übersichtlich präzisiert, die Indikationsstellung kritisch begrenzt. Den weitaus größten Umfang beansprucht die Anleitung für die praktische Verwendung, und es werden in zahlreichen Einzelkapiteln die Gebiete abgehandelt, die sich die Hyperämiebehandlung erobert hat (Chirurgie, innere Medizin, Gynäkologie, Urogenitalsystem, Otologie, Ophthalmo-, Rhino-, Pharyngologie, Neurologie, Dermatologie, Psychiatrie). Das Buch, das Bier gewidmet ist, hat einen Umfang von 209 S., hervorragend gut wiedergegebene Abbildungen (95), welche teils aus der Berliner chirurgischen Klinik stammen, teils amerikanischen Ursprunges sind, und deren Reproduktion, ebenso wie Papier und Druck, dem Verlage höchstes Lob eintragen.

Esau (Greifswald).

---

7) **P. Frangenheim.** Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Saugbehandlung auf lokale Entzündungsherde.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. beschäftigt sich in vorliegender Arbeit über den Einfluß der Saugbehandlung auf lokale Entzündungsherde ausschließlich mit dem Einfluß dieser Bier'schen Methode auf experimentell erzeugte geschlossene Abszesse bei Kaninchen. Diese durch Eitererreger erzeugten Abszesse hatten die Eigenschaft, sich spontan zu verkleinern, wenn sie nicht gestaut wurden. Dagegen wurden sie, in geschlossenem Zustande gestaut, größer, zeigten also eine Verschlimmerung. Die Schlußfolgerungen, die Verf. aus seinen ausschließlich an Abszessen gewonnenen Erfahrungen zieht, werden auf beginnende Entzündungen übertragen und lauten für diese, daß es auch bei ihnen nicht emp-

fehlenswert ist, geschlossen zu saugen, da nicht vorauszusehen ist, ob nicht auch hier eine örtliche Verschlimmerung die Folge der Behandlung sein wird.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8) **R. Kienböck.** Radiotherapie. (Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen, Hft. 6.) Mit 178 Abbildungen.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1907.

Es ist mit Freuden zu begrüßen, daß von einer berufenen Feder einmal die weit verstreuten Erfahrungen in der Röntgentherapie zusammengefaßt werden und damit jedem das Arbeiten auf diesem noch so sehr in Entwicklung begriffenen Gebiet erleichtert wird. Nach einer kurzen Schilderung der physikalisch-technischen Grundlagen bespricht Verf. zunächst die Wirkung der Röntgenstrahlen auf den gesunden Organismus. Sehr ausführlich ist dann das etwas schwierige Gebiet behandelt, wie wir eigentlich die Wirkung der Röntgenstrahlen abschätzen und beeinflussen können. Die einzelnen Komponenten, aus denen sich die Wirkung zusammensetzt, werden physikalisch erläutert, und speziell der Dosimetrie als der zurzeit wohl brennendsten Frage der ganzen Therapie wird große Aufmerksamkeit gewidmet. Leider wird dem Leser das dem Spezialisten schon bekannte Faktum klar werden, daß keine der bisherigen Dosierungsmethoden als absolut zuverlässig und bequem bezeichnet werden kann.

Den Schutzmaßregeln, der Idiosynkrasie und forensischen Fällen sind einige Seiten gewidmet. Im speziellen röntgenotherapeutischen Teile, welcher dem theoretischen gegenüber etwas stiefmütterlich behandelt erscheint, werden die einzelnen Anwendungsgebiete in der Weise abgehandelt, daß bei jedem erst die allgemeine Wirkung, die Chancen, die Technik der Behandlung, dann fremde und eigene Erfahrungen des Verf.s besprochen werden.

Den Anfang machen Hautkrankheiten, ihnen folgen die Geschwülste, und anschließend alle anderen Erkrankungsformen, bei denen man bisher Röntgenbehandlung versucht hat, wie Anämie, Chlorose, Leukämie, Lymphomatosen, Kropf, Basedow, Prostatahypertrophie, Tuberkulose usw.

Ein kurzer Anhang bringt die Eigenschaften und Wirkungen des Radiums und die Technik der Behandlung mit demselben.

Zum Schluß folgt ein langes Verzeichnis der wichtigeren Arbeiten.

Renner (Breslau).

---

9) **M. Matsuoka.** Über die Radiumverbrennung der Haut.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 569.)

M. studierte die Radiumverbrennung an der Kaninchenhaut. Er unterscheidet drei Stadien derselben, das der Abschuppung, der Gewebsnekrose und der Bindegewebswucherung im Corium. Die Radiumstrahlen wirken nach ihm nicht nur destruktiv, sondern auch produktiv, und diese Wirkungen des Radiums sind es wahrscheinlich, deren wir

uns bei der Radiumbestrahlung zum Heilzwecke der epithelialen Geschwülste, z. B. der Krebse, bedienen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

10) **G. Becker.** Über Händedesinfektion mit Chirosoter. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S. Geh.-Rat Veit.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Auf Grund seiner Versuche, die neben sehr günstigen Ergebnissen direkte Versager aufweisen, warnt B. vor der Anwendung des Chirosoter ohne vorangehende Desinfektion bei Operationen am Menschen. Dagegen bestreitet er nicht die Bedeutung des Chirosoter zur Festleimung der nach vollständiger Desinfektion tief in der Haut zurückgebliebenen Keime. **Kramer** (Glogau).

---

11) **Rowlands.** Remarks upon excision of the body of the scapula.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Ein Fall von Enchondrom des Schulterblattes und das Studium der in der Literatur niedergelegten Fälle überzeugten R., daß eine gewisse Anzahl von gut- und bösartigen Geschwülsten des Schulterblattes und entzündlichen Zuständen des Knochens bei geeigneter Auswahl nicht die Exzision der Scapula erfordern, sondern ausreichend und ohne Vergrößerung der Rückfallsgefahr mit Resektion des Knochens unter Zurücklassen des Acromion, des Proc. coracoideus und glenoidalis behandelt werden können. Die Vorteile dieser Resektion für den späteren Gebrauch des Armes sind sehr groß: in einem Falle blieb nur die starke Abduktion unvollkommen, während alle anderen Bewegungen erhalten waren. R. empfiehlt eine T-förmige Inzision und frühzeitige Unterbindung der drei Hauptgefäße. Eine genaue Beschreibung der Operationsmethode ist beigegeben. **Weber** (Dresden).

---

12) **Machol.** Die Luxatio cubiti posterior und ihr Verhältnis zur Myositis ossificans traumatica.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 775.)

Vom 1. Januar 1903 bis 1907 beobachtete Verf. in der Breslauer Klinik 30 Fälle von Luxatio cubiti posterior, von denen bei sieben die Reposition abgelehnt worden oder nicht indiziert, und bei fünf Fällen die Verrenkung mit Knochenbruch kompliziert war, so daß nach Ausscheidung von zwei nach 14tägiger Beobachtung verschollenen Pat. noch 16 unkomplizierte Fälle bleiben, die ausnahmslos alle nach der Reposition eine Myositis ossificans traumatica im M. brachialis internus aufwiesen. Dieser Prozeß war also bei reponierten Verrenkungen ebenso regelmäßig vorhanden, wie er bei nicht reponierten jeden Alters fehlte.

Klinisch macht sich der Vorgang 4—6 Wochen nach der Reposition durch Funktionsstörung erstmals geltend; dann kommt es zur

umschriebenen Geschwulstbildung in der Ellbeuge. Diesem zweiten Stadium, das am Ende des 3. Monates seinen Höhepunkt erreicht, folgt dann ein drittes, das durch Besserung der Funktion, Verkleinerung und gleichzeitige Verhärtung der Geschwulst charakterisiert ist und sich über viele Monate erstreckt. Bevor eine volle Funktion erreicht ist, gibt es überhaupt keinen Stillstand in dem Prozeß.

Röntgenologisch entspricht dem ersten Stadium ein ausgedehnter, schwacher, schleierhafter Schatten, der keinen nachweisbaren Zusammenhang mit dem Knochen besitzt. Hierauf folgt eine Periode der Verkleinerung, Gestaltveränderung und Verdichtung des Schattens, und gleichzeitig treten, dem Knochen selbst unmittelbar aufliegend, Verkalkungsschatten auf. Etwa $4^1/_2$ Monate nach der Reposition ist eine äußere und innere Differenzierung des Schattens zu erkennen. Im zweiten Stadium des Prozesses kommt es in einem Teile der Fälle zu einer Vereinigung der in den Weichteilen gelegenen und der vom Knochen ausgehenden Verknöcherungen mit einer mehr oder minder breiten Basis, in einem anderen Teil aber bleibt durch alle Stadien hindurch die Muskelverknöcherung ohne Zusammenhang mit dem Skelett. Während letztere Fälle eine rasche Entwicklung mit raschem Abbau und geringer Funktionsstörung durchmachten, ist der Abbau langwieriger und die Funktionsstörung größer, wenn die Muskelverknöcherung mit breiter Basis mit dem Humerus, etwas günstiger, wenn mit schmaler Basis mit dem Vorderarm (Ulna) sich vereinigte.

Die Prognose der Muskelverknöcherung nach Ellbogeneinrichtung ist daher im Anfangsstadium mit Vorsicht zu stellen, da sich nicht vorhersehen läßt, welche Entwicklung der ossifikatorische Prozeß nehmen wird; sie hängt wesentlich ab von der primären Lage der Verknöcherung zum Skelett.

Seine pathologisch-anatomische Stellungnahme spricht Verf. dahin aus, daß er die Affektion als eine zweifellos entzündliche auffaßt und neben einer periostalen Knochenneubildung auch eine metaplastische als erwiesen erachtet. Den letzten Grund für diesen Prozeß sieht M. in mechanisch-statischen Momenten, die einmal in dem neuen Trauma, das der schon geschädigte M. brachialis bei der Reposition erleidet, sowie in der funktionellen Beanspruchung des auf diese Weise pathologisch veränderten Muskels gegeben sein können.

Diese nur durch die Anwendung des Röntgenverfahrens ermöglichten Kenntnisse über das klinische und anatomische Verhalten der Myositis traumatica haben ferner zu einer Einschränkung der früher meist operativen Therapie geführt durch den von M. erstmals an einem lange beobachteten Material gelieferten Nachweis, daß diese Gebilde einer spontanen Rückbildung fähig sind. Eine Operation ist daher nur angezeigt bei nervösen Störungen und nach mehr als Jahresfrist, wenn noch schwere Funktionsbeschränkung besteht. Sonst empfiehlt es sich, nach der Reposition die Ruhigstellung etwas länger als sonst fortzusetzen, dann zu vorsichtiger Massage und zum allgemeinen Gebrauche des Armes überzugehen. **Reich** (Tübingen).

---

13) **W. Hagen.** Zur Statik des Schenkelhalses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 627.)

Im Schenkelhalse sind zwei Bälkchensysteme zu unterscheiden: Das Zugsystem, das von der Trochanterseite bis zum höchsten Punkte der konvexen Seite und dann zum vordersten Ende der konkaven Schenkelhalsfläche verläuft; zweitens das Drucksystem, das, von der konkaven Seite des Schenkelhalses entspringend, fächerförmig nach der Konvexität des Bogens verläuft und eine schwächere Mittelpartie erkennen läßt.

Nach dem Wolff'schen Transformationsgesetz sollte man nun bei rein statischer Coxa vara eine Hypertrophie des Zugbogens erwarten, aber gerade das Gegenteil ist zu finden: Hypertrophie des Druckbogens und Atrophie des Zugbogens, so daß Bähr schließt, es müsse entweder unsere Anschauung von der Architektur des Schenkelhalses oder das Transformationsgesetz falsch sein.

Verf. gibt nun die hypothetische Erklärung, daß der Tragmodus des Zugbogens durch Belastung zwar allmählich, aber doch zu rasch überschritten wird, um dem Knochen Zeit zu einer funktionellen Hypertrophie zu lassen, während die Beanspruchung des Druckbogens langsamer vor sich geht und damit Zeit zu einer Hypertrophie dieses Systems gelassen ist.

Reich (Tübingen).

---

14) **F. Kempf.** Prinzipielles über Begriff, Ätiologie und Therapie der Coxa vara.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. spricht sich dahin aus, daß nur diejenigen Formveränderungen des oberen Femurendes mit dem Namen Coxa vara zu belegen seien, bei denen die Deformität am Übergange des Epiphysenteiles zur Diaphyse sitzt. Er betrachtet als Grundlage der echten Coxa vara die Verschiebung oder Einrollung der Femurepiphyse gegen den unteren Schenkelhalsrand. Dazu tritt gewöhnlich eine Abweichung der Epiphyse nach rückwärts, Ermüdungsgefühl, Hüftschmerz, Hinken, charakteristische Stellungsveränderungen des Beines und Funktionsstörungen. Willkürlich ist es, die Coxa vara auf Erkrankungen auszudehnen, die mit einer Verbiegung oder Knickung in der Trochantergegend einhergehen. In dem eben beschriebenen Sinn aufgefaßt, ist die Coxa vara, wie dies Sprengel schon früher behauptet hat, ausnahmslos als eine traumatische Erkrankung anzusehen. In 62% der Fälle konnte K. an seinem Material eine Verletzung nachweisen. Die Anschauung Sprengel's hat übrigens in der Literatur schon mannigfache Anerkennung gefunden. Für die Therapie fordert Verf. ein möglichst frühzeitiges Einsetzen und lange Dauer der Behandlung. Diese darf nicht mit wochen-, sondern muß mit monatelanger Schonung rechnen. Zuerst soll Extension, später ein Beckengipsverband angelegt werden. An sich ist die Coxa vara kein Gegenstand chirurgischer Eingriffe. Erst verschleppte Fälle mit schweren Knochenverbildungen verlangen die Operation. Eine zweckmäßige Behandlung

wird die Zahl der Fälle, in denen ein Eingriff nötig ist, sehr herabmindern. Wichtig ist natürlich die Frühdiagnose des Leidens. Verkürzung und Außenrotation mit Bewegungsstörungen im Hüftgelenk sind die charakteristischen Symptome, die gewöhnlich am Ende der Wachstumsperiode auftreten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **C. Perret.** Über die Dauerresultate bei Coxitis tuberculosa.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

An Hand von 65 Fällen von Koxitis, welche längere Zeit nach der Behandlung nachuntersucht und kontrolliert werden konnten, gibt Verf. eine eingehende Schilderung des Krankheitsbildes mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie der Hüftgelenktuberkulose und der konservativen wie operativen Behandlungsarten. Ausführlich wird auch das Verhältnis des Sitzes der kalten Abszesse zu dem Knochenherde behandelt und der Wert der Röntgenaufnahme betont. Auf allgemeine Behandlung, besonders auch auf Badekuren, wird großes Gewicht gelegt. Vor Spaltung kalter Abszesse wird energisch gewarnt wegen der Gefahr der Mischinfektionen, die sich danach nur schwer vermeiden lassen. Rezidive wurden nach verschieden langer Zeit beobachtet, sogar noch nach 40 Jahren. Die Indikation zu operativen Eingriffen wurde nicht schablonenmäßig gestellt, sondern richtete sich stets nach der Individualität des Falles im einzelnen. Bei leichten Fällen ohne oder mit steriler geschlossener Eiterung, bei denen der Sitz des tuberkulösen Herdes nicht sicher festgestellt werden konnte, wurde konservativ behandelt, bis der Knochenherd, falls er nicht spontan ausheilte, im weiteren Verlauf erkennbar wurde. Bei schweren Fällen mit offener Eiterung und sonstigen Komplikationen soll die Arthrotomie zur Untersuchung des Gelenkes vorgenommen werden. Fehlt alsdann bei ausgedehnter Zerstörung des Gelenkes die Hoffnung auf Heilung, dann muß unter Schonung aller erholungsfähigen Partien alles Krankhafte entfernt werden (atypische Resektionen). Typische Resektionen lassen sich wohl auf diese Weise vielfach vermeiden. Bei den Fällen, in denen schon klinisch der Herd im Knochen gut lokalisierbar ist, wird wohl die Sequestrotomie oder Ausrottung allen tuberkulösen Gewebes eine Radikalheilung und ein günstiges funktionelles Resultat erzielen lassen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

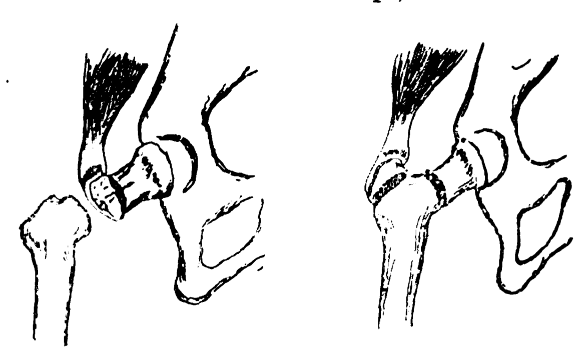
---

16) **R. Jones.** On the production of pseudo-arthrosis of the hip without disarticulation of the head.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 29.)

An über 60 Fällen von Hüftgelenksversteifung hat J. verschiedene Arten der operativen Mobilisierung versucht, meist durch Entfernung von Kopf und Hals des Oberschenkels oder durch Einpflanzung von Fremdkörpern. In Fällen, wo aus Gründen des Choks, der langen Operationsdauer, hohen Alters die Entfernung des Oberschenkelkopfes

nicht angebracht erscheint, läßt er den Kopf zurück mit Hilfe folgender Operationsmethode: er meißelt den Trochanter major nebst Muskelansätzen ab, öffnet die Kapsel, trennt den Schenkelkopf vom Hals und schraubt den Trochanter an den Kopf, der in der Pfanne stecken



bleibt. So kürzt er die Operation ab, vermeidet den Chok der Kopfauslösung, verhindert das Wiederverwachsen mit Sicherheit. Er empfiehlt die Operation in erster Reihe beim Malum coxae senile, aber auch bei Ankylose infolge von Sepsis oder Tuberkulose.

Weber (Dresden).

---

17) K. Büdinger. Über traumatische Knorpelrisse im Kniegelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 510.)

Die Arbeit schließt sich eng an eine frühere desselben Verf.s »über Ablösung von Gelenkteilen und verwandte Prozesse« an, bezüglich deren auf unser Referat in diesem Blatte 1907, p. 75 verwiesen wird. Schon dort ist eingehend über die Knorpelrisse, deren Entstehung, Anatomie, weiteres Schicksal, ihre klinische Bedeutung und chirurgische Behandlung die Rede gewesen. Seitdem ist B. analogen Veränderungen bei weiteren zwölf wegen traumatischer Gonitis ausgeführten Arthrotomien begegnet, worauf sich acht mitgeteilte Krankengeschichten beziehen. Bei der Operation dieser Fälle handelt es sich meist, wie bei den in B.'s erster Arbeit mitgeteilten, um Exzision von verschieden großen, verschiedentlich krankhaft veränderten Knorpelstücken, an denen die Spuren früherer Risse sichtbar und die in sieben Figuren abgebildet sind. Der Sitz der Risse war meist die Kniescheibe, die 8mal allein betroffen war, während die übrigen Fälle sich auf die Gelenkflächen des Ober- und Unterschenkels verteilen, dabei aber meist auch noch durch Risse an der Kniescheibe kompliziert sind. Die Risse entstehen entweder durch Berstung, insbesondere über subchondralen Hämatomen, und durch seitliche Verschiebung des Knorpelüberzuges — oder durch direkte Verletzung des Knorpels durch benachbarte Frakturen und sekundäre Aufrauhungen des Knorpels. Eine völlige Heilung im anatomischen Sinne bleibt problematisch, in der Regel wird eine übernarbte Delle im Knorpel hinterbleiben, im klinischen

Sinne aber ist spontane Heilung häufig, insofern die Verletzten wieder ein gut funktionierendes, beschwerdefreies Gelenk zurückerlangen. In den Fällen aber, die bleibender Beschwerden wegen operiert wurden, finden sich die Verletzungsspuren bald in Form einfacher oder vielfacher sich kreuzender klaffender Risse, lappenartiger Ablösungen oder Umkrempelung von Knorpelstücken, Unterminierungen usw. Die klinische Diagnose dieser Zustände ist auch mit Röntgen zu präzisieren unmöglich. Die Behandlung kann, wenn nach längerem Abwarten die Beschwerden statiönär bleiben, nur in operativer Revision der Gelenke bestehen, und redet B. einer häufigeren Vornahme einer solchen, die bislang von den Chirurgen noch zu sehr gescheut wurde, das Wort. Erfordernis dabei ist allerdings strengste Asepsis, »fingerfreies« Vorgehen; auch ersetzt B. die Mulltupfer durch Wundabspülung. Wie schon in seiner früheren Arbeit empfiehlt B. seitlich-parapatellare Längsschnitte mit Abklappung der Kniescheibe und bei der Nachbehandlung sehr frühes Aufstehen der Kranken — schon am Tage nach der Operation! Der von Hoffa beschriebenen traumatisch-entzündlichen Hypertrophie des subpatellaren Fettgewebes ist B. bei seinen Operationen öfter begegnet. Er hält allzu reichliche Exzisionen dieser Fettpartien für die spätere Funktionsmechanik des Knies nicht für ganz unbedenklich. Nach seiner Erfahrung kann dieses subpatellare Lipom als einzige posttraumatische Veränderung vorkommen, jedoch ist das nicht häufig. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) **H. W. Jacob.** A method of reducing displaced internal semilunar cartilage.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

J. empfiehlt auf Grund günstiger Erfahrungen eine erfolgreiche, schmerzlose und einfache Art den dislozierten Semilunarknorpel zu reponieren. Das im Knie gebeugt gehaltene Bein wird gegen den eigenen Oberschenkel als Hypomochlion kräftig und allmählich nach außen gezogen, d. h. der Unterschenkel wird im Knie abduziert. Während dies geschieht, muß der Kranke langsam sein Bein im Kniegelenk zu strecken versuchen. Dabei schnappt der verrenkte Knorpel hörbar zurück. Zuweilen sind mehrere Versuche nötig, um Erfolg zu haben. Wenn vorher keine Gehversuche oder Repositionsbewegungen gemacht worden sind, tritt nach dieser Methode auch keine Synovitis ein.

Weber (Dresden).

---

19) **F. L. Dumont.** Eine neue Methode der Amputatio cruris osteoplastica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 497.)

Die von D. beschriebene Unterschenkelamputationsmethode stammt von Dr. Elias Haffter in Frauenfeld (Schweiz), der sie seit Jahren mit bestem Erfolge übt. Sie besteht darin, daß die Fibula zur Deckung der Knochenstümpfe verwendet wird, und wird folgendermaßen ausgeführt. Sehr steiler Ovalärschnitt von innen oben nach unten außen,

die Haut durchtrennend. Medialerseits Schnittführung bis auf den Knochen durch das Periost. Hochschiebung des letzteren $^1/_2$—1 cm nach oben, in welcher Höhe die Tibia mittels Dratsäge durchtrennt wird. Folgt Ablösung der Weichteile von der Tibia weiter nach unten. Am unteren Ende des Ovalärschnittes wird die Fibula durchsägt, nachdem in gleicher Weise wie an der Tibia eine Periostmanschette gebildet wurde. Hierauf wird etwas unterhalb der Höhe der Durchsägung der Tibia aus der Fibula ein Keil mit der Basis gegen die Tibia herausgemeißelt. Dann gelingt es durch eine Hebelbewegung mittels einer die Fibula fassenden Zange leicht, den Fibulastumpf umzubiegen und die Sägefläche damit zu decken. Arterienunterbindung, Periost- und Hautnähte usw. Vier skizzierte Figuren veranschaulichen die Schnittführungen recht gut, fünf aus dem zahlreichen Gesamtmaterial ausgewählte Krankengeschichten nebst sieben Röntgenogrammen von sehr gut aussehenden geheilten Stümpfen sind des weiteren beigegeben, ebenso zum Schluß ein Literaturverzeichnis von 26 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

20) **Ewald.** Fußwurzeltuberkulose und ihre Diagnose mittels Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

An der Hand von vier Fällen bespricht Verf. die Frage, ob im Anschluß an ein Trauma eine Knochen- oder Gelenktuberkulose entstehen kann. Nach Aufführen der Stimmen dafür und dawider erklärt er sich selbst für den ursächlichen Zusammenhang, wie das im großen Ganzen auch in der Unfallpraxis längst gehandhabt wird. Verf. empfiehlt in allen Fällen, die irgendwie zweifelhaft sein können, die Röntgenographie zur Frühdiagnose tuberkulöser Prozesse herbeizuziehen, namentlich bei sog. »alten Fußverstauchungen«.

Gaugele (Zwickau).

21) **H. Iselin.** Die Wenzel-Gruber'sche fibulare Epiphyse der Tuberositas metatarsi quinti im Röntgenbild. Ein wahrscheinlich konstanter Befund im 13. oder 14. Lebensjahre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 561.)

Nachdem I. auf Röntgenbildern von 13jährigen Individuen zweimal auf der Außenseite der Tuberositas metatarsi V ein besonderer Knochenkern aufgefallen war, hat er nach diesem Befunde methodisch bei 25 gesunden 12 bis 15jährigen Knaben gesucht und gefunden, daß derselbe wahrscheinlich im 13.—14. Lebensjahre konstant ist. Es handelt sich hier um eine eigene Epiphyse, die von Wenzel-Gruber bereits beschrieben ist und für das sog. Os Vesalinum Bedeutung hat. Der fragliche Knochenkern ist klein und meist von schalenförmiger, auswärts konvexer Gestalt — vgl. die Umrißskizzen der I.'schen Röntgenogramme. Der Knochenkern hat bereits zu der falschen Annahme von Knochenbrüchen geführt, ein Irrtum, vor dem die Kenntnis von dieser Epiphysenbildung schützen wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Vorschläge zur Verbesserung des Verbandpäckchens für den Feldsoldaten.

Von

Oberstabsarzt Dr. Deeleman in Kamenz i. Sa.

In allen bisherigen Verbandpäckchen hat das für den Selbstverband des Soldaten in der Gefechtslinie bestimmte Verbandstück dreierlei Nachteile:

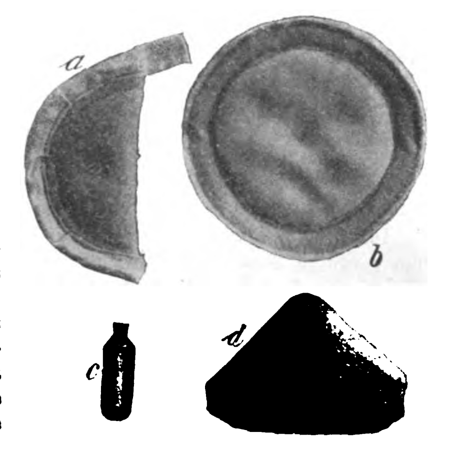
1) es wird an der für die Wundbedeckung bestimmten Fläche sehr leicht durch Befingern, Anstreichen oder Hinfallen beschmutzt;

2) es wird, da es lediglich aus hydrophilen Stoffen (Mull, Watte) besteht, durch Regen oder Schnee sofort durchnäßt, während der Wundverband ein trockener sein soll;

3) seine Befestigung auf der Wunde mittels Rollbinde ist eine umständliche, zeitraubende und unsichere.

Diesen drei Übelständen kann, wie ich glaube, in folgender Weise zum Teil abgeholfen werden.

Ein kreisrundes, flaches Verbandstück von 10 cm Durchmesser (sog. Verbandscheibe) besteht aus einer vielfachen Schicht entsprechender Scheiben von sterilem Mull. Die Außenfläche dieser Verbandscheibe ist mit einer einfachen Lage Flanell von gleicher Form und Größe bedeckt. Die Innenfläche der Scheibe trägt einen $1^1/_2$—2 cm breiten Rand aus rauhhaarigem Barchent. Das Ganze wird durch zwei periphere Kreisnähte zusammengehalten (Fig. *b*). Die innere, von dem rauhen Barchentring umkreiste Mullfläche ist zum Auflegen auf die Wunde bestimmt. Um das Befingern und Beschmutzen dieser Innenfläche unmöglich zu machen, ist die Verbandscheibe in einem Durchmesser zusammengebrochen (Mull innen, Flanell außen). Die dadurch aufeinander gelegten halbkreisförmigen Ränder der beiden Scheibenhälften sind durch ein locker übergenähtes, $3^1/_2$ cm breites Leinenband miteinander verbunden. Durch dieses Verschlußband ist die Verbandscheibe geschlossen und ihre Innenfläche gegen jede unsaubere Berührung vollkommen geschützt (Fig. *a*). Soll die Scheibe auf die Wunde gelegt werden, so wird sie durch Abreißen des Verschlußbandes vorher geöffnet. Um das Abreißen des Bandes zu erleichtern, sind die beiden Enden desselben als Handhaben »lang gelassen«. Selbstverständlich darf das Verschlußband erst dann abgerissen werden, wenn die Scheibe sofort danach auf die Wunde gelegt werden soll.



Bei Regen oder Schnee wird die äußere, nicht hydrophile Decke aus Flanell das Innere der Verbandscheibe vor unerwünschter Durchnässung einigermaßen schützen, ohne die Verdunstung und Eintrocknung der Wundflüssigkeit zu hindern.

Für die Befestigung der Verbandscheibe auf der Kleinkaliberwunde ist meiner Ansicht nach das Klebeverfahren anzustreben. Schon Köhler hat vor längerer Zeit ein Verbandpaket empfohlen, welches u. a. eine Verbandscheibe enthielt mit einem klebenden Rand aus gestrichenem Kautschukheftpflaster. Seitdem hat sich das Aufkleben des provisorischen Schußwundenverbandes nach v. Bruns (mittels zweier über das Mullstück gelegter Heftpflasterstreifen) oder nach v. Oettingen

(mittels auf die Haut der Wundumgebung gepinselter Mastixlösung) in der ärztlichen Kriegspraxis vollkommen bewährt. Auf den Verbandplätzen und in den Lazaretten, auf Kuba, in Afrika und in der Mandschurei hat sich das Klebeverfahren in der Hand der Ärzte als viel einfacher, zweckmäßiger und sicherer erwiesen, wie die Verbandbefestigung mittels Rollbinden (Senn, Bertelsmann, Küttner, Goldammer, v. Oettingen).

Es wäre daher gewiß als ein Fortschritt zu begrüßen, wenn es gelänge, auch für den provisorischen Selbstverband des Verwundeten einen Weg zu finden, der schon in der Gefechtslinie den Soldaten gestatten würde, den Schußwundenverband nicht anzuwickeln, sondern anzukleben. Die für die Herstellung eines »Klebeverbandpäckchens« zu überwindenden Schwierigkeiten verkenne ich nicht. Klebstoffe verderben durch langes Lagern. Sie verderben auch, wenn sie mit dem Verbandpäckchen durch Hitze sterilisiert werden. Nach eingetretener Mobilmachung die Verbandpäckchen mit frischem Klebstoff zu versehen, wird nicht ausführbar sein. — Wenn ich mir trotzdem erlaube, einen Vorschlag zu machen, so geschieht es nicht in der Meinung, das Problem des Klebeverbandpäckchens sei von mir einwandsfrei gelöst; vielmehr in der Absicht, andere anzuregen, etwas Besseres auszusinnen. Mein Vorschlag ist folgender:

Als Klebemittel dient die v. Oettingen'sche Mastixlösung. Sie wird in einer kleinen, 4 cm langen und 1 cm dicken Zinntube (Fig. *c*) mit Gewindekorkverschluß dem Verbandpäckchen beigegeben. Die für unsere Zwecke von der Tubenfabrik vorm. Gebr. Koppe in Berlin konstruierte Tube wird aus zwei Teilen zusammengeschweißt, ist unten geschlossen und wird von oben gefüllt. Da das lagernde Päckchen von Zeit zu Zeit sterilisiert wird, so darf die Tube nicht in dasselbe eingeschlossen sein. Vielmehr wird das Päckchen zunächst ohne Tube hergestellt, indem die mittels Verschlußband geschlossene Verbandscheibe in das bekannte graue, wasserdichte Böddinghaus'sche Zwirntuch eingehüllt wird. Das so entstandene halbkreisförmige Päckchen wird nochmals halb zusammengebrochen, so daß es die Gestalt eines Kreisviertels annimmt. Zwischen die beiden Hälften des so zusammengebrochenen Päckchens wird die Zinntube gelegt. Dann werden die zwei offenen Seiten des Kreisviertels wiederum durch ein übergenähtes Band (äußeres Verschlußband) verschlossen, dessen Enden ebenfalls, um das Abreißen zu erleichtern, lang bleiben. So wird es ermöglicht, unter zeitweiliger Entfernung und nachträglicher Wiedereinschiebung der Tube, das uneröffnete Verbandpäckchen ab und zu zu sterilisieren oder die Tube auszuwechseln bzw. mit frischem Klebstoff zu füllen. Ein solches Klebeverbandpäckchen (Fig. *d*) wiegt 25 g, ist etwas kleiner als das offizielle deutsche Verbandpäckchen und enthält eine gedruckte Gebrauchanweisung.

Im Ernstfalle nimmt der Verwundete oder sein Kamerad das Päckchen aus dem vorderen Rockschoß der Uniform. Durch Abreißen des äußeren Verschlußbandes erlangt er die Tube, deren Deckel er durch Abschrauben entfernt. Die Ausflußöffnung der Tube ist etwas eng, damit der Inhalt nicht verschüttet werden kann. Mit der Tubenöffnung umkreist der Soldat die Wunde, 3—4 cm von ihr entfernt, indem er hinten sanft auf den Tubenbeutel drückt. Dies setzt er so lange fort, bis die Tube leer und die Haut der Wundumgebung mit dem Klebstoff ringsum drei Querfinger breit bestrichen ist. Jetzt erst wird das Verbandpäckchen geöffnet und die »unbeschmutzbar« verschlossene Verbandscheibe herausgenommen. Durch Abreißen ihres Verschlußbandes wird die Scheibe geöffnet und sofort mit ihrer Mullseite über die Wunde gelegt. (Das alles läßt sich viel schneller und einfacher ausführen als beschreiben.) Indem zuletzt die Hohlhand eine Minute lang sanft auf die Außenseite der Verbandscheibe gedrückt wird, klebt deren Innenseite (besonders der rauhhaarige Barchentrand) so fest auf der Haut an, daß der Verwundete mit unverschobenem Wundverband den nächsten Verbandplatz oder ein Lazarett erreichen wird. Hier wird entweder der Verband gewechselt, oder die Verbandscheibe bleibt liegen und wird durch einen übergeklebten oder übergewickelten größeren Mullverband in einen kunstgerechten Dauerverband ver-

wandelt. Selbstverständlich wäre es nicht unvorteilhaft, dem Verbandpäckchen außer der Zinntube auch noch eine kleine Rollbinde mitzugeben, damit für alle denkbaren Fälle beide Befestigungsmittel zur Verfügung stehen: Kleben und Wickeln.

22) **F. W. Jones.** The examination of the bodies of 100 men executed in Nubia in Roman Times.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Verf. hatte Gelegenheit 100 Leichen aus römischer und byzantinischer Zeit in der Gegend des ersten Nilkatarakts zu untersuchen. Er beschreibt genau die Einwirkung der verschiedenen Todesarten auf das Skelett, so besonders des Gehängtwerdens auf die Knochennähte der Schädelbasis unter Beifügung interessanter Abbildungen: es findet sich eine ziemlich symmetrische Zersprengung dieser Knochennähte, so daß die Schädelbasis von ausgedehnten Fissuren durchzogen erscheint. **Weber** (Dresden).

23) **I. Potârca.** Bemerkungen über die penetrierenden Wunden der großen Körperhöhlen durch die modernen kleinkalibrigen Geschosse und über die Vereinfachung des individuellen Verbandpaketes.

(Revista de chirurgia 1908. Nr. 4.)

Verf., Militärarzt, hat im Vorjahre während der Bauerunruhen Gelegenheit gehabt eine größere Anzahl von Schußwunden zu behandeln, die meist durch das Geschoß des Manlichergewehres, Kaliber 6,5 cm, hervorgerufen worden waren. Es zeigte sich, daß der weitaus größte Teil der betreffenden Wunden einen kleinen Umfang hat, und daß infolgedessen ein kleiner Verband genügend ist, um selbst die, welche große Körperhöhlen eröffnen, in vollkommen hermetischer Weise abzuschließen. P. empfiehlt deshalb ein Verbandpäckchen, das eine Anzahl Lagen Gaze, einen Zinntubus mit Kollodium und ein am Ende mit Watte umwickeltes Stäbchen enthält, mit dem das Kollodium auf die Gaze aufgetragen wird.

E. Toff (Braila).

24) **B. Rutschinski.** Zur Frage von den multiplen Fibromen.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 6. [Russisch.])

Bei der Sektion der 75 Jahre alten Pat. fand man folgende Geschwülste: ein Fibrom im großen Netz, $15 \times 13 \times 7$ cm groß, mehrere Fibromyome am Uterus, mehrere Fibrome in der rechten Mamma; in beiden Ovarien je eine Cyste, faust- bzw. eigroß; Hydrosalpinx links; Karzinomknoten in beiden Lungen, in der Leber, in einer Bronchial- und mehreren Retroperitonealdrüsen. Die Netzgeschwulst hatte Pat. vor 38 Jahren bemerkt, sie war vollständig unabhängig vom Darm und von den Genitalien. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

25) **Morestin.** Sarcome développé sur un lupus.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 8.)

Im Gegensatz zu den viel häufigeren Karzinomen entwickelte sich in diesem Falle aus einem Lupus vulgaris des Gesichtes ein großzelliges Spindelzellsarkom, welches mehrfachen Operationen zu Trotze zum Tode führte.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

26) **Weber.** Acute cases of Hodgkin's disease (Lymphadenoma).

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII. London 1908.)

Aus W.'s Erörterungen über die Differentialdiagnose der Hodgkin'schen Krankheit gegenüber Syphilis, Tuberkulose und atypischer Leukämie ist als in chirurgischer Hinsicht bedeutsam hervorzuheben, daß es — besonders bei Affektion

der Halslymphdrüsen — Formen von Drüsentuberkulose gibt, die klinisch vom Lymphadenom nicht zu unterscheiden sind; auch tritt nicht selten in den von der Hodgkin'schen Krankheit befallenen Drüsen eine Sekundärinfektion mit Tuberkulose ein, wie es W. in einem Falle erlebte. Diese Kombination beider Erkrankungen kommt wahrscheinlich häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen vor, und zwar in der Form multipler Drüsentuberkulose. **Mohr** (Bielefeld).

27) **Axhausen.** Osteogenesis imperfecta oder frühe Osteomalakie als Grundlage der idiopathischen Osteopsathyrosis?

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 42.)

A. beantwortet die in dem Titel seiner Arbeit aufgeworfene Frage zugunsten der frühen Osteomalakie. Er stützt sich dabei auf mehrere von ihm in Kiel gemachte Beobachtungen, von denen die beiden ersten rein klinisch sind. In Fall 1 handelt es sich um ein 12jähriges Mädchen mit stark verbogenen und abnorm weichen Beinknochen, in Fall 2 um eine 32jährige Näherin mit vielfachen Skelettanomalien, Verkrümmung von Wirbelsäule und Extremitäten, Schnabelbecken, Coxa vara. Beide Fälle entsprechen klinisch ungleich mehr der Osteomalakie als der Rachitis, und bezüglich des zweiten Falles vermutet A., daß die Pubertätsentwicklung durch die Blutkongestion zu den Genitalien in ähnlicher Weise die Osteomalakie verursachen kann, wie ein Puerperium. Noch wichtiger sind die einen dritten Fall betreffenden genauen makro- und mikroskopischen Untersuchungen an den Knochen eines von Neuber amputierten Beines, das, einem 16jährigen Knaben gehörig, nach Voraufgehen von Verkrümmungen und Frakturen im Skelett weich geworden, als nutzloses Körperanhängsel beseitigt wurde. Beigegebene Röntgenogramme zeigen die hochgradige Atrophie der Knochen, die Frakturen und Verkrümmungen, die Dünne der Schäfte, das Fehlen der Compacta und einer irgendwie erheblichen Menge kalkhaltigen Knochens. Sehr genau werden die histologischen Befunde beschrieben, worüber des näheren auf das Original verwiesen wird. Als wesentlich hebt A. eine auffallende Störung der Tätigkeit der knochenbildenden Zellen im Marke hervor. Quantitativ, indem in dem Bezirk der Knorpelauflösung jede wandständige Knochenablagerung ausbleibt oder doch nur äußerst spärlich erfolgt; qualitativ, indem der ausgebildete Knochen oft lange kalklos bleibt. Der Knochen selbst zeigt die gleiche Störung, dem Wachstum desselben entsprechende energische Resorptionsvorgänge, ohne daß aber die übrigens reichlich anwesenden Osteoblasten in annähernd entsprechendem Verhältnis neues Knochengewebe liefern.

Die Literatur neueren Datums wird im Text der Abhandlung herangezogen und dabei mancher von den Autoren (Doering, Lorsen) anders gedeuteter Fall auch für die »frühe Osteomalakie« in Anspruch genommen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **R. Birnbaum.** Beitrag zur Kenntnis der Todesfälle nach Lumbalanästhesie mit Stovain. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Göttingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 9.)

B. berichtet über einen Todesfall nach Lumbalanästhesie mit Stovain, der eine 53jährige Frau betraf, bei welcher wegen Vorfalles des myomatösen Uterus die vaginale Totalexstirpation usw. vorgenommen worden war. Bald nach der Operation entwickelte sich eine zunehmende Verwirrtheit der Pat. am 5. Tage trat vollkommene Benommenheit mit meningitischen Symptomen und am 9. der Tod ein. Die Sektion ergab keine Meningitis, dagegen schwere Hirnarteriosklerose, die im Leben vor der Operation keine besonderen Erscheinungen gesetzt hatte, und zahlreiche kleinere und größere Erweichungsherde.

B. nimmt an, daß sich zu der vorhandenen Zirkulations- und Ernährungsstörung im Gehirn als schädigendes Moment die Wirkung der Lumbalpunktion und des Stovains auf die vasomotorischen Zentren summiert habe, und rät in allen

Fällen, wo Verdacht auf Gehirnarteriosklerose vorhanden ist, von der Medullarnarkose Abstand zu nehmen. **Kramer** (Glogau).

29) **Wight.** Pulmonary complications following anaesthesia.
(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. März.)

Seit August 1903 wurden in der gynäkologischen Abteilung des Johns Hopkins Hospital 9000 Narkosen ausgeführt; 29 Narkotisierte bekamen eine Pneumonie. 6 von diesen starben (21%). In 24 Fällen begann die Pneumonie innerhalb der ersten 8 Tage nach der Narkose, unter den 5 übrigen Fällen kann nur 1mal die Narkose als Ursache der Pneumonie angesehen werden. 12mal handelte es sich um lobäre, 17mal um lobuläre Pneumonie. Als Narkotika hatten gedient: Chloroform allein oder mit Äther, Äther allein oder mit Stickstoffoxydul, 1mal Kokain und Lachgas.

Nur in 4 unter diesen 29 Fällen hatte die Narkose weniger als 1 Stunde gedauert, in 11 Fällen mehr als 2 Stunden. Die Wundheilung wurde durch die Pneumonie niemals gestört.

Seit Einführung der Äthertropfnarkose haben die Erkrankungen an Pneumonie erheblich nachgelassen.

Vergleich mit anderen Statistiken. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **Coste.** Stauungshyperämie bei akut entzündlichen Krankheiten.
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Nach den von C. an 270 Fällen des Breslauer Garnisonlazaretts gemachten Erfahrungen, über die ausführlich berichtet wird, liegt der Hauptanteil der Bier-schen Methode in der günstigen Beeinflussung der Narbenbildung und in der Vermeidung der sonst so häufigen Funktionsstörungen. Daß sie einen wesentlichen und entscheidenden Einfluß auf die Begrenzung der Phlegmonen habe, davon konnte sich C. nicht überzeugen. Wenn es auch manchmal gelingt, ohne Inzision die Infektion zu beseitigen, so blieb doch für den Stillstand der letzteren, besonders bei schweren Infektionen, die Inzision das ausschlaggebende Moment.

Kramer (Glogau).

31) **A. W. Gregory.** Über die Behandlung granulierender, durch Trauma erzeugter Wunden mit Stauungshyperämie.
(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 1. [Russisch.])

Bekanntlich wird die Heilung granulierender Wunden oft sehr verzögert durch Fibrinbildung und Pyocyaneusinfektion. In solchen Fällen, wo alle anderen Mittel im Stich ließen, sah G. raschen Erfolg bei Anwendung der Stauungsbinde (20 bis 22 Stunden täglich). Von seinen zehn Fällen bringt er die Beschreibung dreier exquisiter Erfolge, wo nach 2 Wochen die Wunde sich reinigte und nach 5—6 heilte.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

32) **F. Kirchberg.** Schutz der Haut bei der Massage.
(Med. Klinik 1908. p. 413.)

Für die meisten Massagen zu Heilzwecken und zum Zwecke der allgemeinen Gesundheitspflege wird weiße Virginiavaseline, für besondere Fälle (Haut der Zuckerkranken, Ödematösen, bei Reizungszuständen) Lenicetsalbe, d. h. homogene weiße amerikanische Vaseline mit polymerisierter trockener essigsaurer Tonerde, empfohlen. **Georg Schmidt** (Berlin).

33) **Lévi et de Rothschild.** Contribution au traitement thyroïdien du rhumatisme chronique.
(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 10.)

Die schon früher von Lancereaux und anderen empfohlene Behandlungsweise des chronischen Gelenkrheumatismus wurde 39mal erprobt. Die Beobachtungsdauer betrug zum Teil mehrere Jahre.

Unter den Behandelten waren 19 Pat. mit allgemein schweren Gelenksdeformitäten, die zum Teil mehrere Jahre bettlägerig waren, oder mit Ankylosen, Gelenksdeformitäten, rezidivierenden Anfällen u. dgl.; davon wurden 14 gebessert, zwei völlig geheilt.

Die übrigen 20 Fälle waren mittelschwere und wurden bis auf zwei geheilt.

Die Behandlung bestand in 1—3mal täglicher Verabreichung von 0,1 g getrockneter Hammelschilddrüse. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

34) **S. Flatau** (Nürnberg). Zur Sterilisation der Gummihandschuhe.
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Um auch die Innenfläche der Gummihandschuhe zu sterilisieren — was bei der Zerreißlichkeit derselben notwendig ist —, werden diese über ein dünnes Drahtgestell in Handschuhform gestülpt und so ausgespreizt nun im Dampfapparat sterilisiert und armiert aufbewahrt. Nach dem Gebrauche werden sie gereinigt und auf dem »Spreizer« getrocknet. (Bezugsquelle: P. Walb in Nürnberg.)

Kramer (Glogau).

35) **M. Claudius.** Sterilisering af Metallinstrumenter.
(Hospitalstidende 1908. p. 458.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß der Grund, weshalb Messer beim Kochen in Soda- oder Boraxlösung stumpf werden, darin liegt, daß das Eisen und das Nickel mit der Salzlösung zusammen eine galvanische Kette bilden, was zur Folge hat, daß das Eisen wie ein Salz aufgelöst wird. Wenn man dahingegen die Instrumente in einer alkalisch reduzierenden Flüssigkeit kocht, wird die Oxydierung verhindert. Verf. empfiehlt eine Lösung von 1—2% Soda und 1—2% Melis in destilliertem Wasser. **Einar Key** (Stockholm).

36) **N. Ellerbroek.** Beobachtungen über Schulterluxationen nach hinten nebst einer Übersicht über alle vom 1. Januar 1890 bis 1. Januar 1907 in der Göttinger chirurgischen Poliklinik beobachteten Luxationen.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 453.)

Während des im Titel bezeichneten Zeitraumes betrug die Gesamtzahl der der Göttinger Poliklinik zugeführten Verrenkungen 584, wovon auf das Schultergelenk 172 entfallen; zehn von letzteren waren Verrenkungen nach hinten. Die Arbeit beschäftigt sich speziell mit diesen Fällen, bringt ihre Krankengeschichten nebst mehreren Photogrammen und erörtert diese Verrenkungsform kurz im allgemeinen. Von den zehn Pat. waren acht männlichen, zwei weiblichen Geschlechts. Die Art der Fälle war mannigfach verschieden. Neben den die Mehrzahl bildenden Fällen frischer und unkomplizierter Verletzung findet sich auch ein Pat. mit gleichzeitigem Oberarmbruch, ein anderer (2½jähriges Mädchen) mit gleichzeitigem Schlüsselbeinbruch. Ein Fall wird als pathologische Spontanluxation wahrscheinlich infolge von Humerussarkom angesprochen, in einem anderen, wo die Verrenkung zufällig bemerkt wurde, handelt es sich um einen von klein auf bestehenden Krankheitszustand, also entweder um eine angeborene Verrenkung oder, was wahrscheinlicher, eine durch geburtshilfliche Operation veranlaßte. In einem Fall endlich lag eine habituelle Verrenkung vor. Bei den gewöhnlichen unkomplizierten traumatischen Fällen handelt es sich meist um eine direkte, den Oberarmkopf gerade nach hinten drückende Gewalt. Es entsteht ein ziemlich großer Riß der hinteren Kapselwand, fast stets kompliziert durch Abreißung des M. subscapularis. Aber auch durch starke Muskelbewegung (Armschleudern), sowie durch epileptische Krämpfe kann die Verrenkung erfolgen. Die Einrenkung gelingt der Größe des Kapselrisses wegen meist leicht. Ob durch geburtshilfliche Lösung der Arme häufig Verrenkungen entstehen, ist zweifelhaft, da sich die Ansichten der Autoren hierüber widersprechen. Die Möglichkeit der Verletzung auf diesem Wege ist jedenfalls zuzugeben, ebenso wie das Vorkommen wirklich angeborener Schulterverrenkungen, die aber selten sind.

Betreffs der statistischen Zahlen der übrigen zur Beobachtung gelangten Verrenkungen sei auf das Original verwiesen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Staffel.** Kompressionsfraktur des Humeruskopfes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. kommt auf Grund der Beschreibung eines von der Leiche erhaltenen Präparates im Vergleich mit den klinischen Erscheinungen und dem im Leben erhaltenen Röntgenbilde zu der Ansicht, daß sich manche Brüche des Schultergelenkkopfes im anatomischen Halse bei sehr geringer Verschiebung der Bruchflächen der Diagnose völlig entziehen können. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

38) **W. Lossen.** Beiträge zur extrakapsulären Radikalresektion des tuberkulösen Ellbogengelenks.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 120.)

Die Grundsätze Bardenheuer's für Indikation und besonders Technik der Ellbogenresektion sind außer von Schülern Bardenheuer's von diesem selbst schon früher besprochen, und verweisen wir auf das Referat in unserem Blatte 1907, p. 363, das sich auf die eigene Mitteilung Bardenheuer's bezieht. Bardenheuer gab damals in seiner zum Jubiläum v. Bergmann's erschienenen Schrift (1906) auch schon, auf die jetzt vorliegende Arbeit L.'s sich im voraus beziehend, eine Übersicht über die von ihm in 74 Fällen erreichten Resultate, worüber, um Wiederholungen zu vermeiden, ebenfalls auf unser damaliges Referat verwiesen werden kann. Die Arbeit L.'s gibt die statistischen Einzelnheiten des Beobachtungsmateriales, hinsichts Alters der Resezierten, das von 1—63 Jahren schwankte, Häufigkeit von hereditärer Belastung, von ätiologisch in Frage kommendem Trauma, Frequenz der ostalen und synovialen Erkrankungsform usw., einen Vergleich der Bardenheuer'schen Erfolgsstatistik mit den Erfolgen anderer Chirurgen und anderer Behandlungsmethoden, endlich die in Kürze wiedergegebenen Krankengeschichten, denen Röntgenbilder und mehrere Photogramme geheilter Pat. beigegeben sind. Mehr als der Text der Arbeit lehren diese Bilder, welche vier Personen verschiedenen Alters und Geschlechtes betreffen und die ausgezeichnete aktive Beweglichkeitsfunktion der resezierten Ellbogen zeigen, die Leistungsfähigkeit der Bardenheuer'schen Operation. Ebenso sind die Röntgenogramme als interessant hervorzuheben. Sie stellen dar: zwei aktiv bewegliche Gelenke, deren eines gut die der Bardenheuer'schen Methode eigentümliche Gabelbildung im Humerus sehen läßt, ein synostotisch festes Gelenk mit Pronationsmöglichkeit, ein gleiches ohne solche, endlich ein aktives Schlottergelenk.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

39) **Quadflieg** (Bardenberg). Über einen Fall von traumatischer Luxation des N. ulnaris dexter.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 9.)

Der 35jährige Bergmann war mit dem rechten Ellbogengelenk zwischen Schachtgerüst und Balken geraten und hatte dabei eine Lähmung des rechten Armes und an der Innenseite desselben oberhalb des Ellbogengelenks eine 5 cm lange Quetschwunde sich zugezogen; er kam erst längere Zeit danach ins Krankenhaus, in dem die Verschiebung des verdickten und entzündeten Ulnaris nach vorn über den Epicondylus internus humeri nachgewiesen wurde. Der Nerv glitt bei Streckung des Gelenkes in den Sulcus ulnaris zurück, um bei Beugung wieder nach vorn zu rutschen. Die in Festnähung des Epineurium an die Sehne des M. triceps bestehende Operation führte zu allmählicher Besserung und schließlich zur Heilung der Neuritis; nur ein geringes Taubsein im Kleinfinger ist zurückgeblieben.

Kramer (Glogau).

40) **A. Capaldi.** Ein Sarkom am Amputationsstumpfe nach 20 Jahren. (Aus der Königsberger chirurg. Universitätsklinik. Prof. E. Lexer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Dem 55jährigen Pat. war wegen Maschinenverletzung der linken Hand und linken des Vorderarmes dieser unterhalb des Ellbogengelenks im Jahre 1886

amputiert worden; er trug keine Prothese. 1907 kolbige Verdickung des Amputationsstumpfes von Kindskopfumfang, weicher Konsistenz und stellenweise mit Fluktuation, mit dem Knochen nicht zusammenhängend. Amputation im unteren Drittel des Humerus; Heilung.

Die Geschwulst bestand teils aus fibromatösem, teils aus Sarkomgewebe, war nicht vom Periost oder Knochen und ebenso nicht aus einem Amputationsneurom entstanden; ein vor einiger Zeit erlittenes Trauma mag das Wachstum beschleunigt haben. **Kramer** (Glogau).

41) **Franke.** Zur Anatomie der Madelung'schen Deformität der Hand.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 156.)

Die Rostocker Klinik hatte durch den an Hirnabszeß erfolgten Tod einer mit Madelung'scher Handdeformität behafteten 37jährigen Pat. Gelegenheit deren Vorderarme genauestens anatomisch zu untersuchen. Prof. Müller hat die wichtigsten klinischen und anatomischen Eigenheiten des Falles bereits auf der vorjährigen Naturforscherversammlung mitgeteilt, und ist auf seinen diesbezüglichen Selbstbericht in unserem Blatte 1907, p. 1333, zu verweisen. F.'s Arbeit bringt die näher eingehenden anatomischen Beschreibungen nebst neun photo- bzw. röntgenographischen Abbildungen, die als interessant und lehrreich hervorzuheben sind. Das Endresultat der Untersuchungen läuft auf eine Bestätigung der Madelung-schen Theorie betreffs des Wesens der nach ihm benannten Deformität hinaus. Danach ist das Primäre bei Entstehung derselben eine Wachstumsstörung des Epiphysenknorpels des Radius, und die Deformität der Hand kommt durch eine Verkrümmung der Epiphyse selbst zustande. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

42) **Ebermayer.** Über (isolierte) Verletzungen der Handwurzelknochen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über die Verletzungen an den Handwurzelknochen aus der Münchener chirurgischen Universitätsklinik. Mit Recht führt er aus, daß die Kenntnis der Handgelenksknochenbrüche erst durch die Röntgenologie zur vollen Entwicklung gekommen ist.

Die natürliche Wechselbeziehung hat es aber mit steigender Kenntnis der Fraktur bewirkt, daß jetzt auch ohne Benutzung der Röntgenstrahlen die Diagnose schon mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden kann. So wissen wir heute, daß bei dem Bruche des Kahnbeines ein isolierter Druckpunkt in der Tabatière als pathognomonisch für diesen Bruch angenommen werden muß, besonders wenn noch eine lebhafte Schmerzhaftigkeit der radialen Abduktion und Flexion besteht.

Auf dem Leuchtschirme fällt bei dem Kahnbeinbruch ein Klaffen der Bruchstücke bei der Adduktion der Hand und ein Verschwinden des Bruchspaltes bei der Abduktion auf. Daraus ergibt sich als Fixationsverband ein solcher bei Flexion und Radialabduktion, so daß man am einfachsten eine linksseitige Schede'sche Schiene bei dem rechtsseitigen Kahnbeinbruch verwendet und umgekehrt. Die Resultate sind nicht befriedigend. Die Mehrzahl der Kahnbeinbrüche heilt pseudarthrotisch; sehr häufig schließen sich ferner Arthritiden bald leichteren, bald schwereren Grades mit folgender Deformierung an.

Gar nicht selten fand Verf. isolierte Frakturen des Mondbeines, die anderweitig kaum beschrieben sind. Die Fraktur ist als eine Kompressionsfraktur zu betrachten, durch Fall auf die überstreckte Hand; oft sind nur geringe Gewalteinwirkungen vorausgegangen. Die Resultate der Mondbeinbrüche sind wenig gut. Meist folgen auch hier deformierend arthritische Prozesse.

Brüche des Os triquetrum wurden bis jetzt kaum gesehen. Verf. hat zwei isolierte beobachtet; auch hier handelt es sich um Kompressionsfrakturen. Das Heilresultat auf der Schede'schen Schiene ist ein gutes zu nennen, bei knöcherner Verheilung. Endlich beschreibt Verf. noch die äußerst seltenen Frakturen an den Ossa multangula und am Os capitatum. Der Heilerfolg war ein befriedigender, ähnlich wie in dem Fall einer isolierten Fraktur des Os hamatum. Ist das Os hamatum verrenkt, so dürfte die Exstirpation des Knochens das Zweckmäßigte sein.



Am Schluß der Arbeit berichtet E. noch über einige Fälle kombinierter Handgelenksfrakturen; das anatomische Resultat ist in solchen Fällen immer ein ungenügendes, zumal hier erst recht ausgedehnte arthritische Veränderungen einzutreten pflegen.

Der Arbeit sind 23 Krankengeschichten beigefügt; ferner eine große Zahl tadelloser seltener Röntgenogramme. **Gaugele** (Zwickau).

43) **H. Burrows.** Punch fractures.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

B. lenkt auf Grund von neun Fällen die Aufmerksamkeit auf häufig vorkommende und häufig übersehene Frakturen der Metakarpalknochen, die beim Aufschlagen mit der geschlossenen Faust entstehen, z. B. beim Boxen, bei Stoß gegen die Faust usw. Die beobachteten Brüche betreffen die Diaphyse des ersten Metacarpus, seine untere Epiphyse, Kopf oder Schaft eines der übrigen Mittelhandknochen, Basis des fünften Metacarpus. Auffallend häufig fand B. bei Seeleuten palpatorisch und röntgenographisch eine Verdickung der Basis des Daumenmetacarpus, die er auf eine vorausgegangene Fraktur bezog, den sogenannten Bennett'schen Knochenbruch. **Weber** (Dresden).

44) **P. Klemm.** Die chirurgische Behandlung der Verbrennungskontrakturen der Hand und Finger durch Wanderlappen-Fernplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 280.)

K. berichtet über mehrere Kinder betreffende Fälle schwerster Narbenkontrakturen an den Armen und Händen, die von ihm durch verschiedentliche plastische Operationen in schöner Weise hergestellt sind. Sind über den Gelenken einer Extremität dicke, flughautähnliche Narbenstränge zustande gekommen, die die Gelenkbewegungen hindern, so kann nach deren Trennung eine Wunddeckung mit Thiersch'schen Hautläppchen nichts nützen, es bedarf der Aufpflanzung eines Cutis enthaltenden Polsters, sei es durch Heranziehung aus der Nachbarschaft herbeigeholter gestielt bleibender Lappen, sei es durch Anwendung von Wanderlappen, die von der Brust-, Bauch- oder Oberschenkelgegend her zu entnehmen sind. Für Schulter und Achselhöhle (auch das Kinn) sind die plastischen Operationen aus nächster Umgebung, für den Ellbogen und die Hand die Benutzung der Wanderlappen geeignet. Man kann die Wanderlappen als Brücken- oder als Muffenlappen zurechtpräparieren, je nachdem man den stets viereckigen Lappen an nur einer Seite oder an zwei gegenüberstehenden gestielt macht. Nur einseitig gestielte Lappen behalten ihre Zirkulation nicht weniger schlecht als die zweiseitig gestielten, haben vor diesen aber voraus, daß man sie viel besser und genauer auf den zu deckenden Teil der Extremität vernähen kann. In der Zeit, wo der Lappen an diese anzuwachsen hat, und in der der Pat. einen festen Verband erhält, haben die kleinen Pat. K.'s sich ganz schön ruhig verhalten, weil sie rasch genug merkten, daß jede Bewegung ihnen durch Zerrung an den Nähten Schmerzen machte, die bei ruhiger Haltung nachließen. Sind die kutanen Lappen erst gut angeheilt, so ist durch tüchtige gymnastisch-mechanische Nachbehandlung dafür Sorge zu tragen, daß die lange fixiert gewesenen Gelenke wieder flott werden, wobei auch zustandegekommene Difformitäten der Gelenkenden zur Korrektur gelangen. Die Krankengeschichten von K.'s fünf Fällen, denen Abbildungen der betreffenden Glieder vor und nach der Behandlung beigegeben sind, zeigen die guten erreichten Resultate. Die Fälle sind alle sehr schwerer Art.

Unter den klinischen Formen der Verbrennungskontrakturen an der Hand unterscheidet K. eine dorsale und volare Klumphand, je nachdem dorsale oder volare Flexionskontrakturen vorhanden sind. Für die Behandlung dorsaler Kontraktur rühmt er einen Apparat von Thilo: einen Handschuh, dessen Finger in kleine Binden auslaufen, die an der Handwurzel geschnallt werden können, so daß auf diese Weise ein beliebig dosierter Druck stundenlang angewendet werden kann. Durch eine in die Vola manus gelegte Rolle kann diese Druckwirkung noch spezieller auf bestimmte Gelenkverbindungen gerichtet werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **O. Creite.** Über Dactylitis syphilitica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 70.)

Eine Beobachtung aus der Göttinger Klinik, betreffend eine 31jährige Frau, die, sonst gesund, insbesondere frei von luesverdächtigen Erkrankungen und Mutter eines gesunden Knaben, eine eigentümliche, sehr chronische, im Anfange 10 Jahre zurückdatierende Affektion des 2. und 3. Fingers der rechtan Hand darbot. Langsam und unter bohrenden Schmerzen stellte sich an der mittleren Phalanx eine feste, fast knochenharte Anschwellung ein, und wurde dieser Fingerteil bläulich gefärbt, seine Haut gespannt. Später traten auch hirsekorngroße Wasserbläschen der Haut auf, welche eintrockneten. Während es niemals zu Hautaufbrüchen und Fisteln kam, die Anschwellung auch zurückging, erkrankten die anliegenden Interphalangealgelenke, die erst wackelig wurden, dann aber versteiften, während durch Knochenzerfall und Resorption an den Phalangen erhebliche Verkürzungen und Deformierungen zustande kamen. Mehrere Röntgeno- und Photogramme veranschaulichen diesen Prozeß. Im Anfang wurde die Affektion als tuberkulös angesprochen und deshalb Jodoforminjektion angewendet, doch bestätigte sich diese Diagnose wegen Ausbleibens jeglicher Eiterung und Fistelbildung nicht. Später wurde 1 Jahr lang mit geringen Unterbrechungen Jodkali gegeben, wonach der Prozeß zum Stillstand und zur Ausheilung gelangte. Er muß also trotz völligen Versagens der Amamnese und trotz Fehlens sonstiger luetischer Affektionen als luetisch betrachtet werden und ist als Gummabildung mit nachträglicher Resorption deutbar. Der Fall ist sehr eigenartig, hat aber, wie C. zeigt, ein paar Analoga in der Literatur.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) **R. R. Wreden.** Eine Handprothese mit aktiven Bewegungen in den Fingern.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 7.)

W. führte bei einem 22 Jahre alten Arbeiter die Operation nach Vanghetti's Idee aus. Pat. war als Kind die linke Hand in der Höhe des Metacarpus amputiert worden. W. bildete eine Schlinge aus der Sehne des Flexor digit. superficialis, nähte sie an die Sehne des Flexor profundus, bedeckte sie mit Hautlappen aus der Umgegend (6 Fig.). An diese Schlinge wurde der Hebel einer künstlichen Hand mit beweglichen Fingern (nach Dalisch's System) befestigt. Pat. kann nun mit dem großen, Zeige- und Mittelfinger gut zufassen und Gegenstände bis beinahe 5 kg tragen. — Nach W. hat Vanghettti's Methode Aussicht auf große Verbreitung in der nächsten Zeit.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

47) **Wilms.** Überkorrektur bei Nagelextension (Steinmann).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 260.)

W. extendierte die Oberschenkelfraktur eines kräftigen 30jährigen Mannes nach Steinmann (cf. unser Blatt 1907 p. 938), unter Anwendung von 25 Kilo in den ersten 8 Tagen, von 15 Kilo während der 2. Woche mit dem Resultat, daß, wie Röntgen zeigte, eine Fragmentdiastase von fast 3 cm bewirkt war. Vorsicht im Maße der Belastung bei dieser Behandlungsart ist also geboten, für Extension mit Heftpflasterverband bei Oberschenkelbruch werden 15—20 Kilo völlig ausreichen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) **E. Martina.** Sopra un nuovo apparecchio di cura delle fratture della coscia.

(Giorn. della roy. accad. di med. di Torino 1907. Nr. 12.)

49) Derselbe. Sopra un nuovo apparecchio di cura delle fratture del braccio.

(Ibid.)

Die ideale Behandlung der Frakturen der langen Röhrenknochen verlangt Immobilisierung, permanente Extension und zugleich Fürsorge für die Funktion

des Gliedes. Diesen drei verschiedenen Forderungen soll der vom Verf. angegebene Verband gerecht werden. Bei Frakturen des Oberschenkelschaftes wird ein Gipsverband angelegt, der die Femurkondylen, Unterschenkel und Fuß umfaßt. Ein zweiter Gipsverband umfaßt die kranke Hüfte und das gesamte Becken, so daß die Bruchstelle völlig freiliegt. Fünf durch zwei seitliche Schienen verbundene Stahlplatten werden mit Kettchen und einigen Gipsbindentouren auf den Gipsverbänden fixiert und ermöglichen die genaue Immobilisation der Bruchstelle, die gleichzeitig mit Eisblase und frühzeitiger Massage behandelt werden kann und ständig der Kontrolle des Auges unterliegt bzw. den Röntgenstrahlen ausgesetzt werden kann. Von den fünf Stahlplatten haben die beiden unteren |—|-Form und kommen in Höhe der Kondylen und des Knies zu liegen; ein oberes Paar stellt gelenkig verbundene Halbbogen dar und wird oberhalb der Bruchstelle befestigt. während die fünfte Platte an der Außenseite der Extremität, in der Höhe der Spina iliaca anterior, angebracht wird. Die seitlichen Schienen sind durch Schrauben verstellbar und ermöglichen dadurch eine ständige allmähliche Extension der gut immobilisierten Frakturenden.

Ganz analog ist die für Oberarmbruch angegebene Bandage. Die Gipsverbände umfassen Ellbogen und Vorderarm einerseits, Achselhöhle, Schulterhöhe und Brust andererseits. Der Schienenapparat besteht aus zwei seitlichen Schienen, die einen oberen und unteren Stahlplattenbogen verbinden. Die oberen Platten umfassen Achselhöhle und den obersten Humerusabschnitt, die unteren liegen zu beiden Seiten des Ellbogens. **Strauss** (Nürnberg).

50) **K. Dahlgren.** Fall af sentransplantation.
(Hygiea 1908. p. 184.)

Bei einem 31jährigen Manne mit vollständiger Lähmung des M. quadriceps femoris dext. und herabgesetzter Kraft in den Adduktoren, Mm. sartorius und tensor fasciae latae nach traumatischer Hämatomyelitis transplantierte Verf. den M. semimembranosus und die halbe Sehne des M. biceps, dem langen Kopf entsprechend. Die Sehnen wurden an das Periost der Kniescheibe und in eine Rinne der Quadricepssehne eingenäht. Das Resultat war vorzüglich. Pat. konnte, als die Nachuntersuchung vorgenommen wurde, ungestört gehen und radfahren. Alle aktiven Bewegungen im Kniegelenk wurden in voller Exkursionsweite ausgeführt.
Einar Key (Stockholm).

51) **A. Stieda.** Über eine typische Verletzung am unteren Femurende.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

S. beschreibt an der Hand eines anatomischen Präparates und einer Reihe von klinisch beobachteten Fällen einen typischen Bruch am unteren Femurende, bei dem die obere Partie des Epicondylus femoris internus abgebrochen ist. Die Verletzten gaben meist an, daß sie mit der Innenseite des Knies aufgefallen waren oder einen Schlag, bzw. Stoß daselbst erlitten hatten. Wahrscheinlich spielt Abreißung durch Muskelzug die Hauptrolle bei dieser Schädigung, die sich stets bei erwachsenen Männern fand. Klinisch war das Hauptsymptom Druckempfindlichkeit in der Gegend des oberen Epicondylusabschnittes. Funktionsstörungen traten gewöhnlich nicht ein. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.)

52) **Lord Lister.** Remarks on the treatment of fractures of the patella of long standing.
(Brit. med. journ. 1908. April 11.)

Diese Bemerkungen L.'s über Kniescheibennaht sind in einem Briefe an einen Chirurgen enthalten, der aus dem Jahre 1895 stammt und hier vom Verf. zum Abdruck gebracht wird. L. operierte zwei Kniescheibenbrüche von 3 und 4 Jahren Dauer mit sehr starker Diastase der Bruchstücke zweizeitig so, daß er bei der ersten Operation durch Silberdrahtnähte die beiden Fragmente bei senkrecht erhobenem Bein einander so weit wie möglich näherte. Die Beinstellung wurde während der Wundheilung ganz allmählich in die wagerechte Lage übergeführt.

Bei der zweiten Operation vermochte L. nach Entfernung der ersten Nähte die Bruchstücke durch eine zweite Drahtnaht zur Berührung zu bringen. Das Endergebnis war vorzüglich. **Weber** (Dresden).

53) **Bushnell.** Abscess of bone caused by an »intermediate« bacillus (B) allied to B. paratyphosus.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. Februar.)

Ein 41 Jahre alter Mann erkrankte im Anschluß an den Genuß von Schnecken mit typhusähnlichen Symptomen. Während der Rekonvaleszenz entwickelte sich eine Eiterung, ausgehend von der linken Tibia, die nach Inzision rasch heilte.

Der Eiter enthielt gramnegative Bazillen, die als Paratyphusbazillen sich erwiesen. Bei der Serumreaktion wurde eine nahe Verwandtschaft zum B. Schottmüller, B. paratyphous-α und B. Gärtner festgestellt.

W. v. Brunn (Rostock).

54) **A. Richarz.** Ein Fall von Luxatio pedis sub talo nach hinten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 417.)

Beobachtung aus dem Marienhospital in Düsseldorf, dadurch ausgezeichnet, daß, wie Röntgen zeigt (s. Abbildung), gleichzeitige Frakturen nicht vorhanden waren. Pat., ein 21jähriger Maurer, war von einem 4 m hohen Baugerüst gefallen, sich in die Gerüstbretter mit dem Fuß verhakend, wobei die Einzelnheiten des mechanischen Vorganges nicht zu eruieren waren. Der Fuß erschien mit der Ferse nach hinten verlängert; der Taluskopf war deutlich tastbar. In Narkose leichte Reposition durch forcierte Plantarflexion, gefolgt von kräftigem Zug nach vorn und starker Dorsalflexion. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

55) **V. Subbotitch.** Zur Kenntnis der Luxationen im Lisfranc'schen Gelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 573.)

Ein 50 Jahre alter Herr stieg aus einem 150 cm über dem Boden befindlichen Fenster rücklings, indem er die Arme auf die Fensterbrüstung stützte, mit gestreckten Beinen herab. Die linke Fußspitze berührte zuerst den Boden, wurde an demselben fest fixiert, und in demselben Moment ließ der Herr die Arme los und schwang sich im Bogen über rechts um 180° herum. Sofort fühlte er intensive Schmerzen im linken Fuß und konnte mit demselben nicht mehr auftreten. S. fand den Fuß stark verbreitert, an seinem Innenrande, dem Lisfranc'schen Gelenk entsprechend, das Entocuneiforme deutlich vorspringend. Röntgen zeigte Seitenverrenkung sämtlicher Mittelfußknochen mit Fraktur an der Basis des zweiten. Die Reposition mißlang, und es wurde abgewartet. Der Fuß blieb breit und wurde sehr platt, gewann aber eine so gute Funktion, daß S. nicht behaupten möchte, Pat. würde besser gehen, wenn man ihm einen blutigen Eingriff gemacht hätte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

56) **P. Sick.** Verstellbares Lagerungsbänkchen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 579.)

S.'s »Lagerungsbänkchen« (vgl. Abbildung im Original) dient ähnlichen Zwecken wie die von F. König für den Stelznertisch konstruierte »Hebevorrichtung«, ist aber auf jedem Tische und auch in Betten anwendbar. Es besteht aus zwei durch eiserne Träger verbundenen Brettchen, deren Höhenabstand durch Längenänderung der Träger gewechselt werden kann. Die Verstellbarkeit ist mittels Schraubenspindel und Zahnrad eingerichtet. (Preis 10 Mk., Lieferant Mechaniker Pohl, Kiel.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 25. Sonnabend, den 20. Juni 1908.

Inhalt.

I.

Aus dem Elisabeth-Krankenhaus Kassel.

Darmanastomose mittels Gumminaht der Schleimhäute.

Von

Dr. Franz Kuhn.

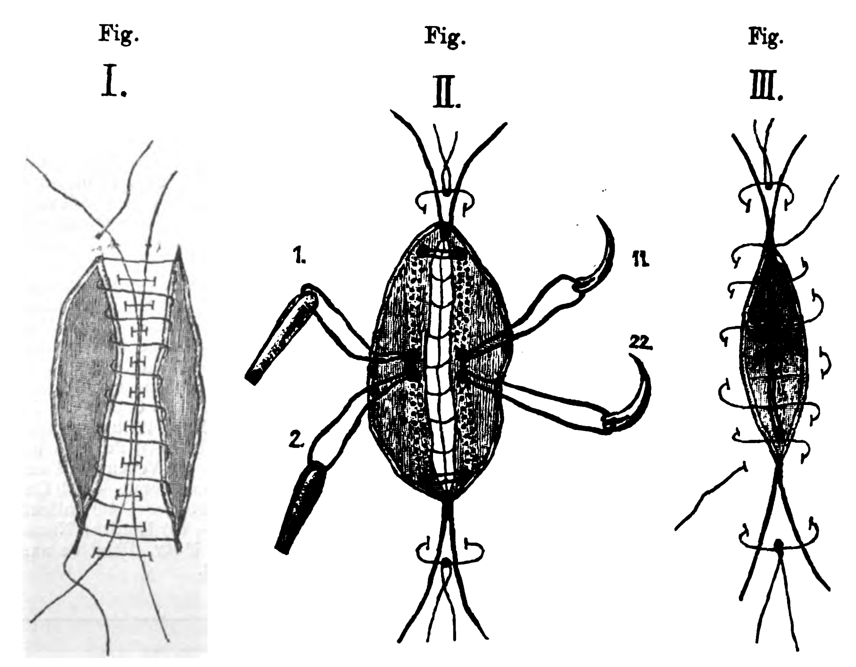
Stelle im folgenden an der Hand von drei Bildern ein Verfahren der Gastro- und Enteroanastomose einer gefälligen Nachprüfung anheim, das sich mir in meinen letzten Fällen (sieben) sehr bewährt hat. Ich halte es für das durchsichtigste und reinlichste, rascheste und zuverlässigste aller Anastomoseverfahren.

Das Verfahren besteht darin, daß zu Zwecken der Anastomosierung die freigelegten Schleimhäute der beiden zu vereinigenden

Darmabschnitte vermittels Gummifäden, die später durchschneiden, aufeinander genäht werden.

Das Vorgehen im einzelnen ist folgendes:

1) Zunächst werden die nebeneinander gerückten, event. vom Assistenten gehaltenen Darmabschnitte durch einen Längsschnitt (auch Thermokauter ist verwendbar), durch Serosa und Muscularis hindurch bis zur Submucosa, angeschnitten. Blutung soll hierbei sehr klein sein. Alsdann wird durch stumpfes Zurückdrängen der Ränder der Wunde, so daß diese in Form eines Ellipsoides zutage tritt, die sich leicht und gefällig in die Wunde vorbuchtende Schleimhaut auf der peritonealen Seite freigelegt, ohne daß sie verletzt werden darf (Fig. 1).



So entstehen zu beiden Seiten der Wunde, rechts und links von der operierenden Hand, lippenartige Wundränder, die, aneinander gelagert, fähig sind, luftdicht zu schließen.

Diese Wundrandlippen werden nun hinten (vgl. Fig. 1) im ersten Akte aneinander genäht; fortlaufende Naht; tiefes bzw. breites Einstechen und Fassen der Serosa-Muscularislippen, ohne Verletzung der Schleimhaut.

2) Dann folgt der zweite Akt der Operation: die Gummifädennaht. Ringe von Patentgummi[1], wie er in den Kaufläden zum Umschnüren von Paketen verwendet wird, werden steril mit stumpfspitzigen Nadeln eingefädelt. Dann Naht wie in Fig. 2: Einstich medial, unter der Mucosa im Darm her bis zu dem Wundwinkel, dort Aus-

[1] NB! Patentgummi ist wesentlich, nicht roter oder grauer Gummi.

stich, Einstich im gegenüberliegenden Wundwinkel, Ausstich medial. Diese Naht zweimal, im Bedarfsfalle sind auch drei oder vier oder fünf Nähte zulässig. Ende wird mit Pean angeklemmt. Straffes Anziehen mittels dieses und dichtes Knoten jedes Fadens (Fig. 3).

3) Dann vordere Serosa-Muscularisnaht fortlaufend.

Vorzüge des Verfahrens:

1) Absolute Asepsis, insbesondere keimfreieste Vereinigung hinten.

2) Bequemes Nähen, und eine schon mechanisch zuverlässig abdichtende Serosanaht.

3) Auf diese Weise Verlegung aller folgenden Vorgänge in das Feld der Wunde, außerhalb der Serosa.

4) Kein Fließen von Darminhalt. Keine Blutung.

5) Zuverlässige, festeste Vereinigung und Aufeinanderpressung der Schleimhautblätter und dadurch der beiden Därme.

6) Hierdurch bereitwillige Verklebung dieser Teile, insbesondere auch durch die Anfrischung erleichtert.

7) Genaue Bemessung des Schleimhautschlitzes. Derselbe wird linear.

8) Rasches Arbeiten ohne Gefahr einer Störung.

Näheres wird eine Arbeit von Dr. Giesler bringen.

II.

Zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer.

Von

M. Borchardt in Berlin.

In Nr. 19 dieses Blattes werden von Reinhardt die bisher nach der Kocher'schen Methode operierten Fälle von retromaxillären Geschwülsten zusammengestellt und die Kasuistik durch einen neuen Fall bereichert.

In dieser, wie in den anderen Mitteilungen über das gleiche Thema hat sich ein Irrtum eingeschlichen, für den eigentlich ich selbst verantwortlich bin.

Die beiden in der Arbeit von Pinkus (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXXII) erwähnten Fälle sind nicht von v. Bergmann, sondern sie sind von mir operiert worden.

In einem Vortrage, den ich über die Resultate der operativen Behandlung von retromaxillären Tumoren in der Freien Vereinigung der Chirurgen hielt (9. Juli 1906), habe ich die betreffenden Pat. mit anderen vorgestellt und selbst auf eine ausführliche Beschreibung verzichtet, weil ich meinen Volontär Pinkus dazu angeregt hatte; er vergaß meinen Namen zu nennen.

Zur Sache selbst möchte ich nur kurz bemerken, daß mir die Kocher'sche Operation in der Tat alles geleistet hat, was man von ihr verlangen kann. Der Überblick über das Operationsterrain war

gut, die Kosmetik und das Dauerresultat ließen nichts zu wünschen übrig.

Prophylaktisch habe ich die Tracheotomie ausgeführt, die ich namentlich in dem einen Fall, in dem die Blutung doch keine unerhebliche war, nicht hätte entbehren wollen. Ich meine, daß die Gefahr der Blutaspiration ohne Versorgung der Trachea bedeutender ist, als die Gefahren einer Tracheotomie; wurde doch in der v. Bergmann'schen Klinik bei weit über 100 Kieferresektionen stets die prophylaktische Tracheotomie ausgeführt. Wir haben von ihr nur Nutzen, aber keinen Schaden gesehen. Wo es möglich ist, sollte man gewiß jetzt die Tracheotomie durch die Kuhn'sche Tubage ersetzen; jedoch ist gerade bei der Kocher'schen temporären Resektion jede auch noch so geringe Einengung des Operationsfeldes, wie sie doch durch die Kuhn'sche Tubage nötig ist, vom Übel.

Daß die Blutung bei Hängelage beträchtlicher ist als bei der Kocher'schen Schräglage halte ich für möglich, ja für wahrscheinlich, aber sie hängt von der Lage allein nicht ab. Bei meiner Demonstration am 6. Juli 1906 erwähnte ich, daß wir eine Zeitlang auf Vorschlag von Fritz König die Carotis externa unterbanden, bisweilen mit glänzendem Erfolg. Dann aber kamen andere Fälle, in denen sie gar nichts nutzte, so daß wir sie für die einfache Kieferresektion, die ja mit großer Schnelligkeit ausgeführt werden kann, wieder verließen und nur für die temporäre Aufklappung nach v. Langenbeck und Weber beibehielten, um bei diesen langdauernden Operationen wenigstens alles mögliche für Herabminderung des Blutverlustes zu tun.

Man muß sich aber gegenwärtig halten, daß die Blutversorgung und Blutfülle ungemein schwankt; sie ist verschieden bei den verschiedenen Individuen, und verschieden bei dem ungleichartigen Bau namentlich der retromaxillaren Tumoren, die, manchmal steinhart, von einem einzigen großen Gefäß versorgt, bisweilen weich, mit Blut vollgesogen sind, wie ein Schwamm.

Aus dieser Ungleichheit erklären sich meines Erachtens auch ungezwungen die sich teilweise widersprechenden Angaben der Operateure über die Stärke der Blutung und die von ihnen als zweckmäßig empfohlenen prophylaktischen Maßnahmen zur Blutstillung.

In der v. Bergmann'schen Klinik sind, wie aus meiner Demonstration und aus der Arbeit Pinkus' hervorgeht, die meisten Methoden ausprobiert worden, sowohl die bukkalen, als auch die facialen. Ich persönlich finde die Übersicht über das Operationsfeld bei der v. Langenbeck'schen bzw. Weber'schen temporären Oberkieferresektion am besten und möchte sie aus diesem Grund am meisten empfehlen. Wo es auf ein kosmetisch gutes Resultat ankommt, konkurriert am wirksamsten mit ihr die Kocher'sche Methode, die sich wohl von Jahr zu Jahr mehr Freunde erwerben wird. Über die von Hofmann angegebene Pharyngotomia suprahyoidea besitze ich keine eigene Erfahrung.

---

1) **R. Milner.** Über die Entstehung der Rückstauungsblutungen am Kopf.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 473.)

M. hat in einer früheren Arbeit zur Erklärung der sog. Rückstauungsblutungen eigene Theorien entwickelt (Vermutung, daß Glottisschluß und aktive Betätigung der Bauchpresse von Bedeutung seien), worüber wir auf unser damaliges Referat p. 620 Jahrgang 1905 verweisen. Der vorliegende Aufsatz kommt auf diese Fragen zurück, behandelt sie aber nicht im allgemeinen, sondern im wesentlichen nur unter spezieller Prüfung zweier von Kredel und Sick gemachter Beobachtungen, bei deren Erklärung diese Autoren von den M.'schen Ideen abweichende Ansichten äußerten. Diese Diskussion hier des genaueren wiederzugeben erscheint nicht angebracht. Es genüge die Bemerkung, daß M. seine Theorien verteidigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) **Parkinson.** Trepanation bei den Südseeinsulanern.

(Aus »Dreißig Jahre in der Südsee«. Stuttgart, **Strecker & Schröder** 1908.)

P. gibt interessante Mitteilungen über die chirurgische Tätigkeit unserer Kollegen tena papait (tena = einer, der geschickt ist, papait = Zaubermittel) auf den Südseeinseln. Die durch Schleudersteine verursachten Schädelverletzungen erklären sie für tödlich, sobald die Schläfe eingedrückt ist und lehnen Operation ab. Bei Stirnbeinverletzungen wird nach Spaltung der Haut trepaniert. Als Instrumente dienen Obsidiansplitter (Lavaglas), ein scharfer Haifischzahn oder eine geschärfte Muschel. Als Antiseptikum benutzt man Kubika, d. i. Wasser einer Kokosnuß. Die Knochensplitter werden aus dem Cerebrum mit ähnlichen Instrumenten entfernt. Die Ränder der Schädelwunde werden abgeschabt die Trepanationsöffnung mit ausgeglühten Scheiben einer bestimmten Bananenart bedeckt, der Hautlappen darüber gezogen, die Haare wegrasiert und die Wunde desinfiziert. Verband mit einem eng anliegenden, weitmaschigen Geflecht von Rotangstreifen. Ein alter Heilkundiger verfügte über 31 Trepanierte, von denen 23 lebten. Auch wegen Epilepsie und starker Stirnkopfschmerzen wird Trepanation ausgeführt; in manchen Gebieten sogar prophylaktisch bei Kindern im 2.—5. Lebensjahr.

Deetz (Homburg v. d. H.).

3) **Brown.** Speech results of cleft palate operation.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 5.)

Niemand, der eine Gaumenspalte hat, sollte sich entmutigen lassen. Jeder Fall soll operativ behandelt werden, auch im vorgeschrittenen Alter; das Resultat bei einem Pat. B.'s, der schon 50 Jahre alt war, wurde ein sehr gutes. Bei Kindern sollte man die rigorosen Operationsmethoden nicht anwenden. Auch kleine Defekte an Lippen, Nase und Gaumen sollte man operativ korrigieren, da sich dem Verf. bei Vergleichung der phonographisch fixierten Sprachproben ergeben hat, daß kleine Defekte bisweilen schwerere Sprach-

störungen zur Folge haben als große. Komplizierte Sprechübungen sind unnötig und zwecklos.

W. v. Brunn (Rostock).

4) **H. Hellendall.** Zur postoperativen Parotitis.

(Med. Klinik 1908. p. 451.)

H. weist nach eigenen Erfahrungen auf das Auftreten von Staphylokokkenparotitis nach operativ behandelten Eiterherden in den Geschlechtsteilen hin. Die Krankheitserreger werden wahrscheinlich auf dem Blutweg übertragen, nicht vom Mund aus. Zur weiteren Klärung des Krankheitsbildes werden bei jeder derartigen Erkrankung Bakterienfärbungen an Parotisschnitten, Untersuchungen der Papille des Ductus Stenonianus und bakteriologische Blutprüfungen gefordert. Ferner sind Versuche über den Einfluß der Geschlechtsteile auf die Ohrspeicheldrüse anzustellen.

Georg Schmidt (Berlin).

5) **L. Bérard.** Corps Thyreoïde. 403 S. mit zahlreichen Illustrationen.

Paris, **J. B. Baillière et fils,** 1908.

Als weitere Folge der äußerst wertvollen Sammlung »Nouveau traité de chirurgie« ist der XX. Band erschienen, der die Schilddrüse mit ihren Erkrankungen behandelt. Ebenso wie in den vorhergegangenen Bänden bekommen wir eine Monographie in die Hände, die für jeden lesenswert ist und uns über den Stand der Forschungen auf diesem wichtigen Gebiete unterrichtet.

Nachdem B. in der Einleitung Entstehung und Struktur besprochen hat, faßt er im physiologischen Teile den gegenwärtigen Stand in kurzem so zusammen, daß er sagt, die Mehrzahl der Physiologen nehmen an, daß Unterdrückung der Schilddrüsensekretion chronische Ernährungsstörungen nach sich ziehe, besonders ausgeprägt im Knochen- und Zellgewebssystem (Myxödem) mit einem mehr oder minder bedeutenden Nachlassen der organischen und psychischen Funktionen. Die Unterdrückung der Sekretion der Parathyreoiddrüsen führt zu Krämpfen, die rasch tödlich verlaufen, mit Temperatursteigerung, Tachykardie und schwerer Atemnot. — Verf. bespricht dann die Krankheiten, die durch eine Sekretionsinsuffizienz der Schilddrüse entstehen, so das infantile Myxödem, die myxomatöse Idiotie und Zwergwuchs, dann das Myxödem durch Atrophie der Schilddrüse und das postoperative Myxödem sowie die Cachexia strumipriva. Er berichtet über die Erfolge der Schilddrüsensaftmedikation bei den verschiedenen Erkrankungen und empfiehlt einen Versuch damit. Weiterhin behandelt er die Kongestionen der Schilddrüse, ihre entzündlichen Erkrankungen sowie Tuberkulose, Syphilis und Aktinomykose.

Unter den Geschwülsten der Schilddrüse nehmen natürlich die gutartigen Kröpfe den größten Raum ein. Vorkommen, Histologie und Topographie mit ihrem Einfluß auf die Nachbarorgane werden ausführlich besprochen. Auch B. befürwortet, wie neuerdings alle Autoren, die röntgenographische Aufnahme, um über Sitz und Aus-

dehnung des Kropfes genau und sicher Aufschluß zu bekommen. Nachdem die verschiedenen Behandlungsmethoden mit Jod, Schilddrüsensekret und Röntgenstrahlen durchgegangen sind, kommt Verf. auf die verschiedenen Operationsmethoden, ihre Anwendbarkeit und Indikation zu sprechen.

Mit einer Beschreibung der bösartigen Kröpfe und der Fibrome beschließt B. die Geschwülste und gibt zum Schluß eine Beschreibung des Wesens und der Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

Die Lektüre des Buches, das mit vielen zum Teil schon bekannten Illustrationen ausgestattet ist, ist für jeden Arzt empfehlenswert.

L. Simon (Mannheim).

---

6) Umfrage über die Behandlung des Morbus Basedowii.

(Vgl. dieses Zentralblatt p. 465.)

(Med. Klinik 1908. p. 623.)

Wenn Ruhekuren nebst arzneilicher Behandlung nichts oder nichts Wesentliches nutzen, oder wenn die Kranken ihres Berufes halber oder aus anderen Gründen keine längere Kur durchmachen können, so rät Fr. Schultze zur Operation, ehe eine erheblichere Herzschwäche eintritt. Krehl empfiehlt den chirurgischen Eingriff für die leichtesten und leichten Fälle dann, wenn die Schilddrüse irgendwelche Druckerscheinungen macht oder sehr groß ist, für die ausgesprochenen Fälle allgemein die Verkürzung der Drüse, für die schwersten Fälle die Operation dagegen als nicht ungefährlich nur mit Zurückhaltung. Nach Martius kommt der chirurgische Eingriff in Frage, wenn durch innerliche und physikalisch-diätetische Kuren keine wesentliche Besserung zu erzielen ist, oder wenn nach der Entlassung rasch Rückfälle eintreten, oder wenn die Größe des Kropfes an sich eine Operation verlangt; mehrfach bewährte sich die partielle Strumektomie.

Georg Schmidt (Berlin).

---

7) **MacCallum.** On the relation of the parathyroid to calcium metabolism and the nature of tetany.

(Bull. of the John Hopkin's hospital 1908. März.)

In Form einer vorläufigen Mitteilung macht Verf. uns mit Tierversuchen bekannt, in denen er an Hunden durch Entfernung der Parathyreoideae schwere Tetanie erzeugte und dann durch intravenöse Injektion essigsauren oder milchsauren Kalziums in 5%iger Lösung die Symptome prompt zum Schwinden brachte. Es stimmt das mit den Befunden anderer Autoren überein, welche bei Ernährung mit kalziumreicher Milch die Tetanie bei solchen Tieren nur milde oder gar nicht auftreten sahen.

Es wirkt aber die Aufnahme des Kalziumsalzes durch den Mund oder subkutan viel langsamer als die intravenöse. Magnesiumsalze haben ähnlichen Effekt, doch stört hier leicht die toxische Nebenwirkung. Kaliumkarbonat und andere Kalisalze dagegen vermehren die tetanischen Erscheinungen.

Vielleicht kann man Kalziumsalze auch zur Behandlung von Tetanie anderer Genese verwenden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

8) **F. Bauer.** Några ord om cancer mammae i tidigt stadium.

(Lunds Läkare sällskaps för handl. 1907, Hygiea 1907. p. 916.)

Verf. warnt davor, der Diagnose Fibrom oder Adenofibrom gar zu sicher zu sein. Er beschreibt vier Fälle von Brustdrüsengeschwülsten, die vor der Operation als gutartig angesehen worden waren, sich aber nachher als bösartig herausstellten. Zusammenfassung: Jede Brustdrüsengeschwulst muß baldigst untersucht werden. Ist der gutartige Charakter der Geschwulst nicht unzweifelhaft, so muß die Exstirpation gemacht werden. Ist sie dabei nicht überall leicht ausschälbar, muß sie mikroskopisch untersucht werden. Stellt sie sich da als Krebs heraus, so mache man möglichst bald die Radikaloperation. Aber auch wo der gutartige Charakter zweifellos ist, soll man die Operation vorschlagen, weil eine gutartige Geschwulst bösartig werden kann.

Einar Key (Stockholm).

---

9) **J. W. S. Gouley.** Surgery of genito-urinary organs. 8°. 531 S.

New York, **Rebman & Co.**, 1908.

Das vorliegende, vorzüglich ausgestattete Buch enthält eine Reihe von Aufsätzen über die Ätiologie, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen der Urogenitalorgane, die in das Gebiet der Chirurgie gehören. Es werden nur Erkrankungen der Harnröhre, der Prostata und der Blase abgehandelt. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

10) **Petrivalsky.** Zur Therapie der Phimose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

P. bespricht die Ätiologie, Symptomatologie, Folgeerscheinungen und verschiedenen Operationsmethoden bei der angeborenen und erworbenen Phimose. Er zieht einen operativen Eingriff bei derselben der unblutigen, aber nicht ganz unschuldigen Behandlung vor. Die Vorteile der einzelnen, und zwar recht zahlreichen Eingriffe von der einfachen Inzision bis zu komplizierten Verfahren werden hinsichtlich ihrer Vorteile und Nachteile gewürdigt. Verf. selbst beschreibt eine neue plastische Methode, die seiner Angabe nach bei Erwachsenen und Kindern, bei atrophischen und hypertrophischen Phimosen gleich anwendbar ist. Die in Bildung und Naht mehrerer Läppchen bestehende Methode muß im Original an Hand der Abbildungen studiert werden. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

11) **F. P. Guiard.** Nouvelle méthode d'urétrotomie interne.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVII. Hft. 5 u. 6.)

Gewisse Verengerungen der Harnröhre widerstehen nicht nur einer progressiven Dilatation, sondern auch der internen Urethrotomie



nach Maisonneuve, bei der eine einzige Inzision an der oberen Wand vorgenommen wird. Verf. macht deshalb in solchen Fällen außer der klassischen Maisonneuve'schen Inzision noch eine doppelte Reihe von sekundären Inzisionen, die aber nur eine Tiefe von 1 mm haben dürfen. Über die Technik dieses Verfahrens und über das dazu nötige Instrumentarium muß in der Originalarbeit nachgelesen werden.

Paul Wagner (Leipzig).

12) **A. Gölzl** (Prag). Das dritte Stadium der Hypertrophia prostatae.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Verf. hat 288 Fälle von Prostatahypertrophie in 7 Jahren beobachtet. Davon gehörten 25 dem dritten Stadium an. Von diesen 25 starben 11. Die Diagnose in diesem Stadium ist oft nicht leicht, weil die Symptome durch gastrointestinale Beschwerden verdeckt werden. Polyurie und Polydipsie, die sogar Diabetes vortäuschen können, das Fehlen krampfartiger Blasenbeschwerden trotz enormer Ausdehnung der Blase sind für das dritte Stadium pathognomonisch.

Verf. hat in der Therapie lediglich zwei Grundsätze befolgt. Strengste Asepsis des Katheterismus und nur allmähliches Entleeren der Blase. Verf. hat drei Pat. mit Blasenblutung infolge von zu raschem und zu vielem Urinentleeren in wenigen Stunden zugrunde gehen sehen. Er gibt zunächst Harndesinfizientien, dann entleert er nicht mehr als 200 ccm Urin. An jedem folgenden Tage steigt er in der Harnentleerung um 100 ccm. Klagen bei völliger Entleerung der Blase die Pat. über Schmerzen, so füllt Verf. die Blase mit 100—200 ccm Borlösung, um die früheren Druckverhältnisse wieder herzustellen. Bis auf diese Weise die Blase völlig entleert ist, vergehen oft 14 Tage. Ist dann die Krankheit in das zweite Stadium zurückgeführt, erst dann rät Verf. zum operativen Eingriffe.

A. Hofmann (Karlsruhe).

13) **Garrè.** Fall von geheilter Ectopia vesicae.

(Sitzungsberichte d. Niederrhein. Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde 1907. Bonn.)

G. stellt einen 5jährigen Jungen vor, bei dem vorher in fünf Operationen durch direkte Naht, Plastik und die Trendelenburgsche Methode vergebens ein Verschluß der Blase herbeizuführen versucht worden war. Er wandte das Verfahren von Borelius-Berglund an (Zentralblatt für Chirurgie 1903) und legte dabei die Einpflanzungsstelle der Harnleiter zur Sicherheit extraperitoneal. Resultat: der Junge kann den Urin 2 Stunden halten.

Deetz (Homburg v. d. H.).

14) **G. Enderlen** (Würzburg). Über Blasenektopie.

(Sammung klin. Vorträge Nr. 472/473.)

Dem alles Wichtige über die Entstehung der Bauchblasenspalte — aus einer Spaltung der Kloakenmembran — und über die Heilung

derselben wiedergebenden Vortrage seien folgende Anschauungen E.'s bezüglich der Behandlung entnommen.

Die Pelottenbehandlung der Blasenektopie ist ungenügend, da sich die Prothese bei dem Wechsel der Körperlage verschieben kann; außerdem werden die Pelotten in vielen Fällen, wenn sie fest anliegen, nicht vertragen. Kaum besser sind die Verhältnisse, wenn man die Einpflanzung der Harnleiter in die Penisrinne oder die Lendengegend vornimmt. Die Lappenplastiken aus der benachbarten Bauchhaut oder dem Hodensacke sind ungenügend. Die Kontinenz fehlt regelmäßig, Pelotten müssen getragen werden, allerdings unter günstigeren Umständen als bei rein palliativer Behandlung und bei Einnähung in die obenerwähnten Stellen; die Gefahr der Steinbildung ist in hohem Maße gegeben. Die Vereinigung der Spaltränder der Blase schafft ein kleines Hohlorgan, vermag die Kontinenz nicht herzustellen; Inkrustationen sind ebenfalls zu fürchten. Die Vergrößerung der Blasenhöhle durch eine ausgeschaltete Darmschlinge ist kompliziert, wenn auch größere Urinmengen gehalten werden können. Die Vereinigung der Spaltränder gibt sehr beachtenswerte Resultate, wenn die von Trendelenburg angegebene Voroperation ausgeführt wird; bei kleinen Kindern kann diese durch methodische Kompression der Beckenschaufeln (Passavant, Trendelenburg) ersetzt werden; die Kontinenz wird nur selten erreicht, doch bereitet die Anlegung der Prothese keine Schwierigkeiten. — Die Anlegung einer Vesico-Rektalfistel und die Bildung der vorderen Blasenwand sind nicht zu empfehlen. Verwendet man Quetschzangen, so kann eine Dünndarmschlinge in der tiefen Excavatio vesico-rectalis mitgefaßt werden; geht man blutig vor, so ist eine Infektion des Bauchfells möglich. In der Blase ist Steinbildung zu fürchten. Die Methode von Subbotin ist nicht nachahmenswert, weil das erstrebte Ziel meist nicht erreicht wird, trotz großer Gefahren für den Pat. Die Einpflanzung der Harnleiter allein in den Darm ist unter allen Umständen zu verwerfen; sie führt mit Sicherheit zur aufsteigenden Niereninfektion. — Die Maydl'sche Operation hat sicher Vorzüge vor den anderen Verfahren; sie birgt aber gewisse Gefahren (Peritonitis, Fistelbildung und Pyelonephritis — 25% Mortalität). Sie schafft Kontinenz (mit seltenen Ausnahmen). Man ist bei ihr nicht auf Urinale angewiesen, die den »Sphincter vesicae« ersetzen müssen. Es ist besser, die Einpflanzung in die Flexur als in den Mastdarm vorzunehmen; Niereninfektion ist nicht ausgeschlossen. — Von den Modifikationen kommen die von Borelius und Müller und Berg in Betracht; diejenige von Gersuny ist zu kompliziert, wenn sie auch das Ideal der Trennung von Urin und Kot in sich schließt.

Kramer (Glogau).

15) **H. Fenner.** Kryoskopische Resultate der Züricher Klinik.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 639.)

Die kryoskopische Untersuchung wurde bei 47 Fällen angestellt, deren Mehrzahl (31) Nierentuberkulosen betraf. Von den 41 operierten Pat. starben 2 an Urämie.

Die Untersuchungen zerfallen in solche des Blutes und des meist getrennt aufgefangenen Urins, wobei letzterer Untersuchungsgruppe die geringere Bedeutung zukommt, da die getrennte Uringewinnung nur selten auf eine genügend lange Zeit (12 Stunden) und unter sonst ausreichenden Vorsichtsmaßregeln sich ausführen läßt.

Unter Mitteilung sämtlicher Krankengeschichten nimmt Verf. besonders Stellung zu den Lehrsätzen, welche Kümmell über den Wert der Kryoskopie aufgestellt hat, und kommt nach beiläufigen Bemerkungen über den Wert der Harnstoffbestimmungen und der kryoskopischen Hilfsformeln zu folgenden Schlüssen:

1) Die Kryoskopie bei Nierenleiden ermöglicht uns besser als andere Methoden einen Einblick in die osmoregulatorische Tätigkeit der Nieren.

2) Die Kryoskopie ist deshalb neben den bisher üblichen klinischen Methoden von Wert.

3) Allein vermag sie jedoch nicht immer über Diagnose, Prognose und operative Indikationsstellung Aufklärung zu geben.

4) Die Harnkryoskopie berechtigt lediglich zu einem Urteil über das funktionelle Verhalten der Nieren zur Zeit der Untersuchung und besitzt nur einen Wert, wenn die Urinmenge (Valenzwert) und die der Untersuchung vorausgegangene Flüssigkeitszufuhr berücksichtigt wird.

5) Die Kryoskopie des Blutes gibt brauchbare Resultate, wenn die Möglichkeit einer extrarenalen Beeinflussung des Gefrierpunktes ausgeschlossen werden kann und das klinische Gesamtbild in jedem einzelnen Falle mitberücksichtigt wird.

6) Die Anwendung der Kryoskopie macht keine der bisherigen Untersuchungsmethoden überflüssig. **Reich** (Tübingen).

---

16) **E. Liek.** Zur funktionellen Nierendiagnostik.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. bringt aus dem Barth'schen Krankenhaus ein größeres neues Material, an welchem die verschiedenen neuen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik erprobt worden sind. Auch diese neuerlichen Beobachtungen bestätigen den früher schon ausgesprochenen Standpunkt Barth's, daß die funktionellen Methoden für sich nicht über den Zustand und die Funktionstüchtigkeit einer Niere belehren, daß sie aber im Zusammenhange mit den anderen klinischen Untersuchungsmethoden eine wertvolle, nicht zu ersetzende Hilfe gewähren. Es wird dabei hinsichtlich der Gefrierpunktsbestimmung, Phloridzinprobe usw. nicht so sehr auf die absoluten Zahlen, sondern auf die

relativen, d. h. auf das Verhältnis der von beiden Nieren erhaltenen Ziffern Gewicht gelegt. Die operativen Erfolge, die bei Anwendung der funktionellen Methoden erzielt wurden, waren äußerst günstig, wie die beigefügten Krankengeschichten lehren. Die operative Mortalität der Nephrektomien betrug nur 24%.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

17) **H. Merkel.** Die Hydronephrose und ihre Beziehung zu akzessorischen Nierengefäßen.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 584.)

M. ist der Meinung, daß die sogenannte falsche Implantation des Harnleiters und die damit verbundene Klappenbildung an seinem Abgang — Prozesse, die oft als ätiologisches Moment für die Entstehung der Hydronephrosen aufgefaßt werden müssen — in der Mehrzahl der Fälle erst im späteren Leben erworben sind und nicht als Entwicklungsfehler angesehen werden müssen. Ihre eigentliche Ursache sind vielmehr abnorm verlaufende Nierengefäße, die zur Einengung des Harnleiteraustrittes führen. Diese kann durch direkte Spornbildung entstehen, indem das strangulierende Gefäß selbst in dem Winkel zwischen Harnleiter und Nierenbecken eine Falte hochhebt, oder durch indirekte, indem der Harnleiter an das sich ausdehnende Nierenbecken angepreßt wird. Verf. berichtet dann kurz über einen einschlägigen Fall, den er selbst autopsierte und über Parallelfälle aus der Sammlung des Erlanger pathologischen Instituts. **Doering** (Göttingen).

---

18) **V. Barnabo.** Sui rapporti tra la glandola interstiziale del testicolo e le glandole a secrezione interna.

(Policlinico. Sez. chir. XV, 3. 1908.)

Zur Vervollständigung einer weiteren Arbeit über das interstitielle Drüsensystem des Hodens (Bolletino della società zoologica Vol. VII) veröffentlicht B. seine Experimente an Meerschweinchen und weißen Mäusen, denen Samenstrang und Hode der einen oder beider Seiten entfernt wurden. Auf Grund von histologischen Untersuchungen (die Gewichtsbestimmung läßt bei der Kleinheit der in Frage stehenden Organe keine sicheren Schlüsse zu) kommt Verf. zu nachstehenden Folgerungen:

Unterbindung und Resektion des Ductus deferens führt zur Atrophie der Samenkanälchen des Hodens, während Bindegewebe und Pars interstitialis eine zum Teil durch Amitosen bedingte Vermehrung zeigt.

Die einseitige Kastration führt bei gleichzeitiger Resektion des anderseitigen Samenstranges zur Atrophie des zurückbleibenden Hodens, dessen Samenkanälchen schwinden, während Bindegewebe und Interstitium wuchern.

Die Hypophysis zeigt in beiden Fällen eine merkliche Hypertrophie, die entsprechend der Atrophie der Samenkanälchen trotz der Hypertrophie des Interstitiums zunimmt.

Nebennieren, Thyreoidea und Parathyreoidkörperchen zeigen gesteigerte Sekretion ohne deutliche Veränderung ihrer Struktur, während die Milz keine Besonderheiten zeigt. **Strauss** (Nürnberg).

---

19) **H. Albrecht.** Über das Karzinosarkom des Uterus.
(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. Hft. 1.)

Die Entstehung der durch die gleichzeitige bösartige Wucherung epithelialer und bindegewebiger Elemente und deren gegenseitige Durchmischung in ein und demselben Organ ungemein interessanter Karzinosarkome kann auf verschiedene Weise gedeutet werden:

1) Ist in einem primären Karzinom sekundär eine sarkomatöse Umbildung des Stromas möglich, wie die experimentellen Untersuchungsbefunde von Ehrlich und Apolant u. a. bei fortgesetzter Transplantation von Karzinomen beweisen.

2) Der umgekehrte Modus scheint ebenfalls möglich zu sein, da nach einer Beobachtung von Amann ein öfters rezidivierendes Adenosarkom sichere karzinomatöse Bestandteile aufwies.

3) Am häufigsten entstehen die Karzinosarkome durch sekundäres Ineinandergreifen von Karzinom und Sarkom, die unabhängig voneinander in demselben Organ entstanden sind. Diese Entstehungsweise ist auch für den A.'schen Fall die wahrscheinlichste.

Wichtig für die gesamte Geschwulstlehre überhaupt ist, daß sich an der Geschwulst deutlich eine spezifische Einwirkung der Epithelzellen des Karzinoms auf die bindegewebigen Zellen des Sarkoms nachweisen läßt: Die karzinomatösen Drüsenstränge sind durch einen breiten Mantel dicht gelagerter Rund- und Spindelzellen von dem übrigen Sarkomgewebe geschieden.

Es kommen also in den beiden bösartigen Geschwulstbestandteilen noch die physiologischen Beziehungen der einzelnen Gewebe zueinander zum Ausdruck. **Trappe** (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

20) **E. Heller.** Beitrag zur Methodik der Unterkieferresektionen.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 263.)

H. resezierte in der Greifswalder Klinik einem 16jährigen Mädchen wegen Riesenzellensarkoms den Unterkiefer in der Ausdehnung vom 1. rechten Prämolarzahne bis zum 2. Molarzahne links. Dabei wurde ein Querschnitt durch die linke Backe vom Mundwinkel an gemacht; die Kieferdurchtrennungen erfolgten mittels Drahtsäge in schräger Richtung von hinten nach vorn, und zum Schluß wurde der linke M. pterygoideus int. vom Kieferwinkel gelöst. Unmittelbar nach der Operation Einsetzung einer dem resezierten Kieferstück entsprechend zurecht geschnittenen Prothese nach Schröder, die an die Kieferstümpfe mittels Metalldrahtnähten befestigt wurde, wonach Aufnahme flüssiger Speisen sofort, solche breiiger Nahrung nach einigen Tagen möglich war. Der Schrumpfung und Narbenverkürzung der Unterlippe wurde durch eine von Prof. Schröder angegebene Vorrichtung, nämlich eine nachtmützenartige, feste Kopfkappe mit elastischer Funda maxillae wirksam entgegen gearbeitet. In der 8. Woche wurde die Immediat-

prothese durch eine sekundäre, mit Klammern an den Zähnen der Kieferstümpfe befestigte ersetzt. Das zuerst gebrauchte Ersatzstück (von Zahnarzt Lipschitz geliefert) trug noch keine Zähne, das zweite wurde mit solchen versehen. Die Pat. ist jetzt 2 Jahre lang rezidivfrei, das Operationsresultat ist, von der Wangennarbe, die durch andere Schnittführung hätte vermieden werden können, abgesehen, kosmetisch und funktionell recht gut. Die Schienenbehandlung nach Schröder hat sich also auch in diesem Falle gut bewährt und verdient weitere Anwendung.

Epikritisch macht H. einige Bemerkungen zur Operationstechnik: Nach Abtrennung des Genioglossus muß man die Zunge nach vorn ziehen und für die Nachbehandlung mit Fäden an die Prothese heften. Der obere Stumpf des Kiefers erleidet durch Wirkung des Pterygoideus eine störende Deviation medialwärts (Adduktion), der, wie in H.'s Fall geschehen, durch Muskelabtrennung vom Knochen vorzubeugen ist. Muß vom vertikalen Kieferast ein großes Stück entfernt werden, so kann es für die Nachbehandlung mitunter besser sein, ganz zu exartikulieren als zu resezieren. Denn in der Fossa glenoidalis maxillae findet die Ersatzschiene einen besseren Halt als an einem kurzen, abnorm beweglichen, kleinen Kieferstumpf. 6 Abbildungen und ein Literaturverzeichnis von 31 Nummern sind der Arbeit beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) **F. H. Washburn** (Jefferson). Extragenitale Primäraffekte.

(Journ. of cutan. diseases 1907. Juli.)

Verf. bringt die 6 extragenitalen Initialsklerosen (3 an den Tonsillen, 1 an der Brust, 1 an der Oberlippe, 1 am Zahnfleische) nur deshalb zur Kenntnis, weil die Primäraffektionen im Munde von seiten der Laryngologen als große Seltenheit bezeichnet würde. W. findet das Bild des Tonsillarprimäraffektes sehr charakteristisch; in allen Fällen war das Schlingen sehr erschwert und schmerzhaft.

Grosser (Breslau).

22) **R. Buccheri.** Contributo allo studio sui risultati immediati dell' intervento chirurgico nella spina bifida.

(Arch. di ortopedia 1908. Hft. 1.)

B. berichtet über 21 Fälle aus seiner Praxis; 2 von ihnen scheiden aus, weil schon Meningitis vorhanden war. 19 Fälle, von 1901—1908 im Kinderhospital zu Palermo behandelt, wurden operiert nach der Methode der plastischen Deckung des Defektes. 3 Operierte, 2 Mädchen, 1 Knabe, starben an den Folgen der Operation. Im übrigen konstatierte B. bei den meisten Operierten, soweit er sie kontrollieren konnte, gute Resultate. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

23) **A. Hoffmann.** Zur Klinik und Behandlung der Halswirbelschüsse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 537.)

H.'s Arbeit betrifft einen von Payr in Greifswald operierten Fall, über den sich in unserem Blatte, laufender Jahrgang p. 604, eine Mitteilung von freilich so lakonischer Kürze findet, daß ihr hier noch folgendes hinzuzufügen ist. Es handelte sich bei dem Pat. um einen Diagonalschuß, bei dem aus der direkt auf den Hals gesetzten Waffe das Geschoß links in der Höhe des oberen Schildknorpelrandes eingedrungen war, den Hals, ohne wichtige Teile zu verletzen, quer durchsetzt hatte und, wie Röntgen zeigte, rechts im Körper des 5. Halswirbels stecken geblieben war. Wegen Entzündungserscheinungen an der anfangs vernachlässigten Wunde, verbunden mit Schmerzen im rechten Arme, wurde 5 Tage nach der Verletzung zur Operation geschritten, und zwar mittels Schnittes rechts am vorderen Kopfnickerrande. Die Halseingeweide ließen sich genügend zur Seite halten, um in die Tiefe zu dringen, und mit einiger Mühe wurde das Geschoß, das in einer Tiefe von 1½ cm im Schußkanal zwischen den Körpern des 5. und 6. Halswirbels lag, entfernt. Der Operation, bei der leichtes Ödem des retroösophagealen Binde-

gewebes gefunden war, und nach der die Armschmerzen zunächst schwanden, folgte von der 2. Woche an eine fieberhafte Erkrankung, beruhend auf einer mit Sequesterausstoßungen endigenden Knocheneiterung. Völlige Heilung nach Ablauf von 3 Monaten. Die fortlaufend aufgenommenen Röntgenogramme zeigten geringe Schrumpfung des 5. Wirbelkörpers rechts, weshalb sich der 5. Wirbelkörper etwas nach rechts senkte, zugleich der 4. Dornfortsatz 1 cm weit lateralwärts nach rechts auswich.

In der der Krankengeschichte angehängten Allgemeinbesprechung wird die Statistik der Halswirbelschüsse im Krieg und namentlich im Frieden erörtert. 25 Fälle von Friedensverletzung hat H. aus der Literatur gesammelt und teilt deren Krankengeschichten kurz mit. Betreffs der Frage nach der Rätlichkeit chirurgischen Eingreifens, das von Payr befürwortet wird, ergibt sich, daß 13 Pat. nicht operiert wurden und sämtlich starben. 13 Pat. (einschließlich des eigenen Falles H.'s) wurden operiert, und von diesen starben nur zwei. Die Halswirbel können von verschiedenster Seite her operativ angegangen werden; soweit es sich um Extraktion der Geschosse handelt, wird die Röntgenuntersuchung den Ausschlag für die Wahl des einzuschlagenden Operationsweges geben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) **Ehrlich.** Zur Kasuistik der isolierten Frakturen der Processus transversi der Lendenwirbelsäule.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 413.)[1]

Beobachtung der Greifswalder Klinik, betreffend einen 40jährigen Landwirt, der, beim Reiten aus dem Sattel gleitend und mit einem Fuß im Bügel bleibend, geschleift war. Es bestand lokale Druckempfindlichkeit und Schwellung unter der 12. linken Rippe hinten, wo das Röntgenbild sehr hübsch den Bruch des 1. Lendenwirbelquerfortsatzes zeigt. Heilung unter Anlage von Pflasterverband und Massage. Erster Fall der sicheren Diagnose einer solchen Verletzung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **M. Matsuoka.** Über Versteifung der Wirbelsäule.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 312.)

M. veröffentlicht drei in seiner Klinik in Kyoto (Japan) beobachtete Fälle von Wirbelsäulenversteifung, die symptomatisch am meisten der von Bechterew beschriebenen Art von Wirbelsäulenerkrankung entsprachen. Die Pat. (mehrere Photogramme derselben sind beigegeben) waren Männer und im Alter von 31—45 Jahren. Entstehungsursache blieb unklar, die Pubertät schien keinen Zusammenhang mit dem Leiden gehabt zu haben. Es bestand bald mehr, bald weniger ausgeprägte Kyphose, besonders in der Brustwirbelsäule, die Lordose der Lendenwirbel war verschwunden. Schmerzen in den Wurzelgelenken klagten alle Pat. Aktive Bewegungen an Schulter- und Hüftgelenken sind mehr oder weniger beschränkt; doch ist die passive Bewegung fast ungestört. Die Respiration ist abdominal, ohne deutlich nachweisbare Veränderung in den Sternocostovertebralgelenken. Sensibilitätsstörung fehlt vollständig. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

26) **R. W. Lobett** (Boston). La cura della tuberculosi della spina coll' analisi di 1792 casi.

(Arch. di ortopedia 1908. Hft. 1.)

Im Kinderhospital zu Boston wurden von 1883—1907 1792 Kinder an Tuberkulose der Wirbel behandelt, darunter 829 Mädchen, 963 Knaben im Alter von 1—18 Jahren, nämlich im Alter von 1 Jahre 38+38; 2 Jahren 134+164; 3 Jahren 151+181; 4 Jahren 123, 134; 5 Jahren 105, 110; 6 Jahren 53, 64; 7 Jahren 70, 82;

[1] Auf p. 604 unseres Blattes l. Js. findet sich ein Referat über einen Aufsatz von Payr, der sich auf denselben Fall zu beziehen scheint. Doch ist dort eine andere Entstehungsart für die Verletzung angegeben! (Ref.)

von da ab fällt die Zahl rapide; so waren z. B. 15jährige 4+4; 16jährige 1+1, 18jährige 1 weiblich. Hals- und oberer Rückenwirbel brachten 247 Fälle, Rücken- und Lende = 1025, Lende = 329, zerstreute Fälle = 191. Paralysen kamen unter ihnen 33 zur Beobachtung (6 vom Hals aus, 25 vom Rücken, 3 zerstreute Fälle), Abszesse kamen 263 vor, nämlich 236 Psoas-, Iliacal-, Lumbar-, Glutäalabszesse; 4 Rücken-; 3 Mediastinal-, 18 Cervical-, 2 Retropharyngealabszesse. Komplikationen mit Coxitis fand man 41-, mit Knietuberkulose 7-; Fuß-, Ellbogen- je 1-, Fuß- und Ellbogen- mit Spondylits zusammen 1mal. — Die Behandlung war die moderne. Aufenthalt in frischer Luft, Liege- und Tragapparate, deren verschiedene im Original abgebildet sind. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

27) **W. A. v. Oppel.** Zur Frage des Lufteintrittes in die V. jugularis interna bei operativer Verletzung derselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 437.)

v. O. hatte selbst das Unglück, bei Operation ausgedehnter tuberkulöser Halslymphome, als hinter dem rechten Schlüsselbein einige Drüsen stumpf ausgelöst werden sollten, die Jugularis zu verletzen, worauf starke Blutung und Luftaspiration folgten. Es wurde nach vorübergehender Tamponade die Venenunterbindung durchgesetzt, doch nicht ohne daß nochmalig wiederholter Lufteintritt in die Vene erfolgte. Da der Zustand unter Atmungsstillstand und großer Pulsschwäche bedrohlich wurde, wurde das zentrale Stück des Gefäßes wieder geöffnet und mittels eines tief eingeführten Katheters viel schaumiges Blut ausgesogen. Doch erfolgte bald darauf der Tod.

v. O. bespricht im allgemeinen die mechanischen Bedingungen der Jugularisverletzung, kompliziert durch Lufteintritt, und die Prophylaxe sowie Therapie dieses Unfalles. Fixierungen des Gefäßes durch Geschwülste und entzündliche Infiltrate, welche die Venenwand starr machen und ihr Kollabieren verhindern, auch ungenügende Blutpassage durch das Gefäß, wofür Unterbindungen der Seitenäste Bedeutung haben (Anämie des zentralen Gefäßendes), können hier in Frage kommen. Zur Verhütung des Unfalles ist bei schwierigen Geschwulstoperationen stets die präliminäre Unterbindung der Vene zentralwärts zu empfehlen. In Fällen wo der üble Zufall doch nicht zu vermeiden war, ist dort, wo die Verletzung im mittleren oder oberen Halsteile vorfiel, die Vene im zentralen Teile zu komprimieren und zu unterbinden. Sitzt die Verletzung tiefer, an schlecht oder gar nicht zugänglicher Stelle, so ist von Unterbindungsversuchen abzusehen, vielmehr Tamponade anzuwenden, mit welcher, wie außer anderen Chirurgen auch v. B. sah, solche Verletzte zur Heilung gelangen können. Zur Evakuation größerer Mengen eingedrungener Luft kommt außer der von v. O. erfolglos versuchten Katheteraspiration durch die Jugularvene nach Magendie auch die Aspiration des rechten Vorhofes bzw. Herzohres nach Delore und Duteil in Frage, die allerdings noch keine Erfolge aufzuweisen hat. — Zum Schluß Literaturverzeichnis von 11 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **U. Masucci.** La faradizzazione della tiroide nella cura del gozzo esoftalmico.

(La nuova Rivista clinico therapeutica 1908. XI, 3.)

Bei einer 30jährigen Frau mit Morbus Basedow wurde in der Klinik de Renzi's durch die Faradisation des Kropfes (die eine Elektrode lag am Nacken, die andere auf der Schilddrüse) dauernde Heilung und Beseitigung der recht intensiven Symptome erreicht. **Strauss** (Nürnberg).

29) **Piollet** (Clermond-Ferrand). Der Gekreuzigte im Ösophagus als Fremdkörper.

(Province méd. 1907. November 23.)

Eine Irrsinnige hatte im religiösen Wahn das kupferne Bild des Gekreuzigten von einem Kruzifix verschluckt. Die ständige Behauptung, sie habe »le Bon Dieu« verschluckt und müsse ihn nähren, daß er nicht sterbe in ihr, erweckten Verdacht,

man bemerkte Dysphagie und Regurgitationen. Die Röntgenaufnahme zeigte deutlich das Bild, mit nach oben seitlich ausgestreckten Armen, an der dem obersten Speiseröhrenabschnitt entsprechenden Stelle. In Narkose gelang es unter größter Mühe, den Fremdkörper unter Leitung des Fingers unterhalb der Arytänoidknorpel mit einer gekrümmten Zange zu fassen und durch seitliche Bewegungen erst den einen, dann den anderen festgespießten Arm freizumachen. 2tägiges Fieber, 5tägige Dysphagie. Abstand beider Hände des Bildes 33 mm, Länge von Kopf zu Fuß 45 mm, vom Fuß nach jeder Hand 50 mm. Heilung. **Pietzsch** (Karlsruhe).

30) **E. Heurard.** 15 cas d'extractions de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branche glissante sous l'écran radioscopique, dans l'examen latéral.

(Arch. méd. belg. 1907. Dezember.)

Unter Chloroform, in Sitzhaltung und Hintenüberbeugung des Kopfes, unter Röntgenbeleuchtung, führt H. seine Zange in die Speiseröhre, wo sie, an den Fremdkörper herangeführt, diesen faßt und in der einfachsten Weise herausbefördert. Zum Mundaufhalten kann man ein White-Head Spekulum benutzen. Der linke Zeigefinger drückt die Zungenbasis herab, die rechte Hand führt die 28 cm lange, 8 cm vom vorderen Ende im Winkel von 90° gebogene Zange. Die untere Branche ist steif, die obere, auf ihr gleitende, beweglich biegsam. Das Erfassen des Fremdkörpers erfolgt spielend leicht. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

31) **H. Thiemann.** Fremdkörper im oberen Teile des Ösophagus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entfernung aus der freigelegten, aber nicht eröffneten Speiseröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Trotz der Ösophagoskopie wird es immer noch eine Reihe von Fällen geben, in denen eine blutige Operation zur Extraktion von Fremdkörpern der Speiseröhre erforderlich wird. Für diese Fälle empfiehlt Verf. dringend die Freilegung der letzteren ohne Eröffnung nach Kramer. Sie ist kürzer an Dauer, vermeidet alle Komplikationen und besonders die Fistelbildung der Ösophagotomie. Natürlich kann das Verfahren nur beim Sitz des Fremdkörpers im oberen Teile der Speiseröhre und bei noch nicht lang dauernder Einkeilung angewendet werden. Es ist erstaunlich, wie leicht man den Fremdkörper lösen und vom Mund aus extrahieren kann. Bei zwei Pat. konnte Riedel bzw. der Verf. ein verschlucktes Gebiß auf diese Weise entfernen. In einem dritten Falle mußte freilich die Speiseröhre doch eröffnet werden, weil das Gebiß nach abwärts zu rutschen drohte.

T. beschreibt noch eine Reihe von Ösophagotomien, bei denen zum Teil die Schilddrüsenhälfte zur Freilegung der Speiseröhre exstirpiert wurde. Die Wunde wird jedesmal tamponiert, die Speiseröhrenwunde immer vernäht. Vorsichtige Ernährung, event. Anwendung des Schlundrohres dazu ist nach dem Eingriffe sehr wesentlich geboten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

32) **Paterson.** The removal of foreign bodies from the air and food passages.

(Brit. med. journ. 1908. Nr. 8.)

P. bereichert die bisher noch recht spärliche englische Kasuistik der bronchoskopischen und ösophagoskopischen Entfernung von Fremdkörpern um zwei interessante Fälle. Im ersten Falle wurde einem 18jährigen Seemann in Narkose eine Haselnußschale (1,6 : 2 cm) aus dem linken Bronchus entfernt durch 9 mm-Killiantubus; im zweiten Falle hatte ein 16jähriger Bursche einen Pflaumenkern verschluckt, der an der Cardia sitzen geblieben war. Sondierungsversuche ergaben das Vorhandensein einer Stenose, ungefähr 20 cm von der Zahnreihe entfernt, als Folge einer Laugenverätzung in der Kindheit. Erst nach Überwindung dieser Stenose mit einem 9 mm-Ösophagoskop gelang es, den Fremdkörper dicht über der Cardia zu fassen und bis zur Stenose samt dem Tubus empor zu ziehen. Erst

beim dritten Versuch aber glückte es, den Pflaumenkern (2 : 1,2 cm) durch die enge Stelle hindurch zu bringen. Das Wesentliche des Falles liegt in dieser Erschwerung durch eine Verätzungsstenose. **Weber** (Dresden).

33) **G. E. Shukow.** Ein Fall von Kehlkopflymphangiom.
(Russki Wratsch 1908. Nr. 9.)

18jähriges, von Kindheit an heiseres Dienstmädchen. Das ganze rechte falsche Stimmband wird von einer großen, elastischen, runden Geschwulst eingenommen, über die das rechte Lig. aryepiglotticum hinüberzieht. Probepunktion — Lymphe als Inhalt. Danach wurde die Geschwulst kleiner, man sah das rechte wahre Stimmband, die Stimme wurde reiner. Das Mädchen entzog sich weiterer Beobachtung. Eine Zeichnung zeigt den Befund. In der Literatur fand S. nur noch neun ähnliche Fälle, davon nur einer klinisch richtig erkannt.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

34) **K. J. Legkow.** Zur Behandlung des Sero- und Pyopneumothorax mit Ausspülung der Pleurahöhle mit physiologischer Kochsalzlösung.
(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 1, 2, 5. [Russisch.])

L. empfiehlt für Fälle von Sero- und Pyopneumothorax statt der schwereren Thorakotomie die Lewaschow'sche Operation: Punktion mit Ausspülung der Pleura. Er bringt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Tuberkulose, wo im Juli eine gewöhnliche Punktion, am 5. November, 31. Dezember und 5. Februar je eine Punktion mit Spülung ausgeführt wurde. Die Operation ist höchst einfach, gab jedesmal große Erleichterung (der Rest der Flüssigkeit wurde nach 3—4 Tagen resorbiert, die Temperatur stieg anfänglich, fiel aber bald bedeutend); neue Flüssigkeit sammelte sich erst nach 3—4 Wochen an. Für den Pat. ist die Operation viel leichter als die Thorakotomie: es bleibt keine Fistel zurück, und Pat. braucht nicht den schweren und äußerst unangenehmen Verband wie nach Brustschnitt. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

35) **G. Hotz.** Ein Beitrag zur Lungennaht.
(Deutsche Zeitschrift für Chiurgie Bd. XCII. p. 484.)

H. berichtet einen einschlägigen Fall der Enderlen'schen Klinik in Basel. Der 27jährige Pat. hatte mit einem langen schmalen Küfermesser einen Stich in die Brust neben der rechten Brustwarze erhalten. Bald danach in die Klinik gebracht, zeigte er hochgradige Anämie, Dyspnoe, hohe Pulsfrequenz, Blutung aus der Wunde, ebenso wie blutig-schaumigen Auswurf und die Zeichen von rechtsseitigem Hämatopneumothorax. Sofortige Operation, bestehend in Resektion von 10 cm der 5. Rippe, Erweiterung der vorhandenen, stark blutenden Pleurawunde, wonach die Hand in die Brusthöhle einführbar wird. Es werden große Mengen Blutes aus der Pleurahöhle geschöpft, die kollabiert an die Wirbelsäule zurückgesunkene Lunge hervorgeholt. Ihr Mittellappen zeigt eine 4 cm lange, 3 cm tiefe, glatte, vertikal stehende Schnittwunde. Fortlaufende Zwirnnaht derselben. Atmung und Puls hatten sich gebessert. Da die Parietalpleurawunde sich nicht ganz schließen ließ, wird der Lungenmittellappen hierhineingenäht, die Brusthöhle übrigens völlig geschlossen. Es kam zu verschiedentlichen Komplikationen, Pneumonie am 3. Tage, am 6. Tage Exsudat, das sich später zum Empyem entwickelte, so daß nochmalige Thorakotomie mit Resektion der 9. Rippe nötig wurde, weiterhin noch Lymphangitis, Furunkulose, Angina, metastatische Nahtabszesse, Störungen, die vielleicht im Zusammenhang mit nach der Verwundung beobachteter Glykosurie stehen — Endausgang indes günstig.

Außer dem eigenen Falle sind H. noch vier mit Naht behandelte Fälle von Lungenstichverletzung anderer Autoren bekannt geworden. Einer derselben starb gleich nach dem Eingriff an der Schwere der Verletzung (vier Stiche), die übrigen zeigten alle sehr günstigen, auffallend raschen Heilungsverlauf. Die Literatur zur Sache heranziehend, rät H. zu frühzeitiger operativer Versorgung von Lungen-

verletzungen, auch wo noch keine bedrohlichen Symptome vorliegen, da die Heilungsaussichten nach bereits erfolgtem Eintritt von Komplikationen schlechter werden. Die breite Öffnung der Brusthöhle beseitigt, wie auch in H.'s Berichtsfalle sich zeigte, die Organverschiebungen, die durch Pneumothorax bewirkt werden. Das Vorziehen der Lunge hat sich allen Operateuren bewährt und führt Hilusknickungen der Lunge nicht herbei. Nicht unzweckmäßig erscheint die Befestigung der genähten Lunge an die Brustwand, zumal wenn aus irgend einem Grunde die Pleurahöhle offen gehalten werden soll. Doch ist auch, namentlich wenn der Pneumothorax sofort beseitigt werden kann, die Versenkung der Lunge zulässig. Betreffs Versorgung der Pleura hält H. mit anderen Autoren den primären völligen Schluß der Pleurahöhle für das beste Verfahren. Er führt bei Ausbleiben von entzündlichen Komplikationen zu völlig primärer Heilung; kommt es dagegen später zu Empyem usw., so kann die Lungenwunde mittlerweile schon geheilt sein, und der Kranke wird sich an Kräftezustand genügend gebessert haben, um einer neuen Thorakotomie unterzogen werden zu können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **W. H. Wynn.** A case of actinomycosis (streptotrichosis) of the lung and liver successfully treated with a vaccine.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

W. berichtet über den ersten Fall innerer Aktinomykose, der nach den Grundsätzen der Wright'schen Opsonintheorie mit einer Vaccine, die vom Organismus selbst gewonnen wurde, behandelt worden ist. Der sehr günstige Erfolg scheint dieser Behandlung zugeschrieben werden zu müssen. Ein 14jähriger Knabe, der seit mehreren Monaten an einer hartnäckigen Bronchitis leidet, erkrankt unter den Erscheinungen eines Empyems. Die Operation deckt eine unregelmäßige Höhle in der Lunge selbst auf. Im Eiter findet sich der Strahlenpilz in Reinkultur. Bei der ganz ungünstigen Prognose der Lungen- und Pleuraaktinomykose wurde der Versuch einer Vaccinebehandlung nach Wright gemacht. W. schabte 48 Stunden alte Agarkulturen des Krankheitserregers ab, sterilisierte und trocknete sie eine Stunde lang bei 60° und stellte sich aus dem zermahlenen Gemisch eine Emulsion von Kochsalzlösung und Glyzerin her, die er so weit verdünnte, daß jede Dosis 1 mg der Trockensubstanz an »Actinomycotin« enthielt. Bei sehr schlechtem Allgemeinzustand des Kranken wurde mit den Einspritzungen begonnen, und schon nach der ersten Dosis trat eine auffallende Besserung ein. Nach sechs Einspritzungen in ungefähr 14tägigen Pausen war die Temperatur normal, der Husten verschwunden, ebenso der Auswurf, die fistulöse Wunde sonderte nur noch wenig ab, der Allgemeinzustand wurde vorzüglich. Dauernde Heilung mit Pleuraschwarte und einer Kaverne (?) im unteren Lungenlappen, die keine Beschwerden verursachte. Der Rest der Arbeit bringt bakteriologische, kulturelle und technische Einzelnheiten.

Weber (Dresden).

37) **Cattle and Edward.** A case of abscess of the lung cured by incision and drainage.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

Kurzer Bericht über einen glücklich operierten Fall von metapneumonischem Lungenabszeß, der nach langem Suchen in $6^1/_2$ cm Tiefe des linken Unterlappens gefunden und entleert wurde. — Glatte Heilung ohne Fistel.

Weber (Dresden).

38) **J. Rovsing.** Temporär osteoplastisk Resektion af Brystväggen ved kronisk Empyem. Pleura og ved Lungenabscesser.

(Hospitalstidende 1908. Nr. 1.)

In einem schweren Falle von chronischem Empyema pleura verfuhr Verf. folgendermaßen.

U-förmiger Schnitt, dessen unterer ca. 12 cm breiter Teil durch die Fistelöffnung und längs dem unteren Rande der achten Rippe nach hinten zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule bis zur Höhe der Spina scapulae verlief; nach vorn setzte sich der Schnitt nah der hinteren Axillarlinie bis zur selben Höhe fort. Der Schnitt wurde in seinen vertikalen Partien direkt an die Rippen herangelegt, welche alle von der dritten bis einschließlich zur achten doppelt reseziert wurden, in der Weise, daß in jeder Schnittlinie 1 cm weggenommen wurde. Der unterste Querschnitt lag im achten Interkostalraum. Der ganze durch den Schnitt gebildete Brustwandlappen wurde mit dem Schulterblatt zusammen nach oben umgeklappt, so daß man die ganze Pleurahöhle genau übersehen konnte. Partielle Dekortikation der Lunge nach Fowler und Delorme. Tamponade der Pleurahöhle mit Lapisgaze unter dem osteoplastischen Resektionslappen, der nicht genäht wurde. Pat. vertrug die Operation gut. Die Eitersekretion schwand. Die Tamponade wurde nach und nach vermindert, und der Lappen reponiert. Pat. wurde vollkommen gesund. Verf. zieht diese Methode bei größeren chronischen Empyemen den übrigen angewendeten Methoden vor und empfiehlt ihre Anwendung auch in Fällen von Lungenabszeß oder Bronchektasie, um den Herd aufzusuchen. In einem Falle von Lungenabszeß hat Verf. mit Vorteil diese Methode angewendet.

Einar Key (Stockholm).

39) **O. Busse.** Über ein Chondromyxosarcoma pleurae dextrae.

(Virchow's Archiv Bd CLXXXIX. p. 1.)

B. beschreibt ausführlich eine riesenhafte Geschwulst, die sich in der rechten Brusthälfte entwickelte und zu einer vollständigen Kompression der rechten Lunge und einer starken Verlagerung des Herzens geführt hatte. Sie machte makroskopisch den Eindruck eines Gallertkrebses, hielt sich im großen und ganzen an die Pleura und drang nur an einzelnen Stellen, so am Oberlappen der Lunge, in letztere ein. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Chondromyxosarkom. Auch wies sie nach, daß die Geschwulst mit der Lunge nichts zu tun hatte, vielmehr die Pleura als Ausgangspunkt der Neubildung allein in Betracht kam. Verf. hebt dann hervor, daß, abgesehen von den Endotheliomen, primäre Pleurageschwülste zu den größten Seltenheiten gehören. Er stellt die bisher bekannt gegebenen Fälle kurz zusammen. Für die von ihm beschriebene Neubildung fand er kein Analogon in der Literatur.

Doering (Göttingen).

40) **Albers-Schönberg.** Die Bestimmung der Herzgröße mit besonderer Berücksichtigung der Orthophotographie. (Distanzaufnahme. Teleröntgenographie.)

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

A., der schon einen Apparat zur Röntgenographie des menschlichen Herzens in natürlicher Größe beim liegenden Pat. konstruiert hat, bringt uns hier einen neuen Apparat, bei welchem die Aufnahme des Herzens im Sitzen vorgenommen werden kann. Die Beschreibung des Apparates muß im Originale nachgelesen werden, ebenso die Berechnung über die Beurteilung der Größenverhältnisse im fertigen Bilde.

Für die Distanzaufnahmen braucht man natürlich tadellose starke belastungvertragende Durchleuchtungsröhren. Die große Entfernung der Lichtquelle bedingt eine gewisse Härte; jedoch darf man hierin nicht zu weit gehen, da sonst verschleierte Platten resultieren. Lieber exponiere man mit einer weichen Röhre längere Zeit. Das fertige Negativ soll den rechten und linken Herzzwerchfellwinkel zeigen, da diese Punkte für die Messung später gebraucht werden. Ferner müssen die Konturen vom Herzen und den großen Gefäßen, die Hilusschatten und Teile der umgebenden Lungen deutlich zu differenzieren sein. Selbst auf hochgradig unterexponierten Bildern sind diese Schatten besser zu erkennen als auf Platten, welche durch zu harte Strahlen verschleiert sind. Sehr wichtig für die Güte des Bildes ist die Einengung der Schiebeblende an der Bleikiste. Bei dem vorbeschrie-

benen Apparate reicht eine Blendenweite von 1 qcm gerade aus, um Herz, große Gefäße und einen Teil beider Lungen auf die Platte zu bekommen. Man wird je nach der Qualität der Röhre und Dicke des Pat. die Expositionszeit bemessen. 3—4 Minuten werden wohl stets ausreichen. Die Atmung, sowie die Eigenbewegungen des Herzens beeinträchtigen, da die Winkelbewegung eine sehr kleine ist, die Güte des Bildes wenig oder gar nicht. Ist man in der Anwendung von Verstärkungsschirmen geübt, so kann man dieselben, event. doppelt mit Films, benutzen und hierdurch die Expositionszeit abkürzen. **Gaugele** (Zwickau).

41) **Péraire et Lefas.** Lipome douloureux de l'aiselle avec glande mammaire aberrante.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 9.)

Bei einem 23jährigen Mädchen fand sich eine sehr druckschmerzhafte nußgroße Geschwulst der linken Achselhöhle. Die Schmerzen strahlten dabei zur linken Brustdrüse aus und steigerten sich zur Zeit der Menstruation. Diagnose: Lipom. Im Zentrum der exstirpierten Geschwulst findet sich außer zahlreichen Nerven Brustdrüsengewebe.

In der Diskussion schildert Morestin eine ganz analoge Beobachtung; er hält die Achsel für einen Lieblingssitz versprengter Brustdrüsenkeime und hält es für nötig, die Lipome daraufhin zu untersuchen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

42) **Payenneville.** De la phlébite et thrombophlébite blennorrhagique des veines de la verge.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVI. Hft. 8.)

Mitteilung von drei eigenen, bisher nicht veröffentlichten Fällen und zwei Beobachtungen aus der Literatur. Die Phlebitis und Thrombophlebitis der Venen des Gliedes ist außerordentlich selten. Mit Ausnahme ganz seltener Fälle, in denen sekundär Gangrän der Eichel, Vorhaut oder Harnröhre eingetreten ist, kann die Prognose günstig gestellt werden. **Paul Wagner** (Leipzig).

43) **Rochet et Montot.** Calculs endogènes de la prostate.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVI. Hft. 7.)

Es handelte sich um einen 54jährigen Kranken, der niemals Zeichen einer renalen oder vesikalen Lithiasis dargeboten hatte. Mittels einer prärektalen Inzision wurden aus der Tiefe der beiden Prostatalappen ungefähr 150 Konkremente entfernt, die sich in der Drüse selbst gebildet hatten. Es handelte sich also um wirkliche endoprostatische Steine. Es fand sich auch keine breite Kommunikation mit der Urethra prostatica. Die Konkremente bestanden in der Hauptsache aus kohlensaurem Kalk mit Spuren von phosphorsaurem und oxalsaurem Kalk. Der Kranke litt außerdem an einer chronischen Urethritis mit Striktur. Hierin ist wohl die Ursache der Steinbildung zu suchen; es handelte sich um eine sog. sekundäre Lithiasis infolge von Ablagerungen von Salzen um die normalen Prostatasekretionen. Sichere Fälle von endogener Steinbildung in der Prostata sind sehr selten. **Paul Wagner** (Leipzig).

44) **B. N. Cholzow.** Über Indikation und Technik der Prostatektomie auf Grund eigener Beobachtungen.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 9—11.)

In leichten Fällen — in der ersten Periode der Prostatahypertrophie — kann man die Vasektomie machen. Sonst gibt C. der Prostatektomie den Vorzug. 2mal machte er die perineale Prostatektomie; in 1 von diesen Fällen blieb Inkontinenz zurück. 10mal wurde die Prostatectomia suprapubica ausgeführt. Es wurden folgende Komplikationen beobachtet: Thrombose beider Femoralvenen 1mal, geheilt; Harninfiltration (im Zentrum der Prostata befand sich ein kleiner Abszeß), Tod — 1 Fall; Pneumonie, Tod — 2 Fälle; Orchiepididymitis 1mal, Heilung; Fieber infolge Zersetzung von Blutgerinnseln in der Prostatakapsel 1mal, Heilung. 5mal mußte die Fistel plastisch geschlossen werden. — Zur Stillung der Blutung

führte C. in 8 Fällen die Tamponade der Blase mit gutem Erfolg aus; dieselbe schützte gleichzeitig vor Harninfiltration (der Fall mit letzterer war nicht tamponiert worden). Bei schlechtem Allgemeinzustand, bei Cystitis und Pyelitis, muß man zweizeitig operieren: Cystotomie, später — nach Besserung des Zustandes — Prostatektomie. Das funktionelle Resultat war in den geheilten Fällen der suprapubischen Prostatektomie ein gutes. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

45) **Young.** A report of one hundred consecutive perineal prostatectomies without a death.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 7.)

Y. hat bis Mitte Januar 1908 im ganzen 238mal die perineale Prostatektomie ausgeführt. Unter den letzten 112 Operationen war kein Todesfall. Im ganzen beträgt Y.'s Mortalität 7 Fälle gleich 2,9%.

Blasensteine waren 10mal vorhanden, in 75% schwere Cystitis. Das Alter der Operierten schwankt im wesentlichen zwischen 50 und 80 Jahren, über 80 Jahre alt waren 2, unter 50 Jahren 6 Pat., 8 waren schwerkrank, 2 waren Apoplektiker. In 6 Fällen war über 1 Liter Residualharn, 6 waren bereits urämisch. Andere hatten hochgradige Herzschwäche, Lungentuberkulose und andere Krankheiten. Kein Pat. wurde vom Verf. wegen zu schlechten Kräftezustandes wieder fortgeschickt, es handelt sich also keineswegs um ausgesuchtes Material.

Unter den letzten 103 Fällen ist keine Rekto-Urethralfistel vorgekommen. Die Dammfisteln heilten in der Regel binnen 2 Wochen, da Verf. in den letzten Jahren den Tampon bereits am Tage nach der Operation wegnimmt und nicht erneuert. Nur in 2 Fällen blieb Inkontinenz zurück. Kein Pat. bedarf noch des Katheters. Die meisten Operierten wurden in ihren sexuellen Funktionen gar nicht geschädigt, da Y. die Sphinkteren und die Ductus ejaculatorii nicht zu verletzen pflegt. Bei 5 Pat., denen die sexuellen Funktionen vor der Operation verloren gegangen waren, stellten sie sich nach derselben wieder ein.

Am Tage nach dem Eingriff kommen die Operierten aus dem Bett und müssen nach wenigen Tagen bereits umhergehen. Mit bestem Erfolge hat Y. 17 Fälle von Prostatitis chronica der Totalexstirpation unterworfen.

20% aller wegen prostatischer Beschwerden zum Verf. gekommenen Pat. hatten ein Karzinom; aber nur 6 von ihnen konnten noch operiert werden. Von diesen sind 2 nach 3 Jahren noch gesund. Die Beschwerden der 87 in Beobachtung des Verf.s gewesenen Karzinomatösen waren meist nicht solche von seiten des Harnapparates, sondern neuralgische Erscheinungen mannigfacher Art. Bei Operationen von Karzinomen geht Verf. sehr weit: er opfert prinzipiell auch die Samenblasen, die vorderen zwei Drittel des Trigonum und ein Stück des Blasenhalses.

W. v. Brunn (Rostock).

46) **Giudice.** Intervento chirurgico in un caso di ferita intraperitoneale della vescica per colpo di arma da fuoco.

(Congr. sanit. 21. Dezbr. 1908. — Morgagni 1908. III. Nr. 18.)

Das Geschoß eines in die rechten Nates eingedrungenen Revolverschusses findet sich in der linken Leiste. Der Katheter entleert blutigen Urin, und es bestehen die Zeichen innerer Blutung. Bei der Laparotomie findet sich in der hinteren Blasenwand links die Wunde, die durch eine doppelte Naht geschlossen wird. 10 Tage bleibt ein Verweilkatheter liegen. Nach 25 Tagen wird Pat. geheilt entlassen. **Dreyer** (Köln).

47) **Stirling.** The treatment of early tuberculosis of the bladder.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1908. März 20.)

S. hat Blasentuberkulose im Frühstadium, durch Infektion von der Harnröhre aus entstanden, in einer Anzahl von Fällen mit guten Resultaten folgendermaßen behandelt: täglich mehrere Monate lang Instillationen einer 20%igen Protargollösung in die hintere Harnröhre und Blase mit der Ulzmann'schen Spritze, dabei Bettruhe, Freiluftbehandlung, Mastkur usw. In einzelnen Fällen schienen gleichzeitige Tuberkulineinspritzungen von Nutzen zu sein. **Mohr** (Bielefeld).

48) **Jerie.** Eine Modifikation der Aufnahmetechnik bei der Skiagraphie der Blasensteine.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Die Röntgenographie nimmt bei der Diagnostik der Steine und Fremdkörper in der Harnblase nicht den ersten Platz ein, da man diese oft durch Tastung, meist mittels der Sonde, sicher mit Hilfe des Cystoskops, nachweisen kann.

Abgesehen davon, daß diagnostische Irrtümer durch die Beckenflecken zustande kommen können, sind bei der Durchleuchtung technische Schwierigkeiten zu überwinden, die darin bestehen, eine mehr oder weniger mächtige Schicht von Weichteilen, besonders oft von großen Fettmassen, zu durchdringen. Erleichtert wird die Aufnahme in diesen Fällen durch die Kompressionsblende von Albers-Schönberg.

In einem Falle hat Verf. bei einer Frau eine günstige Aufnahme in der Weise erreicht, daß er eine durch schwarzes Papier und Billrothbattist geschützte Platte in die Scheide der Frau einführte. Diese Methode hat natürlich den großen Vorteil, daß bei der Durchleuchtung die ganze hintere Beckenwand und die dicken Weichteilschichten des Gesäßes wegfallen.

Natürlich kann sie nur Anwendung finden bei Frauen mit weiter Vagina.

Verf. konnte übrigens diese Methode auch bei einer Frau mit rechtsseitigem Eierstockstumor anwenden; auf der Platte sah man einen zweiten Schatten in dem Schatten der Geschwulst. Durch die Operation wurde bestätigt, daß es sich um eine Dermoidcyste mit einem Knochen im Innern handelte.

Gaugele (Zwickau).

49) **E. A. Balloch.** Hematuria in pregnancy.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Der Verf. erkennt die idiopathische Hämaturie nur in den zwei Fällen von Schede und Klemperer an, während er für alle anderen Fälle eine pathologisch-anatomische Grundlage für die Nierenblutung als erwiesen betrachtet. In einem selbst beobachteten und ausführlich beschriebenen Falle handelte es sich um eine Hämaturie, die B. auf Kongestion durch wiederholte, rasch aufeinander folgende Schwangerschaften zurückführt. Eine 31jährige Frau, die im Laufe von 10 Jahren 9mal schwanger war (7mal lebende Kinder, 2mal Fehlgeburten), hatte während jeder Schwangerschaft geschwollene Füße. Gegen Ende der sechsten Gravidität zeigte sich zum erstenmal 10 Tage lang Blut im Urin, das nach der Entbindung schwand. In der darauf folgenden Schwangerschaft bestand keine Blutung, die erst im letzten Drittel der achten Gravidität wieder erschien, um auch nach der Entbindung nicht ganz zu schwinden. Cystoskopisch konnte die Quelle der Blutung in der linken Niere festgestellt werden, weshalb die Nephrektomie vorgenommen wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Glomerulonephritis. Kurz nach der Operation wurde Pat. abermals schwanger. Es kam wiederum zur Hämaturie, die nach der Entbindung aufhörte und niemals hochgradig war. Trotzdem kommt Verf. zum Schluß, daß er in analogen Fällen zuerst die Enthülsung oder Nephrotomie versuchen würde, um die Niere, wenn irgend möglich, zu erhalten.

Die in solchen Fällen gewiß berechtigte Einleitung der künstlichen Frühgeburt bzw. die Verhinderung der Konzeption wird merkwürdigerweise nicht vorgeschlagen. (Der Ref.)

Strauss (Nürnberg).

50) **Kelly.** Anuria and nephrostomy by the ureter.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. Februar.)

Verf. hatte wegen Uteruskarzionoms eine Totalexstirpation vorgenommen, die von Rezidiv gefolgt war. Es entwickelte sich eine Pyonephrose der rechten Niere bei guter Funktion der linken. Exstirpation der total zerstörten rechten Niere. Anurie mit schweren Ödemen.

Sofort nach Einführen des Harnleiterkatheters begann eine überaus reichliche Absonderung aus der linken Niere, die aber nach Entfernung des Katheters sofort aufhörte. Der Katheter mußte dauernd liegen gelassen werden.

Die Ursache für die Stenose war Kompression durch das Geschwulstrezidiv, an dem Pat. schließlich starb. **M. v. Brunn** (Rostock).

51) **Kunith.** Ein Fall von primärer Nierenaktinomykose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 181.)

K. hat über den von Neumann im Berliner Friedrichshain-Krankenhause operierten Fall in der Berliner Chirurgenvereinigung vorgetragen, und verweisen wir auf den darauf bezüglichen Bericht in unserem Blatte, laufender Jahrgang p. 49. Vorliegende Arbeit bringt nähere Daten sowie eine kolorierte makro- und mikroskopische Abbildung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

52) **M. Levy.** Sur un cas de tumor fibreuse de la vaginale avec recidive.

(Province méd. 1908. Nr. 12.)

L. berichtet über einen Fall einer fibrösen Geschwulst der Tunica vaginalis testis. Vor 15 Jahren hatte Tédenat eine faustgroße bindegewebige Geschwulst entfernt, die mit dem Hoden nicht zusammenhing und von der Scheidenhaut ausging. Die Geschwulst wurde damals abgetragen und der Hode mit entfernt. Nun trat ein viel größeres Rezidiv auf, das im Anschluß an eine Blennorrhöe schnell die Größe eines Mannskopfes erreichte. Tédenat exstirpierte die von einer Kapsel umgebene fibröse Geschwulst. Diese Geschwülste sind selten; noch seltener Rezidive. Ihr Ausgangspunkt steht nicht fest, doch führt man sie auf das Bindegewebe des Tubernaculum Hunteri zurück. Die Möglichkeit einer sarkomatösen Entartung erheischt den chirurgischen Eingriff. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

53) **F. Moty.** Le drainage systématique, comme moyen prophylactique des phlébites post-opératoires.

(Semaine méd. 1908. Nr. 12.)

Nach der Statistik von Cordier tritt die Phlebitis nach abdominaler Uterusexstirpation wegen Myom mit primärem völligen Verschluß der Bauchhöhle sehr viel häufiger auf als nach vaginaler Entfernung. Gerster sieht als Grund hierfür die Tatsache, daß nach vaginaler Exstirpation eine natürliche Drainage der Bauchhöhle vorhanden ist, und daß letztere so leichter mit einer etwaigen Infektion fertig wird. Da nun die Phlebitiden nach aseptischen Bauchoperationen Folge von Infektionen sind, so verschloß M., um eine Ableitung der Wundprodukte zu ermöglichen, die Bauchhöhle grundsätzlich nicht, führte vielmehr stets ein feines Drain ein. In vorliegender Arbeit stellt er seine Operationsresultate nach festem Verschluß der Bauchhöhle denen nach Drainage gegenüber. Während er früher 1,1% Phlebitis sah, hat er jetzt keinen Fall, allerdings nur unter 400 Operationen.

Coste (Breslau).

54) **Lindenstein.** Über Extra-uterin-Gravidität.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 611.)

Im Nürnberger Krankenhause wurden 19 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft operiert, unter denen sich 13 Eileiterzerreißungen mit akuter Blutung befanden. 14 wegen Verblutungsgefahr sofort operierte Pat. wurden alle gerettet. Bei dringlichen Fällen wird der mediane Längsschnitt gemacht und auf die Auswaschung der Bauchhöhle verzichtet. Bei Fällen von tubarem Abort ohne akute Blutung oder bei Molenbildung wird der Pfannenstiel'sche Querschnitt bevorzugt. Vor vaginalen Operationen ist im allgemeinen dringend zu warnen.

Reich (Tübingen).

Berichtigung: Auf p. 678 Z. 6 von unten ist hinter Todesfall einzuschalten »an Peritonitis«.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 26. Sonnabend, den 27. Juni 1908.

Inhalt.

Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.
Direktor: Prof. Dr. Küttner.

Über Antifermentbehandlung eitriger Prozesse ohne Inzision.

Von

Dr. Alfred Peiser, Assistent der Klinik.

Auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß[1] habe ich gemeinsam mit Eduard Müller über Antifermentbehandlung eitriger Prozesse berichtet. Ich hatte die günstigsten Resultate bei abszedierenden Eiterungen, bei denen das Antiferment am ausgiebigsten mit dem Eiterherd in Berührung kommt, und sagte bereits damals, daß in diesen Fällen ein verhältnismäßig kleiner Hautschnitt genügt.

Es lag nun nahe, an Stelle des kleinen Hautschnittes die einfache Punktion des Eiters mit folgender Antifermentausspülung des Abszesses vermittels der Punktionsspritze zu setzen. Ich ging folgendermaßen vor: Nach Reinigung der Haut Einstich an der Stelle deutlichster Fluktuation mit starker Kanüle und Ansaugen des Eiters mit

[1] Vgl. auch Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.

gut saugender Spritze. Nachdem der Eiter möglichst entleert, Injektion von Antifermentserum, stets mehrere Kubikzentimeter weniger als die entleerte Eitermenge beträgt, um jeden Druck im Entzündungsherde zu vermeiden. Dieses Serum wurde mit der Spritze nach einigen Minuten wieder herausgesaugt, weil mit ihm gewöhnlich noch Eiter herauskommt. Darauf nochmalige Injektion neuen Serums. Ich hatte anfangs gefürchtet, daß trotz der bakteriziden Kraft des Antifermentserums dasselbe in dem geschlossenen Eiterherde allmählich ein Nährboden für die Bakterien werden könnte, zumal in Eiterherden die Resorption verlangsamt ist. Ich zog deshalb anfangs auch das letztinjizierte Serum mit der Spritze wieder heraus und legte einen feuchten Verband an. Nachdem ich mich jedoch allmählich überzeugt hatte, daß ein nicht geringer Teil des Serums sich doch nicht wieder entleeren ließ, und keinerlei Schaden dadurch entstand, änderte ich die Technik dahin, daß ich das als letztes injizierte Serum in der Abszeßhöhle ließ. Die Resultate waren ausgezeichnet. Ich führe kurz nur zwei Beispiele an.

1) Ernst M., 18 Jahre alt. Vor 3 Wochen kleine harte Stelle an der Innenseite des rechten Ellbogens, allmählich zunehmende Schwellung und Rötung, Schmerzen in der Achselhöhle.

Befund: 19. Mai. Handtellergroße Rötung an der Innenseite des rechten Ellbogens, außerordentlich druckempfindlich. In der Tiefe deutliche Fluktuation. Achseldrüsen vergrößert und schmerzhaft. Entleerung von 6 ccm dickflüssigen Eiters durch Punktion. Injektion von Serum, das zum Schluß wiede rentleert wird.

20. Mai. Noch sehr starke Infiltration in der Umgebung der Punktionsstelle, jedoch nur ganz geringe Druckempfindlichkeit. Punktion an derselben Stelle ergibt nur wenige Tropfen trüb-seröser Flüssigkeit.

21. Mai. Schwellung fast völlig geschwunden, keine Druckempfindlichkeit, keine Spur von Fluktuation. Salbenverband.

22. Mai. Geheilt entlassen.

2) Marie H., am 10. Mai 1908 in der Frauenklinik entbunden. Am 22. Mai Schmerzen in der linken Brust, mit Alkoholumschlägen vergeblich behandelt. Deshalb Verlegung in die chirurgische Klinik.

Befund: Zwischen den beiden oberen Quadranten der linken Mamma handtellergroße, sehr druckempfindliche Rötung, in der Mitte und besonders nach der Mammilla zu deutliche Fluktuation.

27. Mai. Entleerung von 22 ccm Eiter, Injektion von 10 ccm Serum, das nicht entleert wird.

28. Mai. Temperatur abgefallen, Entleerung von 18 ccm dünnflüssigen Eiters, Injektion von Serum. Dieser Eiter zeigt auf der Serumplatte deutlich geringeren Antifermentgehalt als der erste. In den nächsten 2 Tagen vor- und nachmittags je einmal Entleerung der allmählich geringer werdenden Eitermenge, stets an derselben Stelle Punktion und Injektion von Serum. In der Zwischenzeit Eisblase auf die Brust. Temperatur normal.

31. Mai. Kein Eiter mehr, allmähliches Zurückgehen der Infiltration.

3. Juni. Ohne Narbe geheilt entlassen.

Ich behalte mir vor, eine größere Anzahl von Krankengeschichten in einer in Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie erscheinenden Arbeit zu bringen, die ich gemeinsam mit Eduard Müller über die Technik der Antifermentbehandlung veröffentlichen werde.

Ich bin dann dazu übergegangen, auch mehr phlegmonöse Prozesse, sodann tiefliegende Drüsenabszesse mit starker entzündlicher Infiltration der Umgebung mit Punktion und Injektion von Antifermentserum zu behandeln. Auch diese mit Erfolg. Nur tritt hier

meist nicht sofortiger Abfall der Temperatur ein. Die Pat. fiebern noch einige Tage, und die Infiltration bildet sich nur ganz allmählich zurück. Immerhin bewiesen mir diese Fälle, daß man in der Tat die Inzision vermeiden kann, und das ist vom kosmetischen Standpunkt oft von besonderer Wichtigkeit. So hatte ich u. a. die Freude, bei einem Mädchen einen pflaumengroßen Abszeß im Gesicht ohne jede Narbe heilen zu sehen. Ich möchte besonders betonen, daß die sog. schwappenden Abszesse mit verdünnter bläulicher Haut, die dem Durchbruch nahe ist, durchaus nicht, wie man zunächst annehmen sollte, die besten Fälle für die Antifermentbehandlung sind, und zwar deshalb, weil hier neben dem eitrigen Prozeß in der Tiefe noch der nekrotisierende Prozeß in der Haut spielt.

Um übrigens unliebsamen Prioritätserörterungen vorzubeugen, möchte ich folgendes bemerken. Ich bin weit davon entfernt zu behaupten, daß ich der erste bin, der Abszesse mit Punktion behandelt. Neu ist nur, daß ich die Injektion von Antifermentserum als Heilfaktor zur Behandlung hinzufüge, basierend auf der theoretisch-experimentellen Grundlage, die ihr Eduard Müller gegeben hat. Die Behandlung eitriger Prozesse ohne Inzision ist die erste Frucht, die die Antifermentbehandlung von vornherein zu liefern versprach. Nachdem die Studien über das Karzinom und die Karzinomkachexie ergeben haben, daß mit großer Wahrscheinlichkeit auch hier gewisse Fermente eine wichtige Rolle spielen, sind wir auf Veranlassung von Herrn Prof. Küttner augenblicklich mit Versuchen über Ferment- und Antifermentbehandlung von malignen Tumoren in der Klinik beschäftigt, ohne daß wir uns zunächst ein abschließendes Urteil erlauben wollen.

Anm.: Als Antifermentserum wurden in allen Fällen sehr eiweißreiche, menschliche Punktionsflüssigkeiten aus Brust- und Bauchhöhle benutzt, die durch bakteriensichere Porzellan- bzw. Berkefeldfilter vollkommen keimfrei gemacht und auf hohen Gehalt an Antiferment mit Hilfe des Plattenverfahrens von E. Müller geprüft waren.

---

1) **A. Cuff.** Primary pneumococcic peritonitis.

(Brit. med. journ. 1908. April 18.)

Es gibt primäre, eitrige Peritonitiden, in denen es durchaus nicht gelingt, einen Einbruchsherd in den Baucheingeweiden nachzuweisen. Dazu gehört die Pneumokokkenperitonitis, die meist weibliche Kinder betrifft. C. berichtet kurz über fünf solche Fälle aus eigener Beobachtung: ein Mann und vier Frauen im Alter von 17—42 Jahren. Sie wurden alle operiert mit drei Todesfällen. Durch Studium seiner eigenen Beispiele und derjenigen der Literatur kommt C. zu folgenden Schlüssen: Eine akute Peritonitis kann der einzige Herd einer allgemeinen Pneumokokkeninfektion sein. Andere Organherde können ihr folgen. Bezeichnend und diagnostisch wertvoll sind der plötzliche Beginn ohne voraufgegangene Bauchsymptome, das Auftreten von

Durchfällen, frühe Allgemeinvergiftung. Die Prognose ist äußerst ernst. Die Theorie, die als Eingangspforte Scheide und Tube annimmt, lehnt C. ab; er hält vielmehr die Peritonitis nur für den örtlichen Ausdruck einer allgemeinen Blutinfektion.

Weber (Dresden).

---

2) **Propping.** Über die klinische Bedeutung der Differenz zwischen Rektal- und Axillartemperatur, speziell bei Peritonitis. (Aus der chirurg. Klinik des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M. Prof. L. Rehn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Die Untersuchungen ergaben folgendes: Der abnorm große Temperaturunterschied (um 1° und mehr) zwischen Mastdarm und Achselhöhle wird beim gesunden wie beim fiebernden Organismus durch niedrige Axillartemperatur hervorgerufen; er ist umgekehrt porportional der Größe der Wärmebildung in den Muskeln. Er kommt bei allen fieberhaften Krankheiten vor, bei Peritonitis — auf der Höhe der Erkrankung — in etwa 1/4 der Fälle und ist bei dieser Erkrankung prognostisch von ernster Bedeutung.

Kramer (Glogau).

---

3) **A. Krogius** (Helsingfors). Über die chirurgische Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.

(Sammlung klin. Vorträge 467/468.)

K. berichtet über seine seit 1901 an 180 genau mitgeteilten Fällen (84 †) von diffuser eitriger Peritonitis gesammelten Erfahrungen. Von jenen beziehen sich 128 auf vom Wurmfortsatz ausgegangene Peritonitiden (76% der bis 36 Stunden nach der Erkrankung operierten Fälle geheilt; im ganzen 54% Heilungen), 22 auf Peritonitiden infolge Magengeschwürsdurchbruch (50% der bis 24 Stunden nach dem Durchbruch operierten geheilt, im ganzen 41% Heilungen) und 30 auf Peritonitiden verschiedenartigen (weibliche Genitalien, subkutane Darmruptur, Typhusgeschwüre usw.) Ursprunges (57% der bis 24 Stunden nach der Erkrankung operierten geheilt; im ganzen 40% Heilungen). Verf.s Standpunkt ist folgender:

Die diffuse eitrige Peritonitis ist eine chirurgische Affektion, die nur durch operative Behandlung wirksam bekämpft werden kann. Die erste Bedingung, um hierdurch günstige Resultate zu erzielen, ist eine frühzeitige Diagnose der Krankheit, sowie eine darauf basierte frühzeitige Operation derselben. Eine sichere Diagnose kann in den meisten Fällen schon innerhalb der ersten Stunden nach der Erkrankung gestellt werden, und zwar auf Grund der schweren Bauchschmerzen, der Muskelspannung und Empfindlichkeit über dem Bauche, der (im Mastdarm zu messenden) Temperatursteigerung bzw. der Hyperleukocytose, des beschleunigten Pulses, des schwer angegriffenen Aussehens des Pat., des Erbrechens usw. In jedem Falle, wo ein Pat. unter stürmischen Bauchschmerzen erkrankt ist und Muskelspannung

sowie Empfindlichkeit über dem Bauche nebst sonstigen Symptomen darbietet, die den Verdacht auf eine beginnende Peritonitis entstehen lassen, ist der zuerst geholte Arzt verpflichtet, wo dies geschehen kann, einen Chirurgen herbeizurufen, der von nun an die Verantwortung für die richtige Behandlung des Falles zu übernehmen hat. Die operative Behandlung muß in erster Linie darauf hinausgehen, die Infektionsquelle aufzusuchen und zu entfernen bzw. abzuschließen, sowie das septische Exsudat zu entleeren; zu diesem Zwecke sind große, gegebenenfalls mehrfache Bauchschnitte erforderlich. Hinsichtlich der Zweckmäßigkelt von Ausspülungen der Bauchhöhle zu Desinfektionszwecken sind die Ansichten der Chirurgen sehr geteilt. Bindende Beweise für die Nützlichkeit und Notwendigkeit der Ausspülungen dürften nicht erbracht worden sein; dagegen ist aus guten Gründen zu befürchten, daß sehr prolongierte und reichliche Ausspülungen schädlich wirken können, indem sie die Operation übermäßig verlängern und in gewissen Fällen zur weiteren Ausbreitung der Infektion beitragen können. Nur in solchen Fällen erscheint der Nutzen der Ausspülungen unzweifelhaft, wo es sich darum handelt, chemisch reizende Flüssigkeiten (z. B. sauren Mageninhalt) oder fremde feste Partikeln aus der Bauchhöhle wegzuspülen. Das hauptsächlichste Mittel zur Bekämpfung der peritonealen Infektion muß in jedem Falle die Drainage der Bauchhöhle werden, wodurch die infektiösen Produkte fortdauernd abgeleitet werden. Das wirksamste uns bisher zu Gebote stehende Mittel sind ohne Zweifel große, nach v. Mikulicz angelegte Tampons, durch welche auch die Beckenhöhle ausgiebig trockengelegt werden kann. Bei Frauen läßt sich diese auch durch eine Röhre drainieren, welche durch eine im hinteren Scheidengewölbe angelegte Gegenöffnung eingeführt wird. Desgleichen eignen sich Drains, die durch hinten angelegte Gegenöffnungen eingeführt werden, gut zur Ableitung des Exsudates von den Lendengegenden und den subphrenischen Räumen. Bei der Nachbehandlung besitzen wir in den intravenösen Salzwassereingießungen ein unschätzbares Mittel, um dem Organismus Flüssigkeit zuzuführen und zu gleicher Zeit die Herztätigkeit anzuregen. Selbst in den Fällen, wo bereits Kollapserscheinungen eingetreten sind, gelingt es bisweilen noch, durch standhaft fortgesetzte derartige Eingießungen die Kräfte des Pat. so lange zu erhalten, bis die peritonitischen Symptome nachgelassen haben. — Wenn nach der Operation eine totale Verstopfung mit Meteorismus und Erbrechen eintritt und diese Symptome unter Einwirkung der gewöhnlichen Mittel nicht weichen wollen, so darf man nicht zögern, durch Anlegung einer Darmfistel an einer geblähten Darmschlinge den ausgedehnten Darm womöglich zu entlasten. Die Fistel wird am zweckmäßigsten nach Witzel's Schrägkanalmethode hergestellt.

Die Ergebnisse der wegen diffuser Peritonitis vorgenommenen Operationen gestalten sich im allgemeinen günstig, wenn die Operationen frühzeitig, binnen der ersten 12—24 bis höchstens 36 Stunden nach der Erkrankung ausgeführt werden, indem dann, wenigstens

in den vom Wurmfortsatz ausgehenden Fällen, bei der Mehrzahl der Pat. Genesung erfolgt. Nach dieser Zeit werden die Ergebnisse wesentlich ungünstiger; aber auch von den später operierten Kranken kann noch ein, wenn auch geringerer Teil durch die Operation gerettet werden.

Um für die Peritonitisbehandlung eine feste theoretische Grundlage zu gewinnen und zugleich für dieselbe neue Anregungen und Gesichtspunkte zu ermöglichen, wäre es zu wünschen, daß die Frage von der Bakteriologie der Peritonitiden unter spezieller Berücksichtigung der anaeroben Bakterien zum Gegenstande erneuter, eingehender Untersuchungen gemacht würde. **Kramer** (Glogau).

---

4) **N. Bardescu** (Bukarest). Die inguinale Methode für die Operation der Schenkelhernie.

(Revista stiintzelor med. 1908. Januar—Februar.)

Die Operation der Schenkelbrüche auf inguinalem Wege gibt die besten Resultate; Verf. hat nach derselben an 22 Pat. 28 Hernien mit bestem Erfolg operiert. Der Eingriff hat den Vorzug der Einfachheit und den, daß ein breites, gut beleuchtetes Operationsfeld geschaffen wird, außerdem kann durch Eröffnung des Bauchperitoneums eine gute Ablösung aller Verwachsungen des Sackes durchgeführt, der Sack hoch oben abgebunden werden, und durch eine vollkommene Schließung des Schenkelringes werden gute Verhältnisse für die Radikalkur geschaffen. Die Operation besteht im großen und ganzen in Eröffnung des Leistenkanals, in Präparierung, in Loslösung und Überführung des Sackes in die Leistengegend, Eröffnung und Naht desselben und schließlicher Naht des Schenkelbogens an das Cooper'sche Band. Die Operation wird schließlich nach der Bassini'schen Radikalmethode beendet. **E. Toff** (Braila).

---

5) **Holzknecht** und **Jonas.** Die radiologische Diagnostik der intra- und extraventrikulären Tumoren und ihre spezielle Verwertung zur Frühdiagnose des Magenkarzinoms. 125 S.

Wien, **M. Perles,** 1908.

Nachdem Rieder im Jahre 1904 die Möglichkeit der röntgenographischen Aufnahme des Magens gezeigt hatte, haben Verff. die röntgenologische Magenuntersuchung weiter methodisch ausgebaut und ihr speziell durch planmäßige Vervollkommnung der Röntgenoskopie zu großen Erfolgen verholfen. Am Schluß des zweiten Teiles ihrer Arbeit betonen sie besonders die Wichtigkeit der röntgenoskopischen Untersuchung im Gegensatze zu anderen Autoren, welche die röntgenographische Aufnahme für ausreichend erachten. Wer noch an der Richtigkeit der H.-J.'schen Anschauung zweifelt, wird sich an der Hand der zahlreichen schematischen Schirmpausen leicht über-

zeugen lassen, daß ein einzelnes, aus den verschiedenen Füllungs- und Bewegungsphasen durch Röntgenographie herausgeschnittenes Bild leicht zu Fehldiagnosen Anlaß geben kann, daß zu einer exakten Deutung mindestens eine länger dauernde Röntgenoskopie gehört, ergänzt durch eine ganz bestimmte Technik, welche Verff. allmählich ausgebildet haben. Sie besteht im wesentlichen darin, daß sie zunächst Wismutwasser trinken lassen, dessen Vorschreiten verfolgen, dann, noch ehe die Magenperistaltik einsetzt, durch bestimmte effleurageähnliche Bewegungen den Inhalt in und aus dem Magen zu verschieben suchen. Dann wird sogleich Wismutbrei gegeben, und Form, Grenzen usw. des Magenausgusses beobachtet. Massagebewegungen, event. auch Lagewechsel, suchen nun etwa ungefüllt gebliebene Teile zu füllen, die Beziehungen zu etwa fühlbaren Geschwülsten oder Verwachsungen mit anderen Teilen (Leber, Zwerchfell, Bauchwand, Kolon u. a.) festzustellen. Gleichen Zwecken dienen Baucheinziehen und Inspiration. So ist es den Verff. in stufenweisem Vorwärtsschreiten gelungen, zunächst den Sitz, event. auch die Ausdehnung fühlbarer Magengeschwülste zu erkennen, dann auch nicht fühlbare, klinisch vermutete Magengeschwülste zu diagnostizieren, schließlich auch die Differentialdiagnose zwischen extra- und intraventrikulärem Sitz von Geschwülsten und ebenso anderer klinischer Erscheinungen, wie Druckempfindlichkeit, Meteorismus, Verwachsungen, zu stellen. Die mitgeteilten Fälle sind fast alle durch Schirmpausen erläutert.

Schade ist es, daß gerade im zweiten Teile (Diagnose nicht tastbarer Geschwülste) nur wenige Fälle durch Operation oder Autopsie als richtig gedeutet sichergestellt werden konnten.

Das Buch bietet eine solche Fülle von wichtigen und interessanten Ergebnissen, daß sie im einzelnen hier nicht besprochen werden können. Wir dürfen vielleicht hoffen, bei systematischer Anwendung dieser neuen Untersuchungsart einer Frühdiagnose der Magengeschwülste näher zu kommen, als es die bisherigen klinischen Methoden erlaubten, und somit einen vermittelnden Weg zwischen dem Chirurgen, welcher womöglich gleich eine Probelaparotomie machen möchte, und dem Internen, der erst bei klinisch sicherer Diagnose operieren lassen will, zu finden.

Renner (Breslau).

---

6) **B. Baisch.** Radiologische Untersuchungen des gesunden und kranken Magens.

(Med. Klinik 1908. p. 613.)

B. gibt für die Prüfung der motorischen und sekretorischen Tätigkeit, der Lage- und Formverhältnisse des mit Wismutbrei gefüllten gesunden oder kranken Magens der Röntgenoskopie mit Zuhilfenahme der Schirmpause den Vorzug vor der Röntgenographie. Krankengeschichten mit Skizzen des auf dem Leuchtschirm erhobenen Befundes erläutern die Anwendung des Verfahrens auf die operative Chirurgie. Es vermag zur frühzeitigen Erkennung der Neubildung

allerdings nur wenig beizutragen, bietet aber eine wertvolle Ergänzung für die klinischen Untersuchungsarten. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

7) **Nicoletti.** Effetti dell' ablazione delle tuniche muscolari dell' intestino nel cane.

(Policlinico Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

In einer breit angelegten, ausführlichen Arbeit kommt Verf. auf Grund von 20 Experimenten an Hunden zu nachstehenden Schlüssen:

1) Die Wegnahme von Serosa und Muscularis des Dünndarmes bedingt nicht die Gefahr der Perforation, vorausgesetzt, daß die Muscularis mucosae und der Mesenterialansatz unversehrt bleibt.

2) Die Heilung des Substanzverlustes erfolgt ohne Nekrose, ohne Entzündungserscheinungen auf dem Wege der Granulation im Laufe von 8—10 Tagen.

3) Die partielle Entfernung der Darmwand führt nicht zur Durchwanderung von Keimen aus der Darmlichtung, solange die Schleimhaut unverletzt ist.

Ausführliche Schilderung der experimentellen Technik, genaue histologische und bakteriologische Befunde und kritische Würdigung aller beobachteten Tatsachen machen die Arbeit recht beachtenswert.

Strauss (Nürnberg).

---

8) **P. Carnot** (Paris). Les greffes muqueuses: application au traitement des ulcères gastriques.

(Société de biologie 1908. Mai 2.)

Falls man auf künstliche Weise ein Magengeschwür erzeugt, so wird der Substanzverlust durch das Zusammenziehen der Ränder gedeckt, was bei einem kleinen Geschwüre zur Heilung vollständig genügt. Bei größeren Geschwüren bleibt die Mitte von Schleimhaut entblößt, während die Ränder ein strahliges Aussehen gewinnen. Werden nun auf die schleimhautlosen Stellen Stückchen von Schleimhaut gebracht, so wachsen dieselben an, ihre Drüsen verschwinden, doch das Epithelium proliferiert, und es bilden sich derart Inseln von lebender Schleimhaut, von welchen aus die Heilung rasch fortschreitet.

E. Toff (Braila).

---

9) **Clark.** Surgical phases of enteroptosis.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 4.)

C. faßt den Begriff der Enteroptosis etwas weiter als bei uns, indem er dazu auch Verlagerungen der Baucheingeweide durch Strangbildung, Netzhernien u. dgl. rechnet. Die Enteroptose ist zunächst eine mit inneren und mechanischen Mitteln zu behandelnde Krankheit; nur in solchen Fällen, die nach deren sorgsamer Durchführung nicht gebessert werden, oder bei denen sich von vornherein durch die ganze Natur des Leidens deren Nutzlosigkeit voraussehen läßt, soll operiert werden. Stets muß zu genauer anatomischer Diagnose das Röntgen-

verfahren herangezogen werden. Enteroptosen, die auf angeborener Anlage beruhen, sind ungeeignet für die Operation. Die nach Geburten durch Rectusdiastase erzeugten Enteroptosen werden sehr günstig beeinflußt durch den exakten Verschluß des Spaltes zwischen den Rectis, wenn dieser noch nicht zulange bestanden hat. Man kann gleichzeitig das Querkolon durch Annähen des Netzes an die Bauchwand aufhängen. Bei einer Gastroptosis bringt die Verkürzung der Ligg. gastrica guten Erfolg. Tiefe Senkung des Querkolon mit Kotstauung kann nur durch Resektion der herabhängenden Schlinge beseitigt werden. Das S romanum kann man, wenn es nur mäßig vergrößert und geschlängelt ist, aufhängen; wenn es sehr stark vergrößert ist und hochgradige Verstopfung mit drohendem absoluten Verschluß besteht, muß es reseziert werden. **Trapp** (Bückeburg).

---

10) **B. Robinson.** Arteria mesenterica proximal.
(Physician and surgeon 1908. Nr. 1.)

Die Abhandlung ist dem Teil der Art. mes. sup. gewidmet, der den Dünndarm versorgt. Folgende Sätze seien aus den Ausführungen hervorgehoben:

1) Die spiralige Krümmung des Stammes der Art. mes. sup. um seine Längsachse, welche wahrscheinlich durch den Ursprung der Äste im ganzen Bereiche der Peripherie und entwicklungsgeschichtliche Einflüsse bedingt ist, spielt möglicherweise eine wesentliche Rolle beim Dünndarmvolvulus.

2) Der Stamm der Art. mes. sup. verläuft senkrecht über die ventrale Fläche des distalen querverlaufenden Duodenalteiles. Da letzterer fixiert in der Gabel zwischen Aorta und Art. mes sup. liegt, so muß er bei Enteroptose und dadurch bedingtem Zug an der Mes. sup. komprimiert werden. Es resultiert daraus schließlich eine Dilatatio gastroduodenalis.

3) Das distale Ileum besitzt die schlechteste Blutversorgung von allen Teilen des Darmkanals, mit Ausnahme des Wurmfortsatzes.

4) Die Anastomosen im Circulus ileocolicus, der ein konstantes Gebilde von konstanter Lokalisation ist, sind so gut ausgebildet, daß bei Verlegung entweder der Ileocolica oder der Iliaca der kollaterale Kreislauf ausreicht.

Unter 65 Obduktionen fand R. folgende Anomalien: gemeinsamer Ursprung mit A. coeliaca, einmal; Ursprung der rechten A. renalis aus der Mes. sup., einmal; Ursprung eines Zweiges zur Leber aus der Mes. sup., zweimal; Zweig zur A. coeliaca, sechsmal; Zweig zur A. mes. inf., einmal. Zehn vorzügliche Skizzen sind der Arbeit beigegeben. **Kranepuhl** (Kassel).

---

11) **E. Payr.** Der entzündete Hämorrhoidalknoten und seine Behandlung.

(Med. Klinik 1908. p. 649.)

Die Möglichkeit echter Angiom- und Kavernombildung in der Aftergegend ist nicht zu leugnen; in der erdrückenden Mehrzahl beruhen indessen die Hämorrhoiden auf einer mechanisch hervorgerufenen Erweiterung und folgenden krankhaften Umwandlung im Bereiche des Mastdarm- und Aftervenennetzes. Von dem klinischen Verlaufe der Gefäßgeschwulstbildungen unterscheiden sich die Hämorrhoiden in mehreren Punkten sehr wesentlich.

Von der Annahme einer Phlebektasie und Thrombophlebitis ausgehend, empfiehlt P. den sog. Hämorrhoidalanfall, dessen Entstehung und Erscheinungen geschildert werden, entweder — im Beginn — abwartend täglich mit dreimaligen Sitzbädern von 40° C und 20 bis 30 Minuten Dauer, milden Abführmitteln, kleinen Öleinläufen und nachfolgenden Reinigungssitzbädern oder besser mit Spaltung und Ausräumung des äußeren und intermediären thrombosierten Knotens zu behandeln. Die Operation erfolgt unter örtlicher Schmerzbetäubung mit 2—3%igem Kokain und Suprareninzusatz. Vor Schleich'scher Lösung wird gewarnt. Die Technik der Einspritzungen und des operativen Vorgehens (Schnittführung) ist eingehend geschildert und durch Abbildungen erläutert. Der ausgeräumte Hohlraum wird mit einem Streupulver aus Jodoform und Anästhesin je 3, Cocain. mur. 0,3 g ausgefüllt, um den Nachschmerz zu beseitigen. Größte Reinlichkeit in der Nachbehandlung ist erforderlich. Weitere entzündliche Nachschübe sind nach dieser Operation nie mehr aufgetreten.

Für radikaleres Vorgehen wird die Langenbeck'sche Kauterisation und in Fällen, bei denen reichlich Schleimhaut vorhanden ist oder ein Vorfall der Mastdarmschleimhaut besteht, die Exzision empfohlen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

12) **E. Braatz.** Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden.

(Therapeutische Monatshefte 1908. Nr. 3.)

B. empfiehlt folgende Operationsmethode: Heranziehen der Hämorrhoiden, Anklemmen mit der Jones'schen Flügelzange und Abschneiden mit der Schere, so daß ein 3 mm breiter Saum bleibt, der mit Kürschnernaht übernäht wird.

In 73 Fällen hat B. damit gute Resultate erzielt. Rizinusöl erhält Pat. nur 2 Tage vor der Operation, nicht länger vorher; am Abend vor dem Operationstage, nicht an demselben, ein Reinigungsklistier. Nach der Operation wird Opium nur bei bemerkenswerten Leibbeschwerden verabreicht, Rizinusöl am 6. Tage nach der Operation, falls bis dahin kein Stuhlgang erfolgt ist.

B. verwirft die Einlegung eines dicken Drains als lästig für den Pat. Stuhlgang geht nach seinen Erfahrungen neben dem dicken Drain ebenso durch, wie neben dem dünnen.

Rezidive hat B. nie gesehen.

Auch mit Karbolinjektionen hat B. gute Resultate erzielt, besonders in Fällen, wo die Hämorrhoiden schwer zum Vorfall zu bringen sind und vollständig in den Darm verschwinden.

Silberberg (Breslau).

13) **Renvers.** Zur Therapie der Gallensteinkrankheit.
(Therapie der Gegenwart 1908. Nr. 3.)

Bei fieberlos verlaufenden Gallensteinerkrankungen empfiehlt R. zunächst heiße Kataplasmen, langdauernde heiße Bäder, Darreichung heißer Getränke und Bettruhe. Wenn der Stein den Ductus cysticus passiert hat, was sich meist in Eintritt von Ikterus geltend macht, ist Morphium zur Linderung des Schmerzes und zur Erleichterung der Austreibung des Steines darzureichen. Nach erfolgreich behandeltem Anfall ist die Diät zu regeln. Zur Beförderung der Gallenabsonderung sind öftere, kleinere Mahlzeiten zu geben und für methodische Gymnastik und hydrotherapeutische Maßnahmen zu sorgen. Diätfehler sind ängstlich zu vermeiden und etwa eingetretene Darmstörungen durch Karlsbader Wasser und ähnliche Quellen zu behandeln.

Gallensteinkranke mit infizierten Gallenwegen gehören dem Chirurgen. Mitunter nützt die Darreichung von Salizylpräparaten oder Kalomel. Da eine Steinwanderung bei infizierten Gallenwegen sehr gefährlich werden kann, ist hier sofort Morphium zu geben.

Silberberg (Breslau).

14) **Connel.** The removal of gall stones from the second and third portions of the common bile duct.
(Annals of surgery 1908. April.)

Den Ductus choledochus teilt man ein 1) in den suprarenalen Teil, der sich vom Ursprung des Ductus bis zur hinteren Fläche des Duodenum, wo es mit dem Pankreas in Berührung kommt, erstreckt. Dieser Teil liegt im Lig. gastro-duodenale, er bildet die halbe Länge des ganzen Choledochus. 2) Den retroduodenalen oder pankreatischen Teil; derselbe ist $1^1/_4$ Zoll lang und liegt hinter dem Duodenum oder hinter dem Pankreas. 3) Den interstitiellen Teil, $1^3/_4$ Zoll lang, der schräg durch die innere und hintere Wand des Duodenum geht. Die Diagnose zwischen Choledochus- und Pankreassteinen ist nicht ganz leicht. Bei letzteren ist die Kolik nicht so stark, es bestehen neben Diabetes Fettstühle, Gelbsucht fehlt oder tritt erst spät in die Erscheinung. Ein im unteren Teile des Choledochus sitzender Stein wird entfernt durch retroduodenale oder transduodenale Choledochotomie. Im ersteren Falle wird das Duodenum in der von Kocher angegebenen Weise mobilisiert und nach innen rotiert. Ist diese Operation bei entzündlichen Prozessen in der Umgebung des Choledochus oder bei Neubildungen des Pankreas oder der Gallenblase nicht möglich, so kommt nur die transduodenale Entfernung in Frage, die auch dann ausgeführt wird, wenn der Stein im interstitiellen Teil des Choledochus

*

sitzt. Wenn der zweite hinter dem Duodenum gelegene Teil des Choledochus transduodenal gespalten ist, so muß nach Entfernen des Steins eine Choledochoduodenostomie angelegt werden, da sonst eine Ansammlung von Galle im retroperitonealen Raum statthaben könnte. Nach Schluß der vorderen Seite des Duodenums durch die Naht ist Drainage der Bauchhöhle notwendig.

Verf. hat 77 Fälle transduodenaler Choledochotomie aus der Literatur gesammelt; von diesen 77 Operierten starben 10.

Herhold (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus dem Elisabeth-Krankenhaus in Kassel.

Lungenüberdruck mittels peroraler Intubation und kontinuierlicher Luftpuffung in dem Intubationsrohr.

Von

Dr. Franz Kuhn.

Bereits in mehreren Publikationen habe ich eine Methode zur Erzeugung des für Thoraxoperationen nötigen Überdruckes auf dem Weg einer peroralen Intubation berührt.

Inzwischen hat sich mir dank fortgesetzter Versuche das Verfahren sehr geklärt und unendlich vereinfacht. Ich habe Bruchstücke davon dem letzten Chirurgenkongreß zu Berlin 1908 vorgelegt.

Ich werde in dem folgenden meine jetzige Überdruckintubation mit Luftpuffung kurz skizzieren; daneben werde ich in Kürze festlegen, wie sich in anderen Fällen, wo Intubation schwerer möglich, unter »bürgerlichem« Aufwande (Kammern sind nach allgemeiner Ansicht zu teuer), die Überdrucknarkose gestalten kann, so daß sie in allen Kliniken durchführbar ist.

1) Das Verfahren der Wahl wird der Überdruck mittels Intubation sein: Ösophagus- und Herzchirurgie, Thoraxwand- und Pleurachirurgie, sowie wenig sezernierende Lungenprozesse sind sein Feld. Nur die Fälle, wo die Lungen selbst der Sitz blühender Prozesse sind, sind ausgenommen.

Das Instrumentarium ist mein bekanntes Intubationsbesteck, Rohr mit Mandrin. Ist die Intubation gemacht, so ist eigentlich so gut wie alles geschehen.

Denn jetzt bleibt nur noch die Aufgabe, an dem schlafenden Menschen aus irgend einer genügenden Überdruckquelle in dem Lumen des Intubationsrohres eine Puffung herzustellen, und dies ist auf denkbar einfache Weise mittels eines Handgriffes, unter Zuhilfenahme eines dünnen Röhrchens möglich.

Die Einleitung geschieht undicht, also prinzipiell nicht luftdicht.

Die Drucklieferung erfolgt entweder aus einer Bombe (Sauerstoff oder komprimierte Luft) oder aus einer Luftkompressionsmaschine direkt.

Alle übrigen Einzelheiten sind ganz unkompliziert, einfach und selbsttätig:

Es fällt jede Abdichtung weg, dafür arbeitet man mit einem gewissen Drucküberschuß (dies auch im Interesse der Ventilation der Luftwege); es gibt keine Gasreservoirs, keine Manometer an solchen, keine Schrauben, keine Ventile — nur der zuströmende Luftstrom wird vom Narkotiseur, am besten direkt an der Bombe reguliert und modifiziert.

Zur groben Darstellung dessen, was in Frage steht, habe ich eine kleine physikalische Improvisation aufgebaut (Fig. 1). In einer improvisierten Luftröhre steckt lose, nur leicht durch Watte gedichtet, das Intubationsrohr. Am Ende der Luftröhre hängt eine Gummilunge mit Manometer.

Fig. 1.

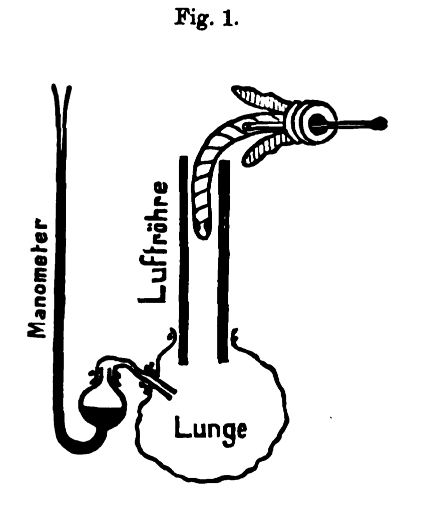
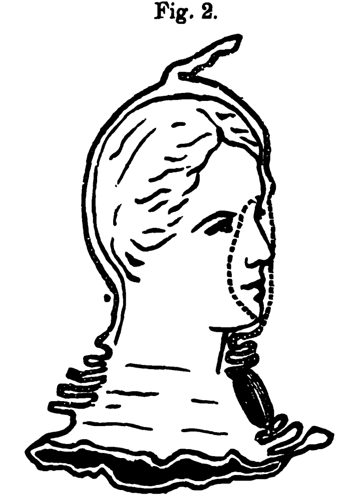
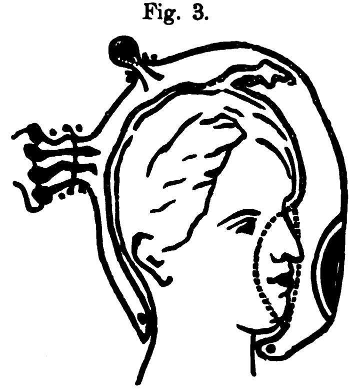


Fig. 2.



Die zipfelkappenartige dünne Maske mit Gesichtsausschnitt und einem Glasfenster.

Fig. 3.



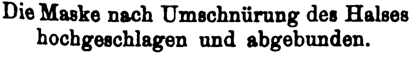
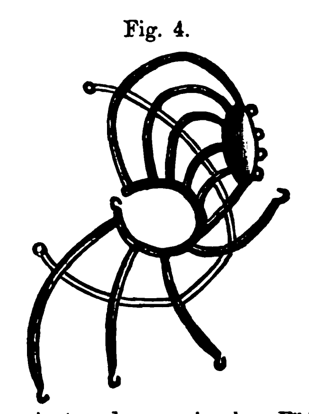

Die Maske nach Umschnürung des Halses hochgeschlagen und abgebunden.

Fig. 4.



Gumminetz, dessen einzelne Fäden an dem Glasfenster Befestigung finden, nachdem es um den Hals gelegt.

Die Wirkungsweise ergibt beifolgender Versuch:

Bläst man mit Hilfe des Röhrchens, das ganz dünn ist und ganz offen in das Tubusrohr eingehängt wird, einen starken Luftstrom von 200—400 mm Quecksilber ($^1/_4$—$^1/_2$—$^3/_4$ Atmosphären), so steigt der Druck im ganzen System auf beliebige Höhe und ist mit Leichtigkeit auf jeder Höhe konstant zu erhalten (Ablesung am Manometer). Die Regulierung erfolgt durch einfache Regelung der Zufuhr.

Alle Einzelheiten des physikalischen Versuches bestätigen sich im Tierversuche (Hund) und am lebenden Menschen.

2) Wie erwähnt, ist in einem Rest von Fällen die Intubation nicht indiziert oder, besser gesagt, kontraindiziert; in diesen Fällen empfehlen sich zwei andere Wege.

a. Der eine besteht in der Einführung von komprimierter Luft höherer Spannung durch die Nase in den Nasen-Rachenraum mittels Röhrchens:

Ich selbst vertrage ohne Empfindung $^1/_2$—$^3/_4$ Atmosphäre.

Diese Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

b. Der andere Weg besteht in der Verwendung einer weichen Maske, wie ich sie bereits auf dem Naturforscherkongreß in Dresden vorgetragen habe und anbei vorlege (Fig. 2 u. 3). Dieselbe wird mittels Gumminetzes federnd gemacht (Fig. 4).

Die Speisung erfolgt ebenfalls mittels komprimierter Luft höherer Spannung.

Die Maske hat den allereinfachsten Schnitt, besteht aus einem Stück, ist ganz billig, trägt keine Ventile. Sie ist selbst etwas luftdurchlässig. Infolge ihrer Weichheit erlaubt sie alle Manipulationen am Kopfe und Munde des Pat. Chloroformzufuhr erfolgt auf gewöhnliche Weise durch Eingießen.

Die Maske ist aus dünnem, gummiertem Battist. Sie liegt lose dem Kopf über; dann wird sie von dem Gumminetz überspannt.

Eingehendere Mitteilungen werden anderen Ortes erfolgen.

II.

Privatklinik des Herrn Dr. Verhoogen in Brüssel.

Über die Resektion des Choledochus.

Von

Dr. A. De Graeuwe.

Dr. Liebold hat in Nr. 16 des Zentralblattes für Chirurgie vom 18. April 1908 einen Fall von Resektion des Choledochus beschrieben, in dem Prof. Kehr durch Plastik diesen Kanal wieder hergestellt hat. In der Nummer vom 16. April 1908 habe ich im Journal Médical de Bruxelles gleichfalls einen Fall von Resektion des Choledochus beschrieben, welcher mit Erfolg von Dr. J. Verhoogen operiert wurde und wo letzterer, um den Abfluß der Galle wieder herzustellen, sich eines Verfahrens bedient hat, welches unseres Wissens noch niemals angewendet wurde.

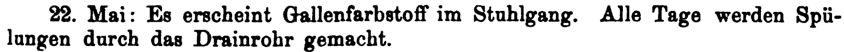
Frau X., 49 Jahre alt, aufgenommen am 13. Mai 1907, früher niemals erkrankt, leidet seit 3 Jahren an Magenbeschwerden, welche öfters von einem kurzdauernden Ikterus gefolgt sind. Im Januar 1907 wurde sie plötzlich ikterisch ohne irgendwelchen vorangehenden Schmerz. Seitdem besteht Ikterus mit Fieberanfällen.

Befund: Ziemlich große Fettleibigkeit. Sehr starker Ikterus. Vergrößerte Leber. Die Gegend der Gallenblase ist auf Druck schmerzhaft. Stuhl entfärbt. Gallenfarbstoffhaltiger Harn. Fieber.

Diagnose. Choledochusverschluß durch Steine.

Operation am 14. Mai 1907. Chloroformnarkose. Schnitt nach Kehr. Nachdem man den Grund der Gallenblase, welcher am Colon transversum adhärent war, losgelöst hat, sieht man, daß die Gallenblase vergrößert ist und eine grauweiße Farbe hat. Die Wände der Blase sind unregelmäßig gewölbt und stark verdickt, das Ganze macht den Eindruck einer karzinomatösen Blase. Die Verhärtung umfaßt den ganzen Cysticus und die benachbarten Teile des Hepaticus und Choledochus. Da man Karzinom vermutete, wurden Gallenblase, Cysticus und ein Teil des Hepaticus und Choledochus im Zusammenhang reseziert. Aus dem Choledochus wird ein großer Gallenstein extrahiert. Dann versucht man, Hepaticus und Choledochus in Verbindung zu bringen. Da aber beide Stümpfe in einer solchen Entfernung stehen — ungefähr 6 cm —, daß sie unmöglich aneinander genäht werden können, wird folgendes Verfahren angewandt: Ein Drainrohr von ungefähr

1 cm Durchmesser wird duodenalwärts in das periphere Ende des Choledochus geschoben. Das alsdann aus dem Choledochus kommende Rohr wird in der Tiefe bis an die Öffnung des Hepaticus geführt, und es wird an dieser Stelle ein Fenster in die Rohrwand geschnitten, von da ab wird das Drainrohr winkelig geknickt und durch die Bauchwunde nach außen geführt. Es konnte somit die aus dem Hepaticus fließende Galle durch das gefensterte Rohr ebensogut nach dem Choledochus wie nach außen fließen. Die Wunde wird sorgfältig austamponiert. Dauer der Operation 30 Minuten.



Verlauf: Temp. immer normal.

Am 3. Tage kommt Galle durch das Drainrohr.

19. Mai: Die Tamponade wird entfernt.

22. Mai: Es erscheint Gallenfarbstoff im Stuhlgang. Alle Tage werden Spülungen durch das Drainrohr gemacht.

26. Mai: Das Drainrohr wird entfernt.

12. Juni: Die Fistel ist vernarbt. Die Kranke wird aus dem Institut als geheilt entlassen.

Juli 1907: Die Kranke hat einen Gallensteinkolikanfall mit Ikterus gehabt. Derselbe ist wahrscheinlich durch die Auswanderung eines intrahepatischen Steines entstanden.

April 1908: Die Kranke erfreut sich fortdauernder Gesundheit.

---

15) Französischer Chirurgenkongreß. Paris 7.—12. Oktober 1907. (Schluß).

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. II.)

Verschiedenes. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Eckstein (Berlin). Einspritzungen und Einpflanzungen von Paraffin in die Gewebe.

Das Hartparaffin von 75° Schmelzpunkt ist reiner, wird gut vertragen und gibt bessere Erfolge bei Nasenplastiken oder der Ausfüllung eingezogener Narben als das Weichparaffin. E. spritzt es kalt mit der Broechaert'schen oder Mahu'schen Spritze ein.

Diskussion. Broechaert (Gand) hat bei 200 Nasenverbesserungen mit Paraffin vom Schmelzpunkt 50° sehr befriedigende Resultate erzielt.

Berger (Paris) und Morestin bevorzugen die Autoplastik, wenn nötig mit Paraffininjektionen. Die große Härte des Paraffins wirkt störend, das weiche Paraffin ist in der Anwendung zu gefährlich.

A. Malherbe (Nantes). Die Abgrenzung der Gattung Sarkom. Natur der sarkomatösen Geschwülste.

M. will unter dem Begriff Sarkom alle bösartigen Neubildungen des Bindegewebes verstanden wissen, also auch des Schleimgewebes, Knorpels und Knochens, da sie alle demselben Keimblatt entstammen. Das Spindelzellensarkom ist das Urbild des Sarkoms und ist streckenweise auch in allen anderen bösartigen Geschwülsten der Bindegewebsreihe zu finden. Die Endotheliome, Lymphome und Lymphadenome müssen strengstens von den Sarkomen getrennt werden.

J. Reverdin (Genf). Zwei Fälle von melanotischen Geschwülsten unter örtlicher Arsenikanwendung nach Czerny.

R. heilte damit ein Melanom und einen Pigmentfleck der Wange.



Doyen. Wirkungsweise verschiedener Verfahren der Krebsbehandlung.

D. vergleicht die Erfolge, die er und andere durch Impfung mit abgeschwächten Kulturen des Mikrokokkus neoformans beim Krebs erzielte, mit den Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Krebsgewebe. Die Strahlen wirken nur örtlich und töten nur die oberflächlich gelagerten Krebszellen, begünstigen aber durch Schädigung der lymphoiden Organe die Ausbreitung des Krebses. Vor Rezidiven schützen sie ebensowenig wie die Operation. Neben der örtlichen Behandlung ist daher noch eine allgemeine erforderlich, die die Leukocyten, diese mächtige und einzige Waffe des Organismus, gegen alle ihn bedrohenden Gefahren mobil macht und gleichzeitig die Widerstandsfähigkeit der Krebszellen herabsetzt. Das soll D.'s Vaccinebehandlung leisten, wenn sie schon bei Verdacht auf Krebs und vor der Operation angewandt wird. Eine sehr gute örtliche Wirkung schreibt D. auch der Blitzbehandlung zu

Sabadini (Alger). Lumbalanästhesie mit Stovain und Kokain.

S. ist mit dem Billon'schen Stovain bei 108 Operationen an Männern und 48 an Weibern sehr zufrieden gewesen. Die Anästhesie dauerte von $\frac{1}{4}$ bis zu $1\frac{1}{2}$ Stunden. In 4,5% blieb die Wirkung aus, vorzugsweise bei Trinkern und Nervösen. S. sah nur vorübergehende Schädigungen (Kopfschmerz, Erbrechen, Blasenlähmung für ein bis mehrere Tage), nie dauernde. Beim Kokain traten niemals unangenehme Nachwirkungen auf.

Cazin (Paris). Gemischte Narkose mit Skopolamin-Morphium und Chloroform.

C. injizierte 0,0005 g Skopolamin und 0,006 g Morphium 1 Stunde vor Beginn der Chloroformdarreichung in 245 Fällen und empfiehlt das völlig ungefährliche Verfahren besonders für leicht erregbare Kranke, deren Furcht vor dem Chloroform und der Operation gänzlich beseitigt wird. Die Pulszahl sinkt auf 48 bis 40 Schläge, leichte Unregelmäßigkeiten im Rhythmus und in der Stärke des Pulses warnen vor Anwendung höherer Skopolamindosen. Gewöhnlich wird man auch mit 2—4 Dezimilligramm auskommen.

Diskussion. Martin erzielte bei einer Herzkranken allein durch zwei Skopolamineinspritzungen im Zwischenraum von $1\frac{1}{2}$ Stunden vollkommene Anästhesie.

Jardry (Paris). Chirurgische Eingriffe während des elektrischen Schlafes.

Seine Dauer beträgt 10 Minuten bis $1\frac{1}{2}$ Stunden, beim Tier bis 8 Stunden 20 Minuten. Die Muskelerschlaffung ist ziemlich vollkommen, eine Erinnerung an die Operation fehlt. Das von Zimmern beobachtete Lungenödem führt J. auf einen technischen Fehler (Verwechseln der Pole) zurück.

Kopf und Gesicht.

Dollinger (Budapest). Enderfolge der Behandlung des schweren Gesichtsschmerzes mit der Resektion der Trigeminusäste und der Exstirpation des Ganglion Gasseri.

Die Äste des Trigeminus hat D. 21mal bei 14 Kranken reseziert. Ein Kranker mit Infraorbitalisresektion riß sich im Delirium den Verband ab und ging an Augenhöhleneiterung zugrunde. Ein zweiter, vor 6 Jahren Operierter spürt nur ein schwaches Kitzeln im Gebiet des resezierten Infraorbitalis. Bei einem Dritten war die Operation überhaupt erfolglos. Von 4 Pat. war keine Nachricht zu erhalten. Alle übrigen erkrankten rückfällig. D. führt deshalb periphere Resektionen nicht mehr aus. Das Ganglion entfernte D. 22 mal. Zweimal konnte er die Operation wegen starker Blutung aus der Diploe und Venenemissarien nicht vollenden. Eine Frau erlag dem Eingriff unter Gehirnerscheinungen, die übrigen 21 wurden geheilt und blieben von Schmerzen befreit. Von ihnen sind vier einige Jahre später gestorben, über zwei konnte keine Auskunft erlangt werden. Die Resultate bei den übrigen 15 sind: Auf der operierten Seite sind die Kaumuskeln gelähmt und atrophiert, der Bissen im Munde wird nicht gefühlt, die Zähne sind mit Weinstein bedeckt, niemals ausgefallen. Bei drei Kranken war die Öffnung

der Kiefer um 22—26 mm vermindert. Bei sieben Fällen war die operierte Seite fast vollständig unempfindlich, einige hatten dort eine Art Kitzel- oder Druckgefühl. Ein Kranker ist sehr empfindlich gegen Luftzug, ein anderer gegen große Kälte. Die Hautsensibilität war bei drei Operierten herabgesetzt, bei zwei anderen bestand nach 6 Jahren kein Unterschied mehr gegenüber der gesunden Seite. Ein Pat. zeigt auf der Wange der operierten Seite einen starken Akneausschlag. Sechs Kranke, bei denen gleich nach der Operation eine verminderte Spannung des Augapfels festgestellt war, zeigten 7 und 8 Jahre später noch Exophthalmus; die Lidspalte war um 2—3 mm verrengt. Hornhaut und Bindehaut hatten nur in zwei Fällen normale und in einem Falle herabgesetzte Empfindung, sonst waren sie anästhetisch. Eine Kranke bekam 5 Jahre nach der Operation eine Keratitis, die narbig ausheilte. Tränendrüse und Nasenschleimhaut sondern bei großer Kälte oder Wärme mehr als gewöhnlich ab. Die Geschmacksempfindung an der Spitze und dem Rande der Zunge war erloschen, manchmal auch nur herabgesetzt. Einige Kranke klagten über zeitweises Ohrensausen.

Diskussion: Vidal (Paris) kombiniert die periphere Resektion der Trigeminusäste mit der Resektion der Ganglien des Halssympathicus, um das Fortschreiten des Krankheitsprozesses zentralwärts und somit das Rezidiv zu verhindern. Der trophische Einfluß der Sympathicusresektion soll sich erst in 2—4 Monaten bemerkbar machen. V. hat zwei Fälle vor 2 bzw. 4 Jahren mit Erfolg und ohne daß ein Rückfall eingetreten ist, nach diesem Verfahren operiert.

Tédenat (Montpellier). Nasen-Rachenfibrome.

T. hat 12mal die nasale Methode Ollier's benutzt mit einem Todesfall infolge Bruches der Siebbeinplatte und des Os basilare durch zu heftiges Abreißen. Nur in einem Falle war noch eine partielle Oberkieferresektion nötig, sonst war der Zugang stets genügend.

Jacques (Nancy). Heilung eines pulsierenden traumatischen Exophthalmus mit schweren Nasenblutungen durch unmittelbare Kompression des Sinus cavernosus.

Der 25jährige Mann bot nach Sturz von einem Motorrad mit Schädelbasisbruch die Erscheinungen eines Aneurysma arteriovenosum der Carotis int. und des Sinus cavern. Die Unterbindung der Carotis communis beeinflußte nur vorübergehend den Exophthalmus, gar nicht die venösen, aus der Keilbeinhöhle hervorkommenden Nasenblutungen. Es wurde deshalb das Antrum sphenoidale freigelegt, ausgeräumt und tamponiert. Heilung.

Morestin. Krebs des Mundbodens.

Ausgangspunkt ist die Schleimhaut; hat die Neubildung sie überschritten, so muß der ganze Mundboden abgetragen werden.

Claude und Francisque Martin (Lyon). Über die Anwendung von Prothesen bei Verwachsungen des Zäpfchens mit dem Rachen.

Die Verwachsung wird blutig getrennt und zwischen weichem Gaumen und hinterer Rachenwand eine Kautschukprothese eingelegt, die durch einen Stiel mit einer Gaumenplatte gelenkig verbunden ist. Die frühere Befestigung der Prothese durch zwei nasale Gummiröhrchen, die vor der häutigen Scheidewand verbunden werden, ist aus kosmetischen Gründen aufgegeben. Voller Erfolg in fünf Fällen.

Hals und Rumpf.

P. Raugé (Challes). Zur Behandlung der diffusen Papillome des Kehlkopfes.

R. kam in einem Falle mit schweren Atmungsstörungen auf endolaryngealem Wege in mehreren Sitzungen zum Ziele. Bei einem anderen Kinde rezidivierten dagegen die Papillome trotz Laryngotomie, so daß Tubage erforderlich wurde. Der Tubus verschob sich, und das Kind erstickte. R. hält die endolaryngeale Methode für geeigneter zur Behandlung der Rezidive.

Guisez. Demonstration von drei in der Speiseröhre eingeklemmten Fremdkörpern (zwei Gebissen, einem Knochen) und Mitteilung zweier neuer Fälle von narbiger, undurchgängiger Verengerung der Speiseröhre, die auf ösophagoskopischem Wege geheilt wurden.

Unter Leitung des Auges wurden die Fremdkörper entfernt, die Strikturen gespalten, sämtliche Kranke geheilt.

E. Reymond. Lungenverletzung und Quetschwunde des Herzens durch eine Revolverkugel.

Zur Freilegung wurde ein lateral gestielter, die 4., 5. u. 6. Rippe einschließender Lappen gebildet. Pleura, Lunge und Herzbeutel waren durchschossen, am Herzen eine kaum blutende Wunde. Drainage des Brustfelles, aber nicht des Herzbeutels. Heilung seit 3 Jahren.

Diskussion: J. Reverdin rühmt die Schnelligkeit an Reymond's Verfahren.

A. von Zawadki (Warschau) hat eine Messerverletzung des rechten, eine Wunde der Hinterwand des linken Ventrikels und eine reine Herzbeutelverletzung genäht. Der erste Kranke starb 17 Tage später an Lungenentzündung; bei dem zweiten ging die Herznaht infolge eitriger Herzbeutelentzündung wieder auf, worauf eine tödliche Blutung erfolgte; der dritte genas.

Tuffier. Einige Vervollkommnungen in der Pleura- und Lungenchirurgie.

Bei Empyemen untersucht T. die Pleura mittels elektrischer Lampen. Sie ist in schweren septischen Fällen oft frei von Auflagerungen. Etwaige Hindernisse für die Ausdehnung der Lunge sind zu sehen. Zur Entfaltung der Lunge benutzt T. ein Saugglas, in welchem der Druck um 6 cm Hg erniedrigt wird.

Diskussion: Reverdin benutzt zu demselben Zweck den Saugapparat von Revillod, dessen Wirksamkeit von Tuffier angezweifelt wird. Moty hält die hintere Pleurotomie allein für ausreichend.

Vautrin. Behandlung der Echinokokkuscysten der Lunge.

Ein 37jähriger Mann war seit mehr als 2 Jahren leidend. Die vereiterte Cyste stand in offener Verbindung mit dem Bronchialbaum, die Brustfellblätter waren nicht verwachsen. Die örtliche Diagnose ergab die Röntgenuntersuchung. Nach Resektion der 6.—8. Rippe wurde die Lunge in der Wunde fixiert und der Abszeß eröffnet und drainiert. Heilung in 5 Wochen. Der bei der Operation entstandene Pneumothorax dauerte 48 Stunden an und hatte keine üblen Folgen.

Henry Reynès (Marseille). Kastration bei inoperablem Brustkrebs.

R. nahm einer 32jährigen kachektischen Frau mit doppelseitigem, links weit ulzeriertem Brustkrebs beide Eierstöcke und die Gebärmutter fort. Die Geschwüre vernarbten, die Geschwülste gingen zurück. die Brustdrüsen atrophierten. Der erzielte Erfolg hatte $3^1/_2$ Jahre Bestand; darauf erneutes Wachstum und geschwüriger Zerfall; Röntgenstrahlen, Auskratzen und Fulguration wurden dann ohne Nutzen angewandt.

Diskussion: Psaltoff (Smyrna) vermißte in zwei ähnlichen Fällen jeglichen Einfluß der Kastration auf die Brustkrebse.

Bauch- und Verdauungsorgane.

Chavannaz (Bordeaux). Bauchschnitt nach Pfannenstiel.

C. ist mit der Zugänglichkeit und der Narbe, die der Schnitt liefert, sehr zufrieden. Er hat ihn 31mal bei 20 Uterusexstirpationen, 10 Anastomosen und einer Verkürzung der Ligg. rotunda angewandt. Achtmal wurde gleichzeitig der Wurmfortsatz entfernt.

Rastouil (La Rochelle). Zur Verhütung von operativen Bauchbrüchen bei Drainage des Bauchfelles legt R. bei medianer Laparotomie eine besondere Drainageöffnung im Gebiet des M. rectus an.

Diskussion: Jonesco und Monprofit drainieren aus demselben Grunde durch die Scheide.

Léon Imbert (Marseille). Prognose des Bauchschnittes bei penetrierenden Bauchwunden.

Von 35 Fällen verlor I. 60%, trotzdem 10mal kein Eingeweide verletzt war. Die Prognose ist mithin sehr ernst, bei Schnittwunden nicht so schlecht wie bei Schußwunden. Selbst bei frühzeitigem Eingreifen — vor der 6. Stunde nach der

Verletzung — ist die Sterblichkeit noch hoch (66%). Häufig werden Darmperforationen übersehen. Von den 21 tödlich verlaufenen Fällen I.'s hatten 15 Darmverletzungen. Sechsmal war eine oder mehrere Perforationen übersehen. Man darf sich daher vor sorgfältigem Absuchen der Eingeweide nicht scheuen.

Villard Eugène (Lyon). Behandlung akuter Bauchfellentzündungen mit Aspiration.

Schonender und gründlicher als durch Auswischen und Spülen erzielt E. die Entleerung peritonitischer Exsudate mittels Saugers. Das Saugrohr steckt in einer mehrfach durchbohrten Hülse, damit die Darmschlingen seine Öffnung nicht verlegen können. Fünf schwere Bauchfellentzündungen epityphlytischen Ursprunges wurden mit gutem Erfolge behandelt. Auch das Aussaugen abgekapselter Bauchfelleiterungen, von Ascitesflüssigkeit und Blut gelingt gut.

Guyot (Bordeaux). Einige Besonderheiten des linksseitigen subphrenischen Abszesses.

Die Diagnose ist meist schwierig. Wichtig ist, daß die Punktion in verschiedenen Höhen verschiedene Flüssigkeiten liefert. Oft überträgt sich die Herzpulsation durch den Eitersack auf die Brustwand. Bei der Eröffnung auf transpleuralem Wege wird das Zwerchfell in die Wunde gezogen, um die Pleura zu schützen.

Paul Soubeyran (Montpellier). Die Dermoidcysten des Nabels.

Ein 35jähriger Mann hatte seit 5 Monaten eine kleine Geschwulst in der Nabelgegend, welche allmählich Walnußgröße erreichte und beim Einschnitt käsigen Brei und Haarbüschel entleerte. Es blieb eine 2 cm lange Fistel zurück, die erst nach Exstirpation des mit dem Bauchfell verwachsenen Cystensackes ausheilte. In der Wand waren die gewöhnlichen Epidermislagen nachzuweisen. Diese Cysten gehen aus ektodermalen Einschlüssen der embryonalen Periode hervor, können erbsen- bis kinderkopfgroß werden und sind manchmal gestielt.

Monprofit (Angers). Solide Gekrösgeschwulst.

M. entfernte ein Myxom des Mesenterium von $5^1/_2$ kg nebst 2 m ihm innig verbundenen Dünndarmes, dessen unteres Schnittende 10 cm oberhalb der Ileocöcalklappe lag, ohne nachteilige Folgen für die Verdauung.

Jonnesco (Bukarest). Ausschaltung des Pylorus.

J. hat 1906 und 1907 neun Fälle von Pylorus- bzw. Duodenalgeschwür mit der von v. Eiselsberg inaugurierten Pylorusausschaltung behandelt; nur ein Fall erlag einer schweren Blutung aus dem Geschwür, die übrigen genasen und haben keine Beschwerden. J. macht die Pylorusausschaltung dann, wenn die Resektion unmöglich ist. Die Durchschneidung des Magens nimmt er in der präpylorischen Region vor. Das Verfahren hat gegenüber der einfachen Gastroenterostomie den großen Vorteil, stets auch die vom Geschwür ausgehenden und zu befürchtenden Krankheitserscheinungen (Perforation, krebsige Entartung) zu bekämpfen.

Diskussion: Monprofit zieht die Gastroenterostomie allein vor.

Voronoff (Kairo). Pylorusstenose, äußerste Abmagerung; Gastroenterostomie, Heilung.

Die im Zustande größter Erschöpfung ausgeführte Wölfler'sche Operation hatte den besten Erfolg.

Psaltoff (Smyrna). Ein Fall akuter postoperativer Magenlähmung.

Die Magenlähmung schloß sich an eine supravaginale Uterusamputation wegen gewaltigster Metrorrhagien aus multiplen Fibromen an. Die Kranke hatte sich stark geschnürt; Magen und Därme waren dadurch nach dem Zwerchfell verschoben. Eine Auftreibung des Leibes wurde daher vermißt, nur die untere Brustkorböffnung war erweitert. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen der Herzschwäche und des Darmverschlusses am Tage nach der Operation. Eine Infektion des Bauchfelles war bei der Sektion nicht nachzuweisen.

Delangre (Tournai). Volvulus des Magens.

Der Magen war entgegengesetzt seiner Peristaltik mitsamt dem Querkolon gedreht. Die kleine Kurvatur bildete eine Einschnürung, durch die der Magen in einen größeren oberen, aus der hinteren, vom Lig. gastrohepaticum bedeckten

Magenwand bestehenden Sack und in einen kleinen unteren, aus der vorderen Wand, der großen Kurvatur und dem Colon transversum gebildeten Sack geteilt wurde. Die Detorsion gelang nur schwierig nach Punktion des Magens, wobei sich viel Gas und Flüssigkeit entleerte. Gastropexie, Heilung.

Schwartz (Paris). Beitrag zum Studium der Tetanie gastrischen und intestinalen Ursprunges.

Die an Duodenalgeschwüren leidende Kranke wurde durch die von Hacker-sche Gastroenterostomie von allen tetanischen Erscheinungen befreit, starb aber am 11. Tage nach der Operation an Lungenentzündung.

Pauchet (Amiens). Gallensteinkrankheit. 16 Operationen nach Kehr mit drei Todesfällen.

Bei Cholecystektomie müssen die Gallenwege katheterisiert, bei der Hepaticusdrainage muß die Choledochuswunde offen gehalten werden, um übersehenen Steinen den Austritt zu gestatten. Bei heruntergekommenen Kranken drainiert P. den Hepaticus und Choledochus. In letzterem reicht das Drain bis ins Duodenum und dient gleichzeitig zum Einspritzen von Zuckerwasser und Galle in den Darm.

Maire (Vichy). Spontanrupturen der Gallenblase.

Bei einer 63jährigen, früher gesunden Frau entleerten sich aus einer Bauchwandphlegmone der Nabelgegend Steine. Fortnahme der 383 Steine enthaltenden Blase und des Cysticus, Heilung. In einem zweiten Falle ergoß sich die Galle aus der geborstenen Blase in die Bauchhöhle; die erst am 10. Tage ausgeführte Laparotomie konnte den Kranken nicht mehr retten. Charakteristisch für die Spontanrupturen hält M. einen quälenden Gürtelschmerz, der zugleich mit starkem Ikterus sich an eine bereits abklingende Kolik anschließt.

Villar (Bordeaux). Echinokokkuscyste der Leber in offener Verbindung mit den Gallenwegen und Retentionsikterus.

Der 30jährige Mann litt an heftigen epigastrischen Schmerzen und entleerte mit den Stühlen Echinokokkusmembranen und Steine. Die orangengroße Cyste lag an der Unterseite des linken Leberlappens; sie wurde entleert, mit Formalin ausgewischt und tamponiert; schnelle Heilung. Zur richtigen Diagnose des Leidens hält V. die Blutuntersuchung für wichtig.

Princetau (Bordeaux). Neun Fälle angeborener Mißbildung des Afters und Mastdarmes.

Zweimal bestand einfacher Afterverschluß, der durch Dilatation bzw. Plastik behoben wurde. Fünf Kindern fehlten After und Mastdarm; vom Damm aus wurde die Ampulle heruntergeholt und eingenäht. Zwei starben an Entkräftung, eines an Lungenentzündung, zwei sind geheilt. In einem Falle von Mastdarm-Blasenfistel wurde durch einfache Trennung der Organe ohne Naht Heilung erzielt.

J. Braquehaye (Tunis). Radikalheilung der Mastdarmstrikturen mittels skrotaler oder vaginaler Autoplastik.

Nach Anlegung eines provisorischen Kunstafters wird der Mastdarm 3 Monate lang antiseptisch behandelt. Dann wird die verengte Stelle gespalten, alles Narbengewebe sorgfältig entfernt, Mastdarm und Damm genügend angefrischt und ein rechtwinkeliger Hodensacklappen mit vorderer Brücke in die Lücke eingenäht. Beim Weibe wird ein Lappen der hinteren Scheidenwand mit oberer Brücke benutzt. Die Mastdarmscheidenfistel wird später geschlossen, der Kunstafter vernäht. B. erzielte stets Heilung ohne Rückfall und mit vollständiger Kontinenz.

Diskussion: Walther (Paris) sah eine Mastdarmstriktur nach Anlegung eines Kunstafters spontan ausheilen.

Brunswick (Tunis) hält den Anus praeternaturalis und lauwarme Mastdarmspülungen für ausreichend bei gonorrhoischen Verengerungen; das Verfahren von B. ist bei sehr engen syphilitischen Strikturen angebracht.

Louis Tixier (Lyon). Über abdominale Totalexstirpation der Gebärmutter als vorbereitender Akt für die Abtragung von hohen Mastdarmkrebsen.

Die Zugänglichkeit wird dadurch bedeutend größer, der After kann erhalten bleiben, die Nahtlinie an der Resektionsstelle läßt sich mit dem durch die Uterusexstirpation gewonnenen Bauchfellappen decken. Scheidendrainage, eventuell ein Coecalafter sichern den Erfolg der stets in zwei Zeiten auszuführenden Operation.

Diskussion: Auch E. Reymond hat die vorherige Uterusexstirpation, welche wegen doppelseitiger Oophoritis ausgeführt ward, für die spätere Resektion von 25 cm Mastdarm wegen Krebs als eine große Erleichterung empfunden.

Goullioud (Lyon). Abdominoperineale Mastdarmamputation.

G. hat 12mal die Quénu'sche Methode ausgeführt. Ein Mann starb infolge Knickung einer Darmschlinge, bei einem anderen handelte es sich nicht um Krebs, vier rezidivierten, vier sind rezidivfrei (2—8 Jahre nach der Operation). Zwei Fälle sind noch zu kurze Zeit beobachtet. G. schlägt vor, den queren Teil des Colon pelvinum zu erhalten, um eine Reserve für eine sekundäre Autoplastik zu haben. Die Schleimabsonderung aus diesem Teil nach dem Kunstafter an der Flexur versiegt bald.

Lardennois (Reims). Ileopsoitis appendicularis.

Diese vorwiegend rechtsseitige Erkrankung ist darauf zurückzuführen, daß bei sehr dünner oder durchlöcherter Fascia iliaca eine Verbindung zwischen Ileopsoas und dem subperitonealen Zellgewebe besteht. Eiterungen, die von einem retrocöcal gelegenen Wurmfortsatz ausgehen, senken sich auf diesem Wege in die Muskelscheide. Links findet sich die Ileopsoasphlegmone vorwiegend beim Weibe nach Beckeneiterungen.

Harnwege.

Croisier (Blois). Lipom des rechten Nierenbeckens.

Die vorwiegenden Erscheinungen bei der 34jährigen Kranken waren: Blutung, Schmerzen und eine Vergrößerung der rechten Niere. Der Harnbefund ließ außerdem auf Pyelitis schließen. Das Lipom wurde exstirpiert; es ging von der vorderen Nierenseite aus und hatte die hintere in einem Tunnel vom Durchmesser eines Zweifrankstückes durchbohrt. Heilung.

Geschlechtsorgane.

Dujon (Moulins). Zwei Fälle von genitaler Mißbildung.

1) Doppelte Gebärmutter, linke normal, rechte blind endigend, bei 17jährigem Mädchen. Rechts sehr schmerzhafte Hämatometra. Abdominale Totalexstirpation. Heilung. — 2) Fehlen der Scheide und der Gebärmutter. Eileiter auf einen fibrösen Strang reduziert, rechter Eierstock normal, Dermoidcyste des linken. Abtragung der Cyste, Herstellung der Scheide; operative und funktionelle Heilung. Die Scheidenbildung nahm D. so vor, daß er den nur 1 cm langen Scheidenblindsack spaltete und einen Kanal bis in den Bauchfellsack im Zellgewebe zwischen Blase und Mastdarm bohrte, wobei ein Finger vom Bauchfell, ein zweiter von der Scheide aus wirkte. Die Bauchfellwunde wird wieder geschlossen, der Kanal durch Tamponieren, später Bougieren bis zur Epithelisierung offen gehalten.

Le Bec (Paris). Vaginale Uterusexstirpation wegen Fibrom.

Von 180 Fällen verlor L. B. zehn, und zwar zwei an Blutungen, drei an Erschöpfung, drei an Sepsis, einen an Embolie, einen an Urämie. Fibrome, deren oberer Teil die Hälfte der Entfernung zwischen Symphyse und Nabel nicht übertrifft, lassen sich auf dem weniger eingreifenden vaginalen Weg entfernen.

André Boursier (Bordeaux). Retroperitoneale Cysten.

B. berichtet über drei Fälle retroperitoneal entwickelter Ovarialcysten. Zwei linksseitige waren zwischen die Blätter des Mesocolon descendens gewachsen, eine rechtsseitige zwischen die des Mesocolon ascendens. Alle drei verursachten große Beschwerden. Die Ausschälung ist schwierig und gefährlich wegen der Blutung und der Beziehungen zum Gekröse und dem über die Geschwulst hinwegziehenden Darmteile. B. machte sie zweimal; eine Pat. starb infolge des Eingriffes. Die Eröffnung und Einnähung der Cysten in die Bauchwand führte im dritten Falle nicht zur Heilung. Die totale oder subtotale Uterusexstirpation erleichtert den Eingriff.

Jayle (Paris). Bemerkungen zu einer fortlaufenden Reihe von 445 abdominalen und 55 vaginalen Köliotomien wegen Entzündungen oder Geschwülsten der Gebärmutter und ihrer Anhänge.

Statistische Angaben. Bei allen eitrigen Erkrankungen der Adnexe entfernt J. auch die Gebärmutter.

Brodier (Paris). Diagnostische Schwierigkeiten bei Eierstockserkrankungen junger Mädchen und Vorstellung einer vor 7 Jahren operierten, dauernd geheilten Kranken.

Bei einem 17jährigen Mädchen wurden cystisch degenerierte Ovarien als Tuberkulose der Tuben und des Bauchfells diagnostiziert. Die Täuschung wurde durch das enge, noch kindliche Becken und die starke Bauchmuskelspannung veranlaßt.

Raoul Baudet (Paris). Erfolge und Anzeigen der Exstirpation der Samenleiter und -blasen bei Genitaltuberkulose.

Bericht über 58 Fälle, davon sieben eigene. Zwei starben an Infektion, zwölf behielten Fisteln, die aber spontan heilten. Als Hauptwege kommen der inguinale und perineale in Betracht. Ist die Samenblasentuberkulose so ausgedehnt, daß sie den Mastdarm verlegt oder die Miktion erschwert, bestehen tuberkulöse oder Urinfisteln und vergrößern sich die Samenblasen trotz vorhergehender Kastration, so ist ihre Exstirpation dringend, anderenfalls kann man abwarten. Bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen, Nieren oder Blase wird man von der Exstirpation der Samenstränge oder -bläschen absehen. Andererseits bilden sich geringfügige Erkrankungen derselben auch spontan zurück.

Gliedmaßen.

Depage (Brüssel). Erfolge der Osteosynthese mittels Bolzen oder Schrauben.

Wie D. an Röntgenogrammen zeigt, eignet sich das Verfahren sowohl bei Brüchen platter als langer Knochen.

J. L. Championnière. Täuschungen bei der Diagnose der Knochenbrüche durch Röntgenbilder.

Klinisch ganz sichere Brüche können auf dem Röntgenbild unsichtbar sein, wie C. es wiederholt bei Wadenbeinbrüchen sah. Oft gibt das Bild auch über die Stellung und Form der Bruchstücke keine richtige Auskunft. Selbst mehrere Aufnahmen in verschiedenen Ebenen schließen die Täuschung nicht völlig aus. Auf Grund von Helligkeitsabstufungen Knochenbrüche zu diagnostizieren, hält C. für gewagt, da es sich meist um Schattenprojektionen handelt. Bei Entschädigungsansprüchen an den behandelnden Arzt darf das Röntgenogramm einer Fraktur allein nicht der gerichtlichen Entscheidung zugrunde gelegt werden.

Mencière (Reims). Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

M. mißt der örtlichen Behandlung eine weit größere Bedeutung zu als der allgemeinen. Mit Einspritzungen von Jodoformäther und Karbol hat er vorzügliche Heilungen ohne klimatische oder Höhenbehandlung erzielt.

Girard (Genf). Über konservative Operationen bei bösartigen Geschwülsten des Schultergürtels.

Da selbst ausgedehnte Resektionen am Schultergürtel noch einen ziemlich brauchbaren Arm hinterlassen können, so hält G. sie bei bösartigen Geschwülsten dann für genügend, wenn sie einem örtlichen Rezidiv vorbeugen können. Die Exartikulation des Armes und Schultergürtels kann Metastasen in anderen Organen auch nicht verhüten. Es ist übrigens zu beachten, daß Knochenmetastasen von Hypernephromen oft die erste klinische Erscheinung dieser Geschwülste bilden, wie G. in einem eigenen Falle beobachtete.

Rémy (Paris). Über Exstirpation des Schulterblattes wegen Osteosarkom bei einem Arbeiter, der mit Trichinose behaftet war.

Es handelte sich um ein zufälliges Zusammentreffen beider Affektionen.

Toussaint (Lille). Gemischtes Osteom des Ellbogens nach Einrichtung einer Verrenkung nach hinten ohne Narkose.

T. beschuldigt die Muskelspannung als traumatische Ursache für diese Sarkome und nimmt deshalb die Reposition stets in Narkose vor. Zur Behandlung empfiehlt er die Elektrolyse, da die Operation den Zustand nur verschlimmere.

André (Péronne). Durchschneidung der ganzen linken Hand im Gebiete der Mittelhand mit Ausnahme der Weichteile der Hohlhand. Erhaltung der Hand mit voller Funktion.

Der schöne Erfolg wurde 20 Stunden nach der Verletzung in einem Zuckerkneter durch sorgfältige Wiederherstellung der anatomischen Verhältnisse erzielt. Die Arbeitsfähigkeit war nur in geringem Maße beeinträchtigt.

A. Mills (Brüssel). Ein Fall von Pollex varus.

Die bei einem 13 Monate alten Kinde beobachtete Mißbildung war durch Kontraktur des langen und kurzen Daumenbeugers, des kurzen Adductor und Opponens sowie die Verkürzung des linken Seitenbandes des Metacarpophalangealgelenkes bedingt. Das Redressement gelang erst vollständig nach Durchschneidung der gespannten Weichteile.

Kirmisson (Paris). Hüftgelenksverrenkungen infolge Osteomyelitis in der ersten Kindheit.

Der Verlauf ist nach K.'s Beobachtungen an etwa zehn Fällen ganz typisch: Ein akut auftretender, schnell ausheilender Abszeß in der Nachbarschaft des großen Trochanter hinterläßt einige Narben. Seitdem geht das Kind hinkend und watschelnd. Adduktion fehlt meist, da Kopf und Hals usuriert oder gar verschwunden sind. Die Pfanne ist gut erhalten. Das alles läßt Tuberkulose und angeborene Verrenkung ausschließen. Die Einrenkung ist unmöglich. Die Verkürzung wird durch erhöhtes Schuhwerk ausgeglichen.

Frölich (Nancy). Die verschiedenen Arten der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen.

F. unterscheidet drei Gruppen: die traumatische Luxation mit normaler Pfanne, die Luxation infolge fehlerhafter Anlage des Gelenkes, die pathologische oder erworbene Luxation infolge von Gelenksentzündungen bald nach der Geburt. Die erste Gruppe kommt bei geringer Fruchtwassermenge durch starke Adduktion, event. unter Mitwirkung eines Falles oder Stoßes gegen den Bauch der Mutter oder intra partum bei Steißlagen zustande. Die Einrenkung gelingt fast immer, die zweite Gruppe ist weit schwerer zu heilen, oft nur zu bessern. Unter 86 Fällen gehörten 23 der ersten, 51 der zweiten und 12 der dritten Gruppe an.

Diskussion: P. Redard (Paris) empfiehlt, jenseits des 12. Lebensjahres von einer blutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung abzusehen, da sie oft zu Gelenkversteifungen führt. Die Transposition des Kopfes unter den vorderen unteren Darmbeinstachel genügt, um die Schmerzen zu beseitigen und die Verkürzung und das Hinken wesentlich zu verringern.

Calot (Berck) zeigt seine guten operativen Erfolge an einigen 30 Kindern, denen eine Spur ihres früheren Leidens nicht mehr anzusehen ist.

Le Damany (Rennes). Die rationelle Behandlung der angeborenen Hüftverrenkungen.

D. legt den Hauptwert auf eine mobilisierende und korrigierende Nachbehandlung.

Judet (Paris) fixiert nach der Reposition bis zum 6. Lebensjahr in 30—40° Abduktion für 5 Monate und läßt dann noch 1—2 Monate Bettruhe einhalten, während der das Bein allmählich die gewöhnliche Stellung einnimmt. Vom 6. bis 12. Lebensjahre legt er nach der Einrenkung zuerst einen Gipsverband in 90° Flexion und Abduktion und in Außenrotation an, dann einen zweiten in 45° Abspreizung und Innenrotation. Ähnlich verfährt er bei Kindern unter 3 Jahren, bei denen das Gelenk im allgemeinen schwer reponiert zu erhalten ist.

Thiéry empfiehlt die quere oder senkrechte Durchsägung der Kniescheibe zur Untersuchung und Behandlung des Kniegelenkes.

L. Championnière hält zwei parallele Längsschnitte zu beiden Seiten der Kniescheibe für vorteilhafter und schonender.

Barbarin (Paris). Atrophische Verlängerung (Ollier) der Knochen des unteren Gliedes bei Tumor albus genu des Kindes.

Während Oberschenkel- und Schienbeinschaft sich unter dem Einfluß einer Kniegelenkstuberkulose verjüngen, werden ihre kranken Epiphysen, solange die Tuberkulose aktiv ist, höher, weil die Entzündung einen Wachstumsreiz auf den Epiphysenknorpel ausübt. Die Verlängerung geht bis zu 3—4 cm, beträgt aber für gewöhnlich nur einige Millimeter. Am häufigsten ist die untere Femurepiphyse beteiligt. Der Anreiz zum Knochenwachstum kann auch ungleichmäßig erfolgen, so daß nur der äußere oder — weit öfter — der innere Condylus höher wird, wodurch seitliche Deviationen im Kniegelenk zustande kommen. Bei wiederholter Messung und Röntgenkontrolle läßt sich die Deviation durch einen rechtzeitig angelegten Gipsverband verhindern.

Ménard (Berck). Reine Knochentuberkulose des vorderen Tarsus.

Meist bei Kindern, seltener bei Erwachsenen, ist zunächst nur ein Tarsalknochen ergriffen, weshalb ein frühzeitiger operativer Eingriff fast sichere Heilung bringt. Von den letzten vier Mittelfußknochen greift die Tuberkulose leicht auf die Fußwurzel über, weil ihnen die hintere Epiphyse fehlt. Auch die Tuberkulose des hinteren Tarsus breitet sich nur sekundär auf den vorderen aus.

P. Delbet (Paris) mußte in einem Falle von Luxation des Talus nach außen und dorsal mit lateraler Umdrehung des Knochens blutig reponieren. Die äußeren Seitenbänder des Tibiotarsalgelenkes waren zerrissen, der Talus war nur noch durch Reste des Lig. talo-naviculare medium in Verbindung mit dem Fuße. Das Repositionshindernis bildete das interponierte Lig. fundiforme.

Demonstration von Instrumenten.

Dupuy (Paris) zeigt Formalinsterilisationsapparate für Katheter und für Instrumente, einen Gehapparat für Unterschenkelbrüche, der in zwei federnde Wülste ausläuft und einen Apparat zur Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen.

Le Damany (Rennes) zeigt eine zerlegbare Beckenstütze und einen Apparat, um Hüftgelenksverrenkungen allein durch den Gang in korrekter Stellung zu reponieren.

Mencière (Reims) legt einen Agraffenträger aus Aluminium, ein Instrument zur subkutanen Modellierung der Knochen, eine Quetschpinzette und eine schneidende Pinzette und endlich einen Modellierspatel vor.

Péraire (Paris) demonstriert eine dreh- und neigbare Krankenhebevorrichtung, die sich an Metallbetten anbringen läßt und aus parallelen Eisenbändern besteht, die an zwei Rohren verschieblich befestigt sind. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

16) **A. Hagentorn.** Über Bauchschüsse im Frieden und ihre Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XCII. p. 1.)

H. hatte im städtischen Krankenhause zu Kowno infolge der unruhigen Verhältnisse in Rußland in nur einem Jahre (1906) 78 Schußverletzungen, darunter zehn Bauchschüsse (12,8%) zu behandeln. Acht Pat. wurden operativ behandelt, davon starben fünf, wobei aber eine Verletzung, Schußverletzung der Vena cava inf., von vornherein aussichtslos war. Von den zwei exspektativ behandelten Fällen ist einer genesen. Die operierten geheilten Fälle betrafen das erstemal einen Leberschuß, bei welchem das mit der Sonde fühlbare Geschoß aus der Leber extrahiert wurde. Aus der mit Gaze drainierten Wunde entleerte sich etwa eine Woche lang reichlich Galle, übrigens war der Verlauf glatt. Besonders interessant ist Fall 2, eine gleichzeitige Durchschießung von Dünndarm und Harnblase betreffend, wobei das Geschoß den Körper völlig durchsetzt hatte. Es waren im Darme wie in der Blase je zwei Schußlöcher zu nähen (5 Stunden nach der Verletzung), aus der Bauchhöhle Harn und einige feste Kotpartikel zu entfernen. Während der Heilung vorübergehende Harnentleerung aus der Wunde, ferner



Cystitis und Epididymitis infolge von Verweilkatheter, sonst guter Verlauf. Diese Doppelverletzung ist recht selten, und hat H.'s Fall nur zwei Seitenstücke, je einen Fall von Finkelstein und Perthes. Der dritte geheilte Operationsfall interessiert dadurch, daß bei der Operation nur eine blauschwarze Kontusionsstelle am Dünndarm gefunden wurde, daß aber während der Heilung 4 Tage sich aus der Wunde Kot entleerte. Die Bauchnaht vereiterte infolgedessen, sonst war der Erfolg gut. Betreffs Details der übrigen Fälle siehe Original.

Dem eigenen Materiale läßt Verf. die von ihm aus der (meist deutschen) Journalliteratur der letzten Zeit gesammelte Kasuistik der Bauchschüsse in Friedenszeit folgen, zusammen mit den eigenen ein Material von 97 Beobachtungen ergebend, um es nach verschiedenen Richtungen einer epikritischen Allgemeinbesprechung zu unterziehen. Bekanntlich haben die Erfahrungen der letzten Kriege in überraschender Weise die häufige spontane Heilbarkeit der Bauchschüsse ergeben und haben die Kriegschirurgen, allerdings wohl durch die Notlage der äußeren Umstände, gezwungen, die Indikation zu Operationseingriffen aufs äußerste eingeschränkt. Für die Friedenspraxis ist eine so weitgehende Zurückhaltung nicht angemessen, trotzdem ist aber die Frage nach der Überlegenheit der operativen oder exspektativen Behandlung auch hier nicht einfach lösbar. Zunächst ist zumeist schwer entscheidbar, ob ein Bauchschuß penetriert und, wenn er penetriert, ob er ein Organ verletzt hat oder nicht. Dem entspricht, daß die Angaben der Autoren über die Häufigkeit der nicht penetrierenden Bauchschüsse zwischen Null und nahezu 50% schwankten. Die Mortalität von 89 operierten Fällen betrug 44, diejenige von 12 exspektativ behandelten Fällen nur fünf — ein Ergebnis, womit nicht viel anzufangen ist. Wichtiger erscheint schon, daß, wie H. fand, die Resultate bei Operationen binnen 5 Stunden nach der Verletzung 56,6% Heilungen ergaben, diejenigen bei späteren Operationen nur 33,3—36,3%. H. folgert hieraus, daß, sollen überhaupt Laparotominen gemacht werden, diese tunlichst rasch als Frühoperationen vorzunehmen sind. Er rät ferner, tunlichst allgemein Probeinzisionen vorzunehmen zwecks Feststellung, ob der Schuß penetriert und ein Organ verletzt hat. Diese Probeschnitte sollen unter Lokalanästhesie ausgeführt werden und sollen die Richtung, die das Geschoß mutmaßlich nahm, berücksichtigen, also: bei geradem Schußverlauf Inzision im Schußloch, bei schrägem Einschnitt daneben. Vernotwendigt sich weiter Wundversorgung an inneren Organen, so verfahre man möglichst schonend. Tunlichst soll man auch hier versuchen, ohne Allgemeinnarkose auszukommen: denn H. sah bei Alkoholikern, die schlecht zu narkotisieren sind, infolge ihrer starken Exzitation mit heftigen Abwehranstrengungen recht übeln Einfluß der Narkose.

Hinzuzufügen ist noch, daß H. in seinen Fällen eine besonders bedenkliche Infektiosität von Dünndarminhalt im Vergleich zu Dickdarminhalt nicht konstatieren konnte.

Zur Stillung der Blutung aus den parenchymatösen Organen empfiehlt er in erster Linie die Naht als Normalverfahren. Für Milzblutung mag die Splenektomie das beste sein. Doch gelang bei einem Milzstich die Blutstillung mittels Naht. Mit Milztamponade dagegen hatte Verf. einmal einen völligen Mißerfolg.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Hartleib.** Stichverletzung des Bauches — Laparotomie nach 73 Stunden — Heilung. (Aus der chirurg. Abteilung des Marienhospitals Bonn-Venusberg. Prof. Greff.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 8.)

Der 7jährige Knabe kam 53 Stunden nach der Verletzung in das Krankenhaus bei gutem subjektiven Befinden; erst ca. 20 Stunden später trat Erbrechen und Meteorismus auf, so daß nunmehr der Bauchschnitt notwendig wurde. Die verletzte Darmschlinge wurde sofort gefunden; sie war verklebt mit der parietalen Serosa und zeigte zwei schmutziggrau belegte Schnittwunden. Bei dem Hervorziehen der Schlinge löste sich die Serosa von der Muscularis ab; Naht derselben und der beiden Löcher mit nachfolgender Enteroanastomose in Rücksicht auf die

entstandene Darmverengerung. Das Erbrechen bestand noch 2 Tage lang; dann ungestörte Heilung. **Kramer** (Glogau).

18) **Autenrieth** (Calw). Ausgedehnte Mesenterialabreißung bei Bauchkontusionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Das $4^1/_2$jährige Kind war von einem Wagen überfahren worden, der ihm über den Leib ging; es bestanden die Zeichen innerer Blutung, so daß $2^1/_2$ Stunden nach dem Unfalle der Bauchschnitt gemacht wurde. Die Flexura sigmoidea zeigte eine welschnußgroße, nicht ganz penetrierende Ruptur, die sofort übernäht wurde; ferner fand sich der Darm, ca. $^1/_2$ m vom Blinddarm entfernt, auf eine Strecke von 35 cm von seinem Gekröse abgerissen, der Riß gegen die Wurzel des Mesenterium 12 cm weit fortgesetzt und Äste der Art. mesent. sup. durchtrennend. Resektion von 115 cm Dünndarm, Darmnaht. Glatte Heilung.

Kramer (Glogau).

19) **O. Rothschild** (Frankfurt). Über die lebensrettende Wirkung der Adrenalin-Kochsalzinfusionen in einem Falle peritonealer Sepsis.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Nach dem Vorgange von L. Heidenhain hat R. in einem Fall von schwerstem Kollaps 12 Stunden nach der Operation wegen Appendicitisperforation und peritonealer Sepsis nach erfolgloser Anwendung von Kampfer und Kochsalzinfusionen eine Adrenalin- (8 Tropfen einer 1%igen Adrenalinlösung zu 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung) Kochsalzinfusion intravenös mit glänzender Wirkung vorgenommen; sie wurde am nächsten Tage noch einmal intramuskulär wiederholt und führte rasch zu Euphorie. **Kramer** (Glogau).

20) **Widmer** (Zofingen). Halbseitentemperaturen bei Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

In einem Falle von destruktiver Appendicitis mit Peritonitis ließen sich 8 Tage lang Erhöhungen der rechtsseitigen Achselhöhlentemperatur um 0,3—1,5° im Vergleich zur linksseitigen feststellen; diese einseitigen Erhöhungen waren nach dem ersten Fieberanfall, als die Pat. an einer Thrombophlebytis des rechten Beines erneut mit Fieber schwer erkrankte, nicht mehr vorhanden, so daß W. die Temperaturdifferenzen während der appendicitischen Erkrankung auf die direkte Beteiligung der Haut bzw. ihres angioneurotischen Apparates rechterseits am Entzündungsprozeß zurückführen möchte. **Kramer** (Glogau).

21) **B. P. Kester.** Zur Frage von der Pseudoappendicitis.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 10 u. 11.)

Pat., 22 Jahre alt, hatte im April 1905 den ersten Appendicitisanfall, den zweiten 1 Jahr später. Sie lag $1^1/_2$ Monate in der Klinik, wurde intern behandelt; hier entstand scheinbar eine Perforation: Starke Schmerzen, Erbrechen, Aufstoßen, Puls 120—140, Bauch leicht aufgetrieben; doch trat nach Klysma reichlicher Stuhlgang und Besserung ein. Bis Oktober 1906 noch sechs Anfälle; starke Abmagerung (14 kg Gewichtsabnahme). 3. Oktober Exzision des vollständig normalen Wurmfortsatzes. Der Zustand wurde nach der Operation rasch schlimmer, und im Januar 1907 mußte Pat. in die psychiatrische Klinik übergeführt werden, wo hysterische Psychose erkannt wurde. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

22) **J. W. Dowden.** A hundred consecutive operations for appendicitis; some deductions thereform.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. Februar.)

Statistische Arbeit über 100 Operationen wegen akuter Appendicitis. Als begünstigende Entstehungsbedingung sieht Verf. kariöse Zähne, Verwachsungen und Knickungen am Wurm selbst an. Sehr oft findet sich neben der ileo-coecalen

Druckempfindlichkeit eine solche auf der linken Seite etwas unterhalb der Nabellinie. Meist verschwindet sie bei der Prüfung, wenn man den ileo-coecalen Druckpunkt tastet; bleibt sie trotzdem bestehen, so hat man Grund anzunehmen, daß der Wurm zur linken Seite hinüberreicht oder eine fortschreitende Peritonitis vorliegt. Dieses neue Symptom kann unter Umständen von Wert sein. In einer Reihe von Fällen wurde eine akute Appendicitis vorgetäuscht durch Perforation eines Duodenalgeschwürs, Stieldrehung einer Eierstocksgeschwulst, eitrige Koxitis u. dgl.

Bei dem gegenwärtigen Standpunkt unserer Diagnosenkunst ist die einzige logische Behandlungsart die Entfernung des Wurms zur frühesten Zeit.

Die 100 akuten Fälle hatten eine Sterblichkeit von 16%.

Weber (Dresden).

23) G. F. Whyte. Notes on a case of perforative appendicitis in an inguinal hernia.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. April.)

Ein 29jähriger Mann mit angeborenem Leistenbruch erkrankt unter Erscheinungen einer Einklemmung. Die Operation deckt als einzigen Inhalt des Bruches einen brandigen, perforierten Wurmfortsatz, umgeben von einem Abszeß, auf. Ausgang in Heilung. Die kurze Mitteilung enthält eine Zusammenstellung der englischen Literatur über Beziehungen zwischen Hernie und Wurm.

Weber (Dresden).

24) Krumm. Über die Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes.

(Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden 1908. Nr. 1.)

An eine allgemeine Besprechung über das Vorkommen des Wurmfortsatzes in Brüchen, an Appendicitis im Bruchsacke, fügt K. die Geschichte eines Falles von eingeklemmter Darmschlinge, über welche der Wurmfortsatz hinüberzog, an ihrer Spitze mit dem Bruchsackhals verwachsen, in der Mitte gangränös. Die Schlinge erholte sich und konnte reponiert werden. Die primären Brucheinklemmungen des Wurmfortsatzes teilt K., wie Roser, in solche des Wurmfortsatzendes und der Wurmfortsatzschlinge. Für beide Fälle demonstriert er typische operativ gewonnene Präparate. Prädisponierend für das Zustandekommen ist ein sehr langes Mesenteriolum und ein langer Wurm. Die klinischen Symptome sind die eines eingeklemmten Bruches ohne Darmpassagestörungen.

Deetz (Homburg v. d. H.).

25) G. L. Chiene. Notes on a case of perforation of the appendix in the right inguinal canal of a patient aged seventy-five.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. April.)

Das Interesse des Falles liegt erstens im Alter des Pat. und zweitens darin, daß der Wurm 50 Jahre lang ohne irgend eine Störung im Bruchsack gelegen hatte, bis er ohne ersichtliche Veranlassung Entzündung und Perforation darbot. Heilung durch Operation. **Weber** (Dresden).

26) G. Halley. Two cases of inguinal hernia.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. März.)

Der zweite von den Fällen bietet Interesse: Bei einem 50jährigen Manne, der fast sein ganzes Leben lang ein Bruchband getragen hatte, wird durch Radikaloperation seines Leistenbruches ein strangförmiges Gebilde, ähnlich einem verödeten Bruchsack, mit entfernt. Erst die Entstehung einer Kotfistel 8 Tage später und die mikroskopische Untersuchung deckten den Zusammenhang auf: das Gebilde war der Wurmfortsatz gewesen. Ausgang in Heilung. Reine Wurmfortsatzbrüche ohne Einklemmung oder Entzündung sind selten.

Weber (Dresden).

27) **G. Katzenelenbogen.** Über die Radikaloperation des Leistenbruches der Kinder. Eine Modifikation der Bassini'schen Methode.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 6. [Russisch.])

In einem Falle von angeborenem Bruch, wo K. den Sack nicht nach Kocher verlagern konnte — er ließ sich nicht leicht von den Leistenkanalwänden ablösen —, zog er mit dem Sack auch den Hoden durch die nach Kocher angelegte Öffnung in der Bauchwand, fixierte hier den Bruchsackhals (nach Lucas-Championnière), legte nun die Kanalnaht nach Kocher an, breitete den Samenstrang über den Obliquus ext. aus, reponierte den Hoden in den Hodensack und vernähte die Haut über dem Samenstrange. Hier wurde also die Verlagerung nach Kocher ausgeführt, der Samenstrang nach Bassini versorgt und dabei die vordere Wand des Leistenkanales unversehrt gelassen.

Verf. empfiehlt diese Methode für Leistenbrüche der Kinder.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

28) **Waiss.** Dermoids of the inguinal canal.

(Surgery, gynecology-obstetrics Bd. VI, 4.)

Die Geschwulst wurde bei einem 37jährigen Mann entfernt, der sie seit 14 Jahren bemerkt hatte. Sie wuchs sehr langsam, lag im Leistenkanal, war oval geformt und verlief mit ihrer Längsachse parallel zur Achse des Seitenkanals. Bei Anziehen des Samenstranges bewegte sie sich etwas; man hatte bei Druck das Gefühl, als ginge Flüssigkeit allmählich aus einem Sack in einen anderen. Bei der Operation fand man, daß die Dermoidcyste mit dem Schambein durch fibröse Stränge ziemlich fest verwachsen war. Sie enthielt Talg und Haare, eine Hernie fand sich nicht.

Trapp (Bückeburg).

29) **Durlacher** (Ettlingen). Über die Lebensfähigkeit Neugeborener bei sehr großen inoperablen Nabelschnurbrüchen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

In dem mitgeteilten Falle von sehr großem Nabelschnurbruch oder Bauchspalt trat allmählich unter feuchtwarmen Umschlägen eine Überhäutung der nur von Amnion bedeckten Mißbildung, sowie eine beträchtliche Verkleinerung des Bauchwanddefektes ein; das Kind blieb am Leben und zeigte im Alter von ca. $2^1/_2$ Jahren — außer einer wohl auf Zugwirkung der Eingeweide beruhenden Lordose der Lendenwirbelsäule — zwar keine eigentliche Heilung, aber eine wesentliche Verengerung der Bruchpforte, deren operativer Verschluß nunmehr leichter als in den ersten Tagen nach der Geburt ausgeführt werden kann.

Kramer (Glogau).

30) **Mezger.** Hernia epigastrica kompliziert mit Ulcus ventriculi.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1908. Bd. V. Hft. 2.)

M. berichtet zunächst über einen Fall von »Magenschmerzen« mit Hyperazidität und sehr druckempfindlichem Punkt in der Mittellinie über dem Nabel; bei der unter Annahme einer Hernia epigastrica vorgenommenen Operation wurde keine Hernie gefunden; trotzdem wurde Pat. völlig schmerzfrei, so daß anzunehmen ist, es habe sich doch um einen kleinen Fascienschlitz gehandelt, der durch die bei der Operation vorgenommene Vernähung der eingeschnittenen Fascie beseitigt wurde. In zwei weiteren, einander sehr ähnlichen Fällen schwanden mehrjährige heftige Schmerzen in der Magengegend nach der Operation einer bestehenden Hernie der Linea alba zunächst vollständig; dann aber nach Monaten erneutes Auftreten — in einem Falle nach Trauma, im anderen ohne Grund, und im weiteren Verlaufe Blutbrechen, durch das sich ein bestehendes Magengeschwür kund tat. Möglicherweise war das Geschwür schon zur Zeit der Operation vorhanden und kam dann durch die Liegekur nach der Operation und die Laparotomiediät zur vorläufigen Ausheilung. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Leiden ist nicht festzustellen. Die Geschwürsdiagnose in derartigen Fällen ist schwierig, da es kaum

zu entscheiden ist, auf welche der beiden Erkrankungen die vorhandenen Symptome zurückzuführen sind. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Geissler** (Neu-Ruppin). Zur Behandlung des Kardiospasmus.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Um eine Dauerdehnung der krampfig kontrahierten Cardia zu ermöglichen, empfiehlt G. eine Modifikation des Strauss'sches Instruments, durch die dem Ballon eine zylindrische an Stelle der Spindelform gegeben ist. Der Ballon besteht aus drei Hülsen, die zylinderförmig an einem Schlundrohr luftdicht befestigt sind, und wird vom oberen Ende der Sonde direkt durch den Sondenkanal aufgebläht, der mit dem Ballon durch mehrere die Wand durchbohrende kleine Öffnungen in Kommunikation steht. Die Aufblähung kann durch Luft oder Wasser erfolgen, die Dehnung allmählich bis auf 12 cm gesteigert werden. — Auch für die Weitung von Mastdarmstrikturen usw. kann ein ähnlich konstruiertes Instrument benutzt werden. **Kramer** (Glogau).

32) **K. G. Lennander.** Temporäre Gastrostomie bei Magen- und Duodenalgeschwüren, besonders bei perforierten Geschwüren mit gleichzeitiger Retention.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 297.)

L. bringt neue Beiträge für die Zweckmäßigkeit der früher schon von ihm empfohlenen Anlegung von Fisteln an Magen und Därmen. So wurde bei einem Pat. mit Magengeschwürsperforation, der 60 Stunden nach der Perforation bei vorhandener Peritonitis und linksseitigem subphrenischen Abszeß operiert war, gleichzeitig eine temporäre Gastrostomie und Typhlostomie gemacht, die Bauchhöhle mit »Kofferdam« drainiert. Die Magenfistel soll in solchen Fällen die sofortige Ausführung einer Gastroenteranastomose ersetzen und tut gleiche Dienste wie diese, indem sie Retention im Magen beseitigt. Durch Trinkenlassen alkalischer Wässer, die sich dann zum Teil aus der Fistel entleeren, kann man den Magen auf bequeme Manier spülen und seine Hyperazidität bekämpfen. Die Blinddarmfistel dient nicht nur zur Darmentlastung, sondern wird auch regelmäßig zur Einverleibung von Nahrungsmitteln (Zuckerlösung, Wein, Milch, Mehlbrei) benutzt, nach deren Injektion die Fistel gegen $^3/_4$ Stunden lang abgeschlossen wird. Die Kranke genas, kam aber etwa einen Monat nach ihrer Entlassung mit Magenretentionserscheinungen zu erneuter Aufnahme, um nun durch eine Gastroenterostomie völlig geheilt zu werden. Auch ein zweiter Fall von Magengeschwürsperforation, wo die Durchbruchsstelle nicht ganz sicher durch Naht zu schließen war, wurde mit Gastrostomie behandelt. Das in die Fistel gelegte Rohr glitt am 6. Tage heraus, der weitere Verlauf war glatt. Außer für solche Fälle empfiehlt sich die Gastrostomie auch dort, wo man neben dem perforierten Geschwüre noch ein zweites oder drittes Geschwür zu mutmaßen Grund hat. Weiter dehnt L. die Indikation zu Fistelanlage auch auf einfache Geschwürsfälle aus, in denen der Pat. aber zu einer Gastroenterostomie zu schwach erscheint. Hier soll man dem Magen durch eine Jejunostomie Ruhe verschaffen; lagen auch Stenoseerscheinungen vor, so wurde außerdem auch die Gastrostomie gemacht. Unter derartigen Umständen hat L. bei Geschwür 3mal eine Jejunostomie gemacht; zwei Pat. genasen, der dritte starb an arterieller Geschwürsblutung.

Für Anlage der Fistelbildungen gibt L. genaue technische Vorschriften, die eine Vereinigung der Verfahren von Senn und Witzel darstellen. Die derart gemachten Fisteln schließen sicher ab und veröden sofort, nachdem die eingelegten Rohre entfernt worden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) **A. Stieda.** Über eine seltene Komplikation nach Magenoperationen. (Aus der chirurg. Universtitätsklinik zu Königsberg. Prof. Lexer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Nach einer ausgedehnten Magenresektion mittels der II. Billroth'schen Methode trat in ganz kurzen Pausen sich wiederholendes Erbrechen geringer

Mengen einer leicht blutig verfärbten Flüssigkeit auf, beim Einführen des Magenschlauches war kein Inhalt nachweisbar. Das Erbrechen steigerte sich in gefahrdrohender Weise. Bei einer nochmaligen Operation (Jejunostomie) erwies sich der Magen als völlig leer, und wurde eine Erklärung für das Erbrechen nicht gefunden; es bestand keine Spur von Peritonitis, wie auch die Obduktion des 1 Tag später gestorbenen Pat. bestätigte. S. nimmt als Ursache des Erbrechens eine durch die Operation (mechanische Insulte, Narkose) außerordentlich gesteigerte Reflexerregbarkeit im regionären Gebiet an. **Kramer** (Glogau).

34) **H. Delagénière.** Contribution à l'étude de l'ablation totale et subtotale de l'estomac.

(Arch. prov. de chir. 1908. Nr. 3.)

D. hat zehn totale bzw. subtotale Magenresektionen ausgeführt. Vier Pat. sind dem Eingriff erlegen, sechs haben ihn gut überstanden. D. gibt eine genaue Schilderung der Indikation und Technik. Wenn irgend angängig, erhält er einen kleinen Teil der der Speiseröhre angrenzenden großen Kurvatur, da dies die Einpflanzung ins Jejunum sehr erleichtert. Er wendet bei diesen ausgedehnten Eingriffen stets die II. Billroth'sche Methode an. Die Stelle, wo bei der Vereinigung am häufigsten Nahtinsuffizienz eintritt, ist die rechte Seite der Speiseröhre; deshalb sucht er auch hier einen, wenn auch nur kleinen Saum vom Magen zu erhalten Geht das Karzinom bis dicht an die Speiseröhre heran, so daß dieser Saum nicht zu erhalten ist, so hält er es für besser, von der Resektion abzusehen.

Müller (Dresden).

35) **Dorrance.** I. A diverticulum of the duodenum. II. Meckel's diverticulum, with a secondary diverticulum and a complete mesentery.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. April.)

I. Divertikel des Duodenums $3^1/_2$ cm unterhalb der Vater'schen Papille, von ca. 3 cm Länge. Die Wand bestand aus einer dünnen Muskelschicht und Schleimhaut. (Abbildungen.)

II. Fall von Meckel'schem Divertikel, das in 11 cm Länge vom Darmursprung aus durchgängig war und in ganzer Länge ein eigenes Mesenterium besaß; am Übergang dieses Teiles zu der am Nabel sich ansetzenden bindegewebigen strangartigen Fortsetzung des Divertikels saß nochmals eine Ausstülpung, ein sekundäres Divertikel ohne Mesenterium. Das Divertikelmesenterium bildete einen Strang, der über das Ileum verlief und bei Anfüllung des Divertikels den Darm komprimierte. (Abbildung.) **Mohr** (Bielefeld).

36) **N. Damianos.** Die Darmresektion bei brandiger Darmeinstülpung beim Kinde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 372.)

D., der schon früher einen im Kronprinz-Rudolf-Kinderhospitale in Wien beobachteten Fall von Darminvagination veröffentlichte (s. u. Bl. 1905, p. 478), beschreibt jetzt eine bei einem 9jährigen Mädchen mit Glück ausgeführte Resektion. Es handelte sich um eine aufsteigende Invagination des unteren Ileum, 13 cm lang, und wurde an dessen Resektion zunächst nur die Einnähung beider Darmenden in die Bauchwunde angeschlossen. Nach 14 Tagen 2. Operation, bestehend in Anfrischung der Darmstümpfe nebst axialer Darmnaht. Glatte Genesung. In einem anderen Fall wurde die brandige Invagination leider erst auf dem Sektionstische gefunden, da die Diagnose mangels der typischen Erscheinungen im Leben nicht möglich gewesen war. Zum Schluß gibt D., welcher auf Grund seiner Beobachtung die zweizeitige Darmresektion bei brandiger Invagination der Kinder warm empfiehlt, eine tabellarische Zusammenstellung der bislang veröffentlichten Operationen bei der Erkrankung (im ganzen neun Heilungen gegenüber 34 Todesfällen bei verschiedener Art des Operationseingriffes).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **F. M. Pikin.** Ein Fall von Embolie der Arteria mesenterica superior.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 6.)

Pat., 50 Jahre alt, Alkoholiker, erkrankte am 12. März an rechtsseitiger fibrinöser Pneumonie. 21. März kritischer Temperaturabfall. Am 22. plötzlich Schmerzen im Unterleib, Erbrechen, Stuhldrang; der Zustand verschlimmerte sich rasch, und am 24. kam Pat. mit kaum fühlbarem Puls ins Krankenhaus. Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Beide Unterextremitäten mit bis linsengroßen Petechien besät. Laparotomie. Dünndarmschlingen dunkel, beinahe gangränös, stellenweise mit fibrinöseitrigem Belage. Punktion des Darmes mit nachfolgender Naht, Tamponade der Bauchhöhle. Tod nach 5 Stunden. Sektion: Arteriosklerose; am Mesenterium zahlreiche Blutextravasate. In der Aorta bis zur unteren Teilungsstelle ein Thrombus, 3 cm lang; die obere Gekrösarterie thrombosiert.

Die Petechien an den Unterextremitäten sind eine Folge der Thrombose: die Hautgefäße sind dadurch in ihrer Ernährung gestört. Die Kombination von Ileus und Petechien an den Beinen ist wichtig für die Diagnose des Leidens.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

38) **T. Haagn.** Mitteilung über einen durch Operation geheilten Fall von Thrombose im Gebiete der Vena mesenterica superior.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 79.)

H.'s im Krankenhause zu Mährisch-Rothwasser operierter Fall betrifft eine 37jährige Frau, die vor $1^1/_4$ Jahren Wochenbettfieber mit »linksseitiger Beckenbindegewebsentzündung« durchgemacht hatte und damals $^1/_2$ Jahr lang krank gewesen war. Jetzt war sie ganz akut ohne jede Ursache mit Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung erkrankt. Im Spital folgte auf Einlauf Entleerung von fast 1 l reinen Blutes, die Allgemeinerscheinungen besserten sich zunächst, doch wurde unter zunehmendem Meteorismus links vom Nabel eine wurstförmige Geschwulst fühlbar, weshalb am 3. Tage unter der Diagnose Invagination zur Laparotomie geschritten wurde. Man findet eine 20—30 cm lange, blaurot infarzierte, starr verdickte Jejunumschlinge, deren Mesenterium in Dreiecksform zahlreiche Thrombosen bis an die Gekröswurzel zeigt, ferner einen festen Strang, der vom aufsteigenden Kolon zum Mesenterium des infarzierten Darmes zieht. Durchtrennung dieses Stranges, Resektion des Darmes in 40 cm Länge mittels Murphy-Anastomosenbildung Seit-zu-Seit, Exzision des thrombosierten Mesenterialkeiles. Bauchnaht mit Drainage. Im Heilungsverlauf kam es zu einer kleinen Kotfistel, sowie zu Ileuserscheinungen, weshalb am 21. Tage relaparotomiert wurde. Es wurden einige Darmknickung verursachende Verwachsungen gelöst, auch eine Enterostomie gemacht, worauf der Verlauf sich besserte. Doch war noch hartnäckige Verstopfung zu beseitigen, bevor es zu definitiver Heilung kam.

Die Ursache der Erkrankung in diesem Falle ist ziemlich dunkel, doch neigt H. dazu, sie in der vor $1^1/_4$ Jahren durchgemachten Beckenbindegewebsentzündung zu suchen. In der der Krankengeschichtsmitteilung angeschlossenen Allgemeinbesprechung referiert H. über die einschlägige Literatur, die zum Schluß in einem 17 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

39) **Burckhardt.** Kombination von Aktinomykose und Adenokarzinom des Dickdarmes.

(Zentralblatt für Bakteriologie Bd. XLVI.)

Geschwulst der Flexura linealis von Nierengröße und -Form, in der Hauptsache im Mesenterium und der Serosa sitzend, erweist sich als aktinomykotisch. Gleichzeitig besteht in der Schleimhaut ein Adenokarzinom, oberflächlich, im Beginn, zum Teil schon in die Muscularis eingedrungen. An keiner Stelle ein Zusammenhang beider Geschwülste. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

40) **Goullioud.** De l'amputation abdomino périnéale du rectum. Résultats éloignés et modification opératoire.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 12.)

G. hat 12mal die Exstirpation des Mastdarms auf dem kombinierten abdomino-perinealen Wege ausgeführt, 1mal beim Manne mit tödlichem Ausgang und 11mal bei Frauen, die sämtlich die Operation gut überstanden. Für die Beurteilung des Dauererfolges kommen 8 Fälle in Betracht; von diesen sind 4 einem Rezidiv innerhalb 16 Monaten bis $3^1/_4$ Jahren erlegen, 4 leben und sind gesund, 2, $3^1/_2$, $4^1/_2$ und 8 Jahre. Bezüglich der angewandten Technik sei erwähnt, daß G. stets die Flexur durchtrennt und einen Anus iliacus angelegt hat. Die Hypogastrica hat er, wenn es ohne Schwierigkeiten ging, unterbunden; stellten sich solche aber z. B. bei fetten Frauen ein, so unterließ er diesen Eingriff. Über den vom Perineum aus zu entfernenden losgelösten Darmstumpf hat er das Peritoneum bei seinen letzten Operationen wenigstens so weit wie möglich durch die Naht geschlossen. Die von G. in zwei Fällen angewandte Modifikation besteht darin, daß er, wenn das Karzinom es gestattet, die Durchtrennung des Darmes nicht im Bereiche der Flexur, sondern tiefer in der Höhe der Articulatio sacro-iliaca dextra ausführt, beide Darmenden durch die Naht schließt und einen typischen Kunstafter im Bereiche der Flexur anlegt. **Müller** (Dresden).

41) **Lapointe et Raymond.** Le cancer du canal hépatique et du confluent hépato-cholédocho-cystique.

(Arch. génér. de chirurgie Bd. II. Hft. 3 u. 4.)

Die Beobachtung eines Falles von karzinomatöser Entartung des Ductus hepaticus bietet Verff. Gelegenheit, unsere Kenntnisse über diese seltene Lokalisation des Karzinoms eingehend darzulegen. In der Literatur sind bisher insgesamt nur 69 Fälle beschrieben, von denen lediglich 19 einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden.

Bezüglich der Ätiologie erscheint das häufigere Befallensein des männlichen Geschlechts beachtenswert. Pathologisch-anatomisch handelt es sich entweder um krebsige Infiltration oder um Blumenkohlkrebse; mikroskopisch sind stets Zylinderepithelkrebse nachweisbar. Die Gallenblase ist beim Hepaticuskarzinom infolge funktioneller Atrophie geschrumpft; beim Karzinom der Vereinigungsstelle von Hepaticus, Cysticus und Choledochus findet sich dagegen in der Regel eine gedehnte, ektatische Gallenblase. Die Symptome der Erkrankung sind im wesentlichen die der chronischen Gallenstauung; es besteht jedoch bei kritischer Würdigung aller Tatsachen die Möglichkeit, eine genauere, lokalisierende Diagnose zu stellen.

Von besonderem Interesse erscheint die Zusammenstellung der bisher versuchten operativen Maßnahmen. Unter den 19 Fällen handelte es sich viermal um bloße Probelaparotomien. In vier weiteren Fällen von Hepaticuskarzinom wurden drei Cholecystostomien und eine Cholecystenteroanastomose ausgeführt, die selbstverständlich nicht einmal palliativ wirkten, da hier einzig und allein die Hepatocholangiostomie oder die Hepatocholangioenterostomie in Betracht kommen könnten. Diese Operationen stellen hinwiederum einen viel zu gewaltigen Eingriff dar, so daß Verff. zu dem schon von Kehr betonten Schlusse kommen, daß beim Karzinom des Hepaticus die Morphiumspritze das einzig brauchbare Instrument ist.

Weniger pessimistisch ist die Auffassung der Autoren über eine palliative oder auch radikale Therapie des Karzinoms der Vereinigungsstelle der drei Gallenwege, das bisher in zwei Fällen von Mayo und Kehr radikal entfernt werden konnte. Hepaticoduodenostomie oder Hepaticogastrostomie oder Hepaticocholecystostomie, mit nachfolgender Cholecystoduodenostomie geben Aussicht auf Heilung und sollten daher in günstig gelagerten Fällen versucht werden.

Ausführliche Literaturangaben ergänzen die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

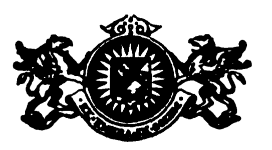
von

K. GARRÈ F. KÖNIG E. RICHTER

in Bonn in Jena in Breslau

Fünfunddreißigster Jahrgang

Nr. 27—52



LEIPZIG

Verlag von Johann Ambrosius Barth

1908

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 27. Sonnabend, den 4. Juli 1908.

Inhalt.

I.

Zur Technik der Gaumenspaltenoperation.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. med. Carl Helbing,
Assistenten und derzeitigem Leiter der Kgl. Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin.

Bei 38 Gaumenspaltenoperationen, die ich im Laufe der letzten 6 Jahre ausgeführt habe, hat sich mir die v. Langenbeck'sche Methode so ausgezeichnet bewährt, daß ich nicht verstehe, warum noch immer andere, viel kompliziertere und schwierigere Operationsverfahren angegeben werden (z. B. die Methoden nach Lane). Ich glaube, daß vielfach die Mißerfolge daran schuld sind, die aber nicht der Methode, sondern wohl der mangelhaften Technik zuzuschreiben sind.

Als einen großen Fortschritt in der Technik der Gaumenspaltenoperation betrachte ich die von Julius Wolff eingeführte Zweizeitigkeit der Operation. Die Vorteile dieses Operationsverfahrens liegen in folgenden Punkten:

Erstens erfolgt der eingreifendere Teil der Operation, d. i. die Ablösung der Lappen, der immer mit einem gewissen Blutverlust verbunden ist, 4—5 Tage vor der eigentlichen Naht, so daß kleinen Kindern während dieser Zeit wieder Gelegenheit zur Erholung gegeben ist.

Zweitens haben die abgelösten Lappen, welche unmittelbar nach der Ablösung in ihrer Ernährung oft geschädigt und anämisch sind, Zeit, sich zu erholen, so daß selbst bei einer ganz schmalen vorderen Brücke die Gefahr einer partiellen Lappennekrose, die bei gleichzeitiger Naht von mir beobachtet wurde, fast ausgeschlossen ist.

Drittens werden die Lappen für die Naht besser präpariert dadurch, daß sie in ihrem Dickenvolumen zunehmen und die Wundflächen nach der Anfrischung dadurch breiter sind.

Viertens endlich ist bei dem zweiten Teile der Operation, bei der Anfrischung und der Naht, die Blutung eine so minimale, daß die absolut notwendige Exaktheit der Naht viel leichter durchzuführen ist.

Die Leistungsfähigkeit der zweizeitigen Operationsmethode wird am besten durch meine Operationsresultate illustriert.

In 38 Fällen gelang es mir 26mal, d. i. in 68,4%, durch eine einmalige Operation einen vollkommenen Verschluß der Spalte zu erzielen (v. Eiselsberg und v. Mikulicz haben 30%, Kappeler und Bunge 50%, Julius Wolff 60% primäre Nahtheilung). Dabei sind auch die Fälle, bei welchen der Processus alveolaris in die Spalte mit einbezogen war, und bei welchen nach Bunge »das Operieren in einer Sitzung wegen Gefährdung der Lappen von vornherein ausgeschlossen ist«, in einer einmaligen Sitzung geschlossen worden.

Auch in diesen Fällen bleibt, wenn man nur die Ablösung der Lappen der Naht um einige Tage vorausschickt, der Lappen, dessen vordere Brücke oft auf einer Seite nur einige Millimeter breit ist und auf dem Alveolarfortsatz selbst zu liegen kommt, so gut ernährt, daß die Naht in der ganzen Ausdehnung der Spalte ohne Gefahr einer partiellen Lappennekrose unternommen werden kann.

Immerhin gibt es jedoch Fälle, die der gewöhnlichen chirurgischen Therapie nach der v. Langenbeck'schen Methode deshalb so schwer zugänglich sind, weil ein Mißverhältnis besteht zwischen der kolossalen Breite der Spalte und den schmalen Gaumenüberzügen, so daß diese beiden letzteren zusammengenommen kaum breiter sind als die Spalte selbst. Die vorhandenen Gaumenplattenreste sind in solchen Fällen nahezu vertikal gestellt. Nach der Ablösung flottieren die Gaumenüberzüge als schmale Lappen und können sich nur schlecht nach ihrer Vereinigung durch Naht an die Gaumenplatten anlegen. Aus den seitlichen Inzisionen sind dann große Löcher geworden. In solchen Fällen ist die Gefahr eine sehr große, daß die seitlichen Löcher per-

sistieren und wir größere Seitenfisteln auf beiden Seiten des Alveolarrandes zurückbehalten. Es ist mir allerdings nur in einem Falle dieses Mißgeschick passiert, daß eine Seitenfistel zurückgeblieben ist.

Diese Gefahr wird sich beseitigen lassen, wenn man in Zukunft vor der Ausführuug der Operation eine Verschmälerung der abnorm breiten Spalte durch Annäherung beider Kieferhälften vermittels geeigneter orthodontischer Apparate vornimmt.

Anläßlich eines Vortrages, den ich auf Aufforderung des Komitees für das zahnärztliche Fortbildungswesen über meine Erfahrungen bei Gaumenspaltenoperationen gehalten hatte, habe ich diesen Vorschlag den Zahnärzten unterbreitet und hatte die Freude, zu erfahren, daß Herr Prof. Schröder, Direktor der technischen Abteilung des zahnärztlichen Universitätsinstituts in Berlin ganz unabhängig von mir in einem Falle, in welchem nach einer nur teilweise geglückten Operation eine breite Gaumenfistel zurückgeblieben war, und in einem zweiten noch nicht operierten Falle von abnorm breiter Gaumenspalte schon praktische Versuche zur Verschmälerung der Fistel, bzw. der Spalte unternommen hatte. Herr Prof. Schröder und ich sind jetzt dabei, die Methode der temporären Verschmälerung des Oberkiefers in frontalem Durchmesser praktisch auszubauen. Es scheint, als ob bereits in ganz kurzer Zeit, in ca. 2 bis 3 Wochen, eine beträchtliche Verschmälerung des Oberkiefers sich erzielen läßt.

Ich bin überzeugt, daß auf diese Weise manche zurückbleibende Fistel, die früher Veranlassung zu einer Nachoperation gab, sich spontan nur unter Zuhilfenahme einer einfachen Ätzung oder Thermokauterisierung ohne Naht schließen läßt, und daß alle Gaumenspalten, auch solche, bei denen man früher wegen der breiten Spalte im harten Gaumen zu plastischen und verstümmelnden Operationsmethoden gegriffen hat, sich nach der v. Langenbeck'schen Methode in einer Sitzung schließen lassen.

Berlin, den 2. Juni 1908.

II.

Ein Vorschlag zur Operation tiefsitzender Ösophagusdivertikel.

Von

Primararzt Dr. Lotheissen in Wien.

Sauerbruch hat mit Hilfe seiner Kammer ein Verfahren ersonnen, das uns in den Stand setzen soll, Stenosen, event. Karzinome, vor allem aber tiefsitzende Divertikel auszuschalten, ähnlich wie es z. B. bei Coecaltumoren durch Enteroanastomose geschieht; er nennt es die Ösophagogastrostomie. Hier wird ein Magenzipfel intrapleural verlagert und nun die Anastomose hergestellt. Bei größerem Divertikel ist nun der Sack fast immer die direkte Fortsetzung der Speise-

röhre. Diese selbst ist gleichsam nur seitlich eingepflanzt. Bei der durch Ösophagogastrostomie geschaffenen neuen Verbindung wird nun der Magen auch nur an die Seitenwand des Ösophagus angelegt; es wird trotzdem das Divertikel die direkte Fortsetzung des Ösophagus bilden. Man müßte also, um den gewünschten Erfolg zu haben, daß die Speisen nun anstandslos in den Magen gelangen, den Ösophagus unterhalb der neuen Anastomose durch Nähte verengen oder noch die Girard'sche Einstülpung anschließen, was die Operation aber gewiß wesentlich kompliziert.

Da die Exstirpation eines tiefsitzenden Divertikels aber wegen der Möglichkeit einer Fistelbildung höchst gefährlich ist, erscheint es mir als ein geeigneter Ausweg aus diesen Schwierigkeiten, die neue Verbindung nicht mit der Speiseröhre, sondern mit dem Divertikel selbst herzustellen und so die von der Natur herbeigeführten Verhältnisse auszunützen.

In der pneumatischen Kammer kann es gewiß nicht schwieriger sein, diese Anastomose herzustellen als die Sauerbruch'sche. Nun besitzt aber nicht jeder eine solche Kammer oder auch nur Überdruckapparate, welche die Ausführung einer derartigen transpleuralen Operation gestatten. Und selbst dann bedarf es noch der Vorübung am Tier. In solchen Fällen könnte die Anastomose auf abdominalem Weg ausgeführt werden (Marsipogastrostomia transpleuralis und abdominalis)[1].

Die Zahl der echten Ösophagusdivertikel ist nicht groß. Starck[2] hat seinerzeit 28 Fälle zusammengestellt, von denen freilich ein Teil aus längst vergangenen Tagen stammt und nur nach den (oft ungenauen) Angaben der Beschreiber eingereiht werden konnte. Die meisten bilden zufällige Befunde bei alten Leuten oder machten, auch wenn sie diagnostiziert waren, so erträgliche Beschwerden, daß eine operative Therapie hier nicht indiziert gewesen wäre.

Für die Operation kämen wohl nur jene Fälle in Betracht, bei denen die Beschwerden bedeutend sind, und die Nahrungsaufnahme nicht genügend ist, um den Körper im Gleichgewicht zu erhalten, wo also Abmagerung eintritt. Das sind auch die leichter zu erkennenden Fälle, bei denen das Divertikel schon größeren Umfang besitzt. Wir finden schon eine Reihe solcher Divertikel beschrieben, die ganz auf dem Zwerchfell aufruhten.

»Schon de Guise (1833) sagt von einem solchen Divertikel, daß es »par sa forme, sa position, sa direction et sa distension comprimait l'orifice supérieur de l'estomac et empêchait l'entrée libre des alimens«. Es muß also wohl dicht auf dem Zwerchfell aufgelegen haben. Der Pat. hatte seit 15 Jahren Schlingbeschwerden. Mintz (Deutsche med. Wochenschrift 1893), 49jähriger Mann, Divertikel 200 ccm groß, Grund bei 40 cm von der Zahnreihe. Reich-

[1] ὁ μάρσιπος, der Beutel.
[2] Die Divertikel der Speiseröhre, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1900.

mann (Wiener klin. Wochenschrift 1893), 44jähriger Mann, Divertikel 100 ccm groß, nach links gelegen, Grund bei 42 cm. Kelling (Münchener med. Wochenschrift 1894), 41jähriger Mann, Sack 300 ccm groß, Eingang 6 cm über der Cardia, Grund bei 44 cm. Reitzenstein (Münchener med. Wochenschrift 1898), 50jährige Frau, Sack 300 ccm groß, nach rechts gelegen, Grund bei 46—48 cm. Landauer (Zentralblatt für innere Medizin 1899), 51jähriger Mann, Grund des Sackes bei 42 cm. Mintz (Wiener med. Wochenschrift 1903), 57jährige Frau. Diagnose mit Röntgenstrahlen bestätigt. Grund bei 46 cm. Sonde kam niemals in den Magen. Tod an Inanition. Operation (d. h. Gastrostomie) wurde verweigert, ebenso die Obduktion.«

Aus dieser kleinen Zusammenstellung geht hervor, daß solche Divertikel gerade in einem Alter beobachtet werden, wo man ganz gut auch einen größeren Eingriff wagen darf, wenn man davon Dauerheilung erhoffen kann. Andererseits sieht man aber auch, wie selten diese tiefsitzenden großen Divertikel sind. Ich konnte daher die Marsipogastrostomie nicht ausprobieren, ehe ich sie zur Prüfung mitteile, da ich vielleicht niemals einen derartigen Fall zu Gesicht bekomme. Vor $1^{1}/_{2}$ Jahren glaubte ich schon bei einem älteren Manne mit sehr tief in den Thorax reichendem Grenzdivertikel die passende Gelegenheit gekommen; die genaue Untersuchung zeigte aber, daß eine abdominale Anastomose nicht möglich war. Der Pat. lehnte überdies jeden Eingriff ab.

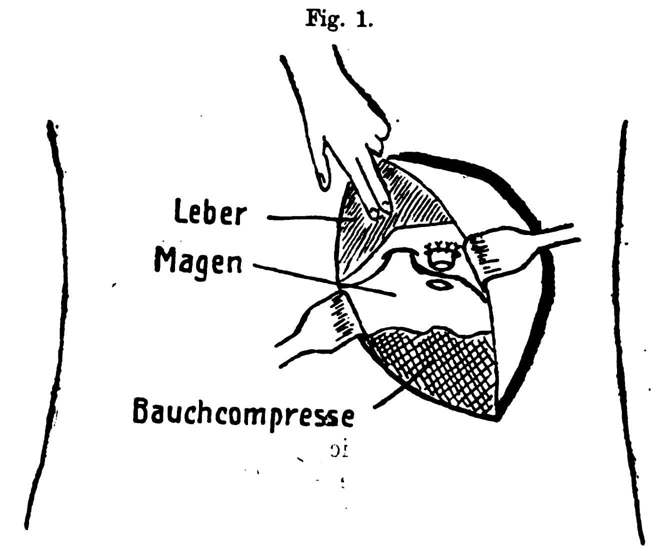
Für geeignete Fälle, wie die oben angeführten, würde sich der Gang der Operation (die ich nach Leichenversuchen als verhältnismäßig leicht ausführbar ansehen muß) folgendermaßen gestalten: Der Hautschnitt geht vom Proc. xyphoid. entlang dem linken Rippenbogen zur Spitze der 10. Rippe. Die Muskeln werden durchtrennt und die Aufklappung des Rippenbogens nach den Angaben Marwedel's[3] ausgeführt. Cardia und Zwerchfell sind so leicht zu erreichen. Da man bei den Sondierungen fast immer nur in das Divertikel gelangt, läßt sich leicht eine Bougie in den Sack einführen, der Finger kann sie tasten, und vielleicht läßt sich das Zwerchfell sogar ein wenig vorbauchen. Das Diaphragma wird nun inzidiert, der Sack, wenn er frei ist, sofort vorgezogen, ist er verwachsen, etwas losgelöst und sein Fundus vorgezogen und sogleich mit ein paar Nähten am Zwerchfell fixiert. Dann wird eine entsprechende Inzision am Magen gemacht und sodann die Anastomose durch Naht hergestellt. Die Nahtlinie kann man event. noch (wie Sauerbruch für den Thorax angibt) mit Lugol'scher Lösung betupfen. Danach wird aber eine Magenfalte ringsherum aufgehoben und direkt am Peritonealüberzug des Zwerchfells angenäht, so daß die Anastomose völlig überdeckt wird.

Besser wird es vielleicht sein, den Murphyknopf anzuwenden, da wir, insbesondere nach Sauerbruch's Angaben, wissen,

[3] Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 35.

daß der Ösophagus für Nähte nicht geeignet ist, um so weniger also der Divertikelsack. Mit einer Sonde läßt sich die eine Hälfte des Knopfes leicht in den Sack bringen, der nur gerade so viel geschlitzt

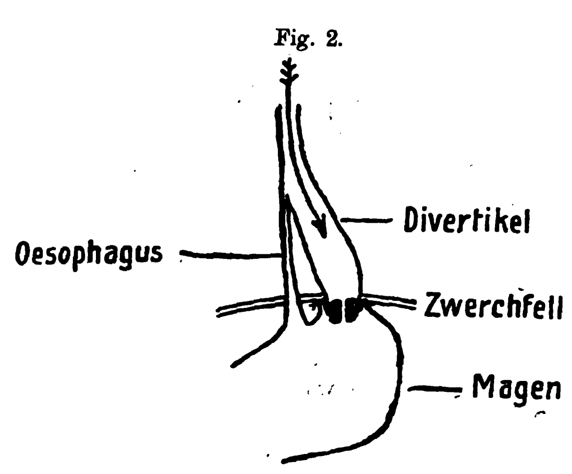
Fig. 1.



Rippenbogen aufgeklappt, Divertikelsack im Zwerchfell fixiert vor Beendigung der Anastomose.

wird, daß der verbindende Knopfteil durchtreten kann. In den Magenzipfel muß er direkt eingefügt werden oder von einer zweiten Inzisionsstelle aus, die dann durch Naht geschlossen wird. Daß der Knopf in den Magen fällt, tut wohl nicht viel; wir wissen ja, daß dies bei Gastroenterostomien öfters der Fall ist, und daß der Knopf bei Karzinom bis zum Exitus ohne Störung getragen wird. Ob der resorbierbare Galalithknopf hier geeignet ist, läßt sich nach den bisher damit gemachten Erfahrungen noch nicht sicher sagen.

Fig. 2.



Schematischer Frontalschnitt, zeigt die fertige Anastomose mit Knopf und deckender Magenfalte.

Der Gebrauch des Knopfes scheint mir besonders für jene Fälle wichtig zu sein, wo man den Divertikelsack nicht gut

frei bringt, wo also die Anastomose quasi im Zwerchfell liegt; hier wäre Naht ganz ausgeschlossen.

Genaue Untersuchung vor der Operation halte ich für unerläßlich. Die Ösophagoskopie wird feststellen, ob der Sack oder die Speiseröhre karzinomatös degeneriert ist, wie das ja vorkommt. Hier wäre die Anastomose wohl kaum erfolgreich. Auch Ulzerationen am Boden des Divertikels wären ungünstig, da sie die Möglichkeit der Anastomose in Frage stellen können. Durch Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Wismutbrei) kann man feststellen, ob das Divertikel rechts oder links vom Ösophagus liegt, und insbesondere, ob der Fundus tatsächlich auf dem Zwerchfell aufruht; event. ist diese Untersuchung mehrmals zu wiederholen, da der Stand des Fundus wechseln kann. Bychowski fand z. B. den Eingang des Divertikels bei 22 cm, der Grund des Sackes stand 14—17 cm tiefer. Dieser Fall wäre also vielleicht auf abdominalem Wege nicht mehr zu operieren gewesen.

Wien, im Mai 1908.

---

1) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Zweiter Ergänzungsband. 1. Heft.

Jena, **Gustav Fischer,** 1907.)

Das erste Heft des zweiten Ergänzungsbandes enthält zunächst Nachträge zu dem früheren Aufsatz von Gotschlich über die Morphologie und Biologie der Bakterien. Am Ende dieses Kapitels findet sich ein sehr ausführliches, über 460 Nummern verfügendes Literaturverzeichnis.

Daran schließt sich ein Kapitel über Pest von Dieudonné, dem ein Aufsatz von Scheller über Diphtherie folgt. In diesem Kapitel werden im Anschluß an die von Beck, Wernicke und Gotschlich bereits im Handbuch niedergelegten Erfahrungen hauptsächlich die neuesten Tatsachen der jüngsten Diphtherieforschung zusammengestellt.

Den Schluß des Heftes bildet eine Darstellung des Gelbfiebers von Otto. Dieser Darstellung sind neben einer Reihe interessanter Textbilder zwei sehr schöne farbige Tafeln beigegeben, auf denen uns die betreffende Mücke in ihren verschiedenen Lebensstadien, sowie Organe von Gelbfieberkranken vor Augen geführt werden.

Silberberg (Breslau).

---

2) **H. Eichhorst.** Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Bd. III.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1907.

Der vorliegende III. Band der 6. Auflage des bekannten Werkes ist ebenso wie die vorhergehenden Bände stark erweitert; er umfaßt auf 1132 Seiten die Krankheiten der Nerven, der Muskeln und der Haut. Auch die Abbildungen sind zahlreicher, 324 Holzschnitte gegen 297 der vorigen Auflage. Dabei ist ein Teil der alten Bilder fallen gelassen bzw. durch neue, anschaulichere, ersetzt.

Unverändert ist kaum ein größerer Abschnitt geblieben. Einige Abschnitte haben naturgemäß bedeutendere Erweiterungen erfahren, so z. B. die über Lähmungen der peripherischen Nerven, Neuritis, Diagnostik der Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten, Syringomyelie, Tabes, Hirnabszeß, Hirngeschwülste, Epilepsie, Tetanie u. a. m.

Das Werk kann auch dem Chirurgen empfohlen werden, besonders dem, der in manchen Fragen der Grenzgebiete sich allein seine Diagnose stellen muß.

E. Moser (Zittau).

---

3) **L. R. Mueller.** Über die Empfindungen in unseren inneren Organen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 4.)

Nach den bekannten Untersuchungen von Lennander, welche vielfach Bestätigung von anderen Forschern erfuhren, sind die meisten inneren Organe: Magen, Darm, Leber, Milz, Lungen, Gehirn gegen äußere Einwirkungen wie gegen die Schärfe des Messers, die Spitze der Nadel, die Hitze des Thermokauters und das Quetschen der Pinzette unempfindlich. M. kann diese Erfahrungen nur bestätigen, macht aber energisch Front gegen die Versuche, diese Beobachtungen auch für die Erklärung der spontanen in den genannten Organen auftretenden Schmerzen zu verwerten. Seine Beweisführung gipfelt in dem Satz, daß es durchaus nicht angängig sei, einem Organ, das gegen chemische und mechanische Reize nicht sensibel ist, deshalb überhaupt jede Schmerzempfindlichkeit abzusprechen; er kommt zu dem Resultat, daß diese Organe in den sympathischen Nervenfasern schmerzleitende Bahnen besitzen. Aus klinischen Erfahrungen und physiologischen Deduktionen, bei denen die bekannten Head'schen Untersuchungen ausgiebig mit herangezogen wurden, schließt M., daß andere Reize als die grobmechanischen und thermischen sehr wohl Schmerzen in den inneren Organen erregen können; solche Reize sind vor allem Störungen der Blutzufuhr in Form von Ischämie, übermäßig starke Kontraktionen der Muskulatur im Magen und Darm, abnormer Inhalt und abnorme Füllungszustände.

M. geht die einzelnen Organe durch und weist in überzeugender Weise die Richtigkeit seiner Ansichten nach. Beim Gehirn suchte man, nachdem die Unempfindlichkeit der Gehirnsubstanz selbst gegen mechanische Eingriffe festgestellt war, alle Kopfschmerzen als »Duraschmerzen« zu erklären. Diese Hypothese erlitt einen schweren Schlag, als sich herausstellte, daß auch die Dura in weiten Bezirken unempfindlich für mechanische Reize ist. M. legt dar, daß das Gehirn selbst auf chemische Noxen (Alkohol, Kohlenoxyd, Nikotin, Bakteriengifte), auf Störungen der Blutzirkulation (Angiospasmus, Embolie), auf geistige Überanstrengung und unangenehme seelische Erregungen hin mit heftigen Schmerzen reagieren kann. Für das Herz stellt er fest, daß zwar dem Herzmuskel sowohl als auch seinem serösen Überzug jede Empfindlichkeit für mechanische und Entzündungsreize abgeht, daß dagegen das Myokard gegen ischämische Störungen ungemein

sensibel ist. Für den Magen und Darm zeigt M. unter anderem die Unzulänglichkeit der Hypothesen von Lennander und Wilms für die Erklärung der Colica saturnina und der tabischen Krisen, ebenso für Gallen- und Nierensteinkoliken, für die Schmerzen bei Erkrankungen der Nieren, einerlei, ob sie entzündlicher, degenerativer oder ischämischer Natur sind. In ähnlicher Weise wird die Empfindlichkeit der Leber, der weiblichen Beckenorgane, der Blase konstatiert.

Danach ist das sympathische Nervensystem mit seinen Verbindungsästen nach dem Rückenmark nicht nur dazu da, seelische Erregungen, welche im Zentralnervensystem vor sich gehen, auf die Vasomotoren, auf die Schweißdrüsen, auf den Magen, Darm und auf die Geschlechtsorgane überzuleiten, der Sympathicus vermittelt auch, getreu seinem Namen, Empfindungen aus den inneren Organen nach dem Gehirn.

Haeckel (Stettin).

---

4) Journal de Chirurgie, monatliche, kritische Revue, herausgegeben von mehreren Professoren in Paris. Preis jährl. 34 Fr.

Paris, **Masson** & Co., 1908.

Seit April dieses Jahres erscheint diese chirurgische Zeitschrift, die, analog dem Zentralblatt für Chirurgie, über die den Chirurgen interessierenden Erscheinungen der neuesten Literatur berichtet. Von Zeit zu Zeit soll ein Übersichtsreferat Platz finden. Regelmäßig wird eine Übersicht gebracht über die chirurgischen und allgemein medizinischen Zeitschriften, über chirurgische Kongresse; eingehende Referate über die wichtigsten Artikel der gesamten Literatur, zum Teil auch illustriert, werden monatlich gebracht.

Die erste vorliegende Nummer zeichnet sich aus durch klare, eingehende Referate. Die Ausstattung ist gut. **Stocker** (Bonn).

---

5) **O. Aichel.** Eine neue Hypothese über Ursachen und Wesen bösartiger Geschwülste.

(Santiago de Chile 1908. 36 S.)

Eine ausführliche, klar geschriebene Analyse aller bisherigen Hypothesen über Krebsätiologie führt den Verf. zu dem Ergebnis, daß die Hypothesen, mögen sie sich auf allgemeine oder lokale, äußere oder innere irritative Einflüsse, auf die somatische Zelle beziehen, mögen angeborene Ursachen oder ontogenetischer wie phylogenetischer Atavismus ins Feld geführt werden, mögen lebende Mikroorganismen irgendwelcher Art oder gar Körperzellen artfremder Tiere der Veranlassung des Übels beschuldigt werden, daß diese Hypothesen den wissenschaftlichen Forderungen nicht haben entsprechen können, nicht weil wir nicht genügend vorgeschritten wären, um den Beweis liefern zu können, sondern weil wir so weit vorgeschritten sind, daß sie in sich falsch sind.

Die Kräfte, welche die somatische Zelle eine bösartige Geschwulst liefern lassen, sucht Verf. in der Vereinigung eines Leukocyten mit

irgend einer der anderen Arten somatischer Zellen, die er im Gegensatz zu den Leukocyten als fixe somatische Zellen bezeichnet. »Denken wir uns, daß ein Leukocyt mit irgend einer somatischen Zelle sich durch Amphimixis vereinige, so haben wir in der Verbindung ihrer Vererbungseinheiten das der Karzinom- oder Sarkomzelle bis ins kleinste entsprechende Bild. Daß die Konjugation dieser stammverwandten Zellen den allgemeinen Gesetzen der Amphimixis entsprechend vor sich gehen muß, ist selbstverständlich, also nach Reduktion der beiderseitigen Chromosomen. So läßt die Sarkomzelle den Charakter des Bindegewebes, die Myosarkomzelle den der Muskelzelle, das Gliosarkom den der Gliazelle usw. erkennen. Dagegen erwirbt durch die Amphimixis mit einem Leukocyten irgend eine der fixen somatischen Zellen die Vererbungseinheiten der Leukocyten, die Vielgestaltigkeit des Kernes (Fragmentierung), die pluripolaren Mitosen finden ihre Erklärung, die Fähigkeit, andere Gewebe aufzulösen, die Kraft nach Verschleppung durch die Blutbahn weiter zu leben, und eben diese Lebensäußerungen irgendwo im Körper fortsetzen zu können, ergeben sich von selbst, kurz, die maligne Zelle ist eben da mit allen ihren Eigentümlichkeiten.«

Ref. möchte dieser kurzen Inhaltsangabe des sicher lesenswerten Aufsatzes doch sein Bedenken über eine solche, jeder tatsächlichen Unterlage entbehrende Hypothese anfügen. Beweise fehlen ganz. Wie soll eine Zelle des Mesenchyms mit einer Epidermiszelle in Kopulation treten? Das widerspricht ganz der Lehre von der Spezifizität der Zellen, die gerade in neuester Zeit immer neue Belege erfährt. Und das schrankenlose Wuchern, die Haupteigenschaft der malignen Geschwulstzelle, ist doch wohl keine den Leukocyten innewohnende Fähigkeit! Eher das Gegenteil! Auch scheint dem Ref. der Ausdruck Amphimixis nicht glücklich gewählt; Weismann, der ihn wohl geprägt hat, versteht darunter jedenfalls ganz etwas anderes als Verf.

Goebel (Breslau.)

---

6) **Wieting** und **Hamadi.** Über die physiologische und pathologische Melaninpigmentierung und den epithelialen Ursprung der Melanoblastome. Ein primäres Melanoblastom der Gallenblase.

(Beiträge zur path. Anatomie u. allgem. Pathologie 1907. Bd. XLII.)

Verff. haben einen Fall von primärem Melanom der Gallenblase mit zahlreichen Metastasen beobachtet. Sie beschreiben ihn ausführlich. Dieser gegen die Regeln der herrschenden Ansicht verstoßende Befund veranlaßte sie, ausgedehnte Untersuchungen an menschlichem und tierischem Material über melanotische Geschwülste und über Pigmentbilder überhaupt anzustellen. Alle basalen Epithelzellen können Pigment bilden, es ist nicht nötig besondere Melanoblasten anzunehmen. Ebenso wie die ektodermalen können auch die entodermalen Epithel- bzw. Endothelzellen Pigment bilden. Das Mesoderm ist bei der Pigment-

bildung nicht beteiligt. Die dunkelfarbigen Rassen neigen nicht mehr zu melanotischen Geschwülsten — gut- und bösartigen — wie die hellfarbigen. **Müller** (Dresden).

7) **Babler.** Malignant degeneration of warts and moles.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. April 18.)

Es wird allgemein zuwenig beachtet, daß Warzen-Muttermäler sehr bösartig degenerieren können. Namentlich chronischer Reiz trägt zur Entartung bei. Deshalb sollen derartige Gebilde frühzeitig durch Ausschneiden entfernt werden. Ätzen und Ausbrennen ist zu verwerfen. Sobald diese Gebilde anfangen schnell zu wachsen, sind sie schon bösartige Geschwülste und als solche zu behandeln. 18 Krankengeschichten, zum Teil mit Abbildungen. **Trapp** (Bückeburg).

8) **Lexer.** Über die Behandlung der flachen Hautkrebse.
(Therapie der Gegenwart 1908. Nr. 1.)

An der Hand in der Literatur niedergelegter und eigener Erfahrungen kommt L. zu dem Resultat, daß sich für die Röntgenbehandlung nur der Basalzellenkrebs eignet, und auch dieser nur dann, wenn keinerlei Drüsenschwellungen vorhanden sind.

Bei der Zweifelhaftigkeit der Resultate, welche die Röntgenbehandlung der flachen Hautkrebse gibt, ist L. dafür, alle noch operablen Fälle zu operieren. Alle inoperablen Formen rät er zu bestrahlen, besonders da, wo hohes Alter und körperliche Hinfälligkeit gegen einen Eingriff sprechen.

Die Operation nennt L. nur dann eine erhebliche, wenn man plastische Deckungen mit gestielten Hautlappen nötig hat. Wo es irgend geht, sucht L. mit ungestielten Cutislappen auszukommen, die am besten dem Arm entnommen werden, damit der Pat. nicht zu liegen braucht. Diese Art der Operation, mit örtlicher Anästhesie ausgeführt, ist gefahrlos und gibt gute kosmetische Resultate. L. zieht dieselbe der noch unsicheren Röntgenbehandlung vor.

Silberberg (Breslau).

9) **L. Dreyer.** Zur Prüfung des Eiters mit Millon's Reagens. Aus der Breslauer chir. Klinik (Prof. Dr. Küttner).
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

D. hat 41 Eiterproben von durch die gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufenen Erkrankungen und 32 Eiterproben von rein tuberkulösen Krankheitsfällen untersucht, in letzteren stets das von Müller als charakteristisch angegebene Verhalten des Eitertropfens in Millon's Lösung von Quecksilber in Salpetersäure, die etwas salpetrige Säure enthält, gefunden: Der Tropfen nicht zu zähen Eiters bildete ein festes, zusammenhängendes Häutchen von zäher Konsistenz, nahm beim Versuch, ihn mittels einer Platinöse unterzutauchen oder anzuheben, eine erbsen- bzw. bohnenförmige Gestalt an und ließ sich fast mühelos

im ganzen aus der Flüssigkeit herausheben. Dagegen bildete der Tropfen von dem durch die gewöhnlichen Eitererreger erzeugten Eiter eine zerfließliche, flache Scheibe, die beim Versuche, sie anzuheben oder unterzutauchen, sofort in einzelne Trümmer zerfiel. Die Rotfärbung des Reagens selbst trat beim gewöhnlichen Eiter nicht regelmäßig auf. Mischinfizierter tuberkulöser Eiter zeigte das Verhalten des gewöhnlichen Eiters. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Looser.** Über Spätrachitis und die Beziehungen zwischen Rachitis und Osteomalakie.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 4.)

L. hat am amputierten, sehr stark verkrümmten Unterschenkel eines idiotischen jungen Mannes, der zahlreiche Spontanfrakturen erlitten hatte und klinisch eine sehr große Ähnlichkeit mit Osteomalakie darbot, dessen Skelett sich aber später vollkommen konsolidiert hat, eingehende histologische Untersuchungen vorgenommen. Er fand Kalklosbleiben des neugebildeten Knochens (osteoide Säume) und Schwund der vorläufigen Verkalkungszone an den Epiphysenknorpeln sowie die sonstigen rachitischen Knorpelveränderungen, einen Unterschied von dem Bilde der gewöhnlichen Rachitis aber insofern, als, abgesehen von den sehr hochgradigen Knorpelveränderungen, die wohl durch das sehr lange Bestehen der Erkrankung zu erklären sind, die Atrophie des alten Knochens ungewöhnlich stark in den Vordergrund trat und die Osteophytenbildung im verbreiterten Periost und im Markraume nur eine sehr mäßige war.

Unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur und früherer eigener Studien über Osteomalakie kommt L. zu dem Resultat, daß Spätrachitis und juvenile Osteomalakie eine einheitliche, untrennbare Krankheitsgruppe bilden, in der rachitische Knorpelveränderungen niemals fehlen, und bei der die Atrophie der Knochen eines der hervorragendsten Symptome bildet; bei beiden Affektionen ist die Mitwirkung eines Entkalkungsprozesses auszuschließen, bei beiden sind zwei große Prinzipien, ein regressives und progressives oder reparatorisches, zu erkennen. Die regressiven Erscheinungen kennzeichnen sich durch die Hemmung aller aktiven Vorgänge der Knochenbildung und des Knochenwachstums: durch die Hemmung der Kalkablagerung in den Knochen und in den Knorpeln der Wachstumszone (osteoiden Säumen, Schwund der präparatorischen Verkalkungszone), die Hemmung der Apposition von lamellösen Knochen (Knochenatrophie), weiter durch die Hemmung des Wachstums der Epiphysenscheiben (verringertes Längenwachstum der Knochen) und die Hemmung der Markraumbildung, infolge welcher der sich bildende Knorpel ungenügend und unregelmäßig eingeschmolzen wird (sog. rachitische Knorpelwucherung). Demgegenüber wirkt ein progressiver, als reparatorischer anzusehender Prozeß in der Bildung von geflechtartigem Knochen im Periost und im fibrösen Mark, der durch mechanische Reizwirkungen lokal gesteigert sein kann. Dieser reparatorische Vorgang ist bei der

kindlichen Rachitis ein sehr lebhafter, bei der Spätrachitis mäßig, bei der Osteomalakie tritt er noch stärker zurück, und bei der senilen Osteomalakie fehlt er fast ganz.

Rachitis und Osteomalakie ist für L. eine identische Affektion, die das menschliche Skelett in jedem Lebensalter betreffen kann, die aber die erste und im gewissen Grade auch noch die zweite Periode des lebhaftesten Knochenwachstums am häufigsten betrifft, und deren klinische und anatomische Erscheinungen durch die verschiedenen physiologischen Verhältnisse der einzelnen Lebensalter modifiziert sind. Die grundsätzliche Trennung von Rachitis und Osteomalakie Virchow's, nach welchem bei der Osteomalakie Festes weich, bei der Rachitis das Weiche nicht fest wird, sei also fallen zu lassen.

Haeckel (Stettin).

---

11) **L. Championnière.** New ideas on fractures, of the utmost importance to the medical profession and to the lay public in connexion with their responsibilities and possible legal liabilities.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Der Pariser Chirurg entwickelt hier seine bekannten Lehren über Knochenbrüche und ihre Heilung. Unser Ziel ist funktionelle Heilung. Dazu ist die Wiederherstellung der anatomischen Form nicht immer notwendig. Röntgenaufnahmen sind ein gutes Hilfsmittel bei Erkennung und Heilung von Knochenbrüchen, aber sie wollen sehr vorsichtig und fachkundig ausgelegt werden. Theorie und mathematische Überlegungen spielen eine sehr untergeordnete Rolle gegenüber der allein entscheidenden klinischen Erfahrung. Eine Umwälzung ist nötig auf dem Gebiete der Knochenbruchheilung, besonders in der Frage der Fixation. Selbst bei Heilung in guter anatomischer Stellung kann später durch zu frühe Belastung eines weichen Callus eine Stellungsänderung eintreten, ohne daß die Behandlung daran schuld zu sein braucht, eine Tatsache, die forensische Bedeutung gewinnen kann. Richter und andere Laien nehmen fälschlich an, ein Knochenbruch müßte nach festen, unveränderlichen Gesetzen behandelt werden. Über diesen Irrtum muß das Laienpublikum aufgeklärt werden, wie einige Rechtsfälle uns lehren. Zu diesen vermeidlichen festen Normen gehören z. B. die Einrichtung eines Knochenbruches, die Fixation, die Notwendigkeit der Röntgenaufnahme. Es wäre wichtiger, das Publikum über die Irrlehre von den festen unverletzlichen Vorschriften aufzuklären als sie in sog. »ersten Hilfeleistungen« zu unterrichten.

Weber (Dresden).

---

12) **F. Karewski.** Kann der Arzt für Unterlassung einer Röntgenuntersuchung verantwortlich gemacht werden?

(Therapie der Gegenwart 1908. Nr. 3.)

Verf. weist darauf hin, wie häufig die Röntgenuntersuchung nach einer Verletzung eine zwingende Notwendigkeit zur Stellung der Diagnose

und für eine sachgemäße Therapie sowie für eine Kritik des Endresultates sein kann. Er erinnert dabei besonders an jene Verletzungen, denen man bei der starken Schwellung des betreffenden Gliedes nicht ansehen kann, ob eine Fraktur oder Luxation oder beides vorliegt. In solchen Fällen ist sofort zu durchleuchten (ein vorhandenes Hämatom hindert dabei nicht!), da sonst die beste Zeit zur Korrektion des verletzten Gliedes versäumt werden und später ein unnötig großer Eingriff oder Funktionsbeeinträchtigung resultieren kann. Für solche Dinge ist der Arzt verantwortlich, weil er die kraft seines Amtes von ihm zu verlangende Sorgfalt außer acht gelassen hat. Das gilt auch, wo bei Unfallverletzten durch Unterlassung einer Röntgenuntersuchung eine falsche Auffassung von angeblichen Funktionsstörungen eintritt.

Selbst die mehr oder minder große Fertigkeit in der Ausübung der Röntgenuntersuchung mahnt zur Vorsicht. Bei Frakturen ist es ratsam, stets in mehreren Achsen zu durchleuchten.

In weiterer Hinsicht kann der Arzt sich Unannehmlichkeiten aussetzen bei der Behandlung der Fremdkörper. Hier tritt auch das Röntgenverfahren in seine Rechte, einmal, um festzustellen, ob der Fremdkörper überhaupt da ist, und dann event. Falles zur Bestimmung des Ortes. Vor jeder Fremdkörperoperation ist zu durchleuchten und im Anschluß an die Durchleuchtung sofort zu operieren, da sonst ein Ortswechsel stattfinden kann.

Eine Reihe markanter Beispiele sind der sehr zu beherzigenden Abhandlung beigegeben. **Silberberg** (Breslau).

---

13) **R. Caminiti.** Ricerche ed experimenti sui trapianti muscolari.

(Policlinico 1908. Vol. XV. 4.)

Verf. betont die noch schwankenden Ansichten über Möglichkeit und Erfolge der Muskellappenverpflanzungen, wie sie bisher von Gluck, Helferich, Salvia, Lapurro, Rydigyier ausgeführt wurden. Er versuchte daher selbst die Transplantation von Muskellappen, indem er einen Muskelbauch entfernte und den entsprechenden Muskel eines anderen Tieres in den entstandenen Defekt einpflanzte. In 20 Experimenten an Hunden wurde 11mal ein positives Resultat erzielt, indem der transplantierte Muskel in wenigen Tagen ausheilte. Dieses außerordentlich günstige Ergebnis führt C. darauf zurück, daß er neben peinlichster Asepsis vor allem auf die Gefäß- und Nervenversorgung der zu transplantierenden Muskelbäuche Rücksicht nahm. Autonome Muskeln mit selbständigen Gefäßen und Nerven wie der Biceps brachii eignen sich nicht zur Transplantation, da die Blutzufuhr nach der Verpflanzung gestört ist und daher leicht ischämische Nekrose eintritt. Von weiterer Bedeutung für das Gelingen der Operation erscheint auch exakte Blutstillung und schräge oder noch besser treppenförmige Schnittführung durch den Muskelbauch, wodurch eine bessere Anpassung der Stücke möglich werden soll. Die transplantierten Mukeln erholen sich rasch und zeigen elektrische und spontane Erregbarkeit;

histologisch läßt sich jedoch lediglich Regeneration durch Bindegewebe nachweisen, das die Muskelwunden und traumatischen Muskelsubstanzverluste ersetzt.

Strauss (Nürnberg).

---

14) **Wolf.** The increase of the osmotic pressure of venous blood after the closure of the afferent artery.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. April.)

W. schließt aus Experimenten an Hunden, daß die osmotische Spannung des Venenblutes regelmäßig durch Unterbrechung der arteriellen Blutzufuhr vermehrt wird, daß diese Zunahme unmittelbar nach der Unterbrechung beginnt und in wenigen Minuten ihren Höhepunkt erreicht. Der Verlauf dieser Drucksteigerung geht also dem Auftreten und dem Maximum der Hyperämie, welche auf eine künstliche vorübergehende Blutleere folgt, vollkommen parallel. Das Resultat dieser Experimente steht in Übereinstimmung mit der Rolle des arteriellen Blutstromes, die Gewebe auszuwaschen; wird letzteres verhindert, so daß die Abfallstoffe, durch die Anämie vermehrt, nicht beseitigt, vielmehr aufgespeichert werden, so muß der osmotische Druck des Venenblutes nach Wiederherstellung der Zirkulation vermehrt sein.

Mohr (Bielefeld).

---

15) **G. Fichera.** Ancora sul meccanismo d'azione dell' iperemia de stasi nelle infezioni.

(Policlinico 1908 sez. chirurgica. Vol. XV, 1 und 2.)

F. kommt zu folgenden Ergebnissen: Tieren, denen er tödliche Dosen virulenter Bakterien in Körpergegenden einspritzte, die gestaut waren, verendeten nicht. Das Transsudat von Organen, die infolge Stauungshyperämie ödematös wurden, besitzt kein erhöhtes bakterizides Vermögen. Pathogene Keime, welche in Bezirke eingespritzt wurden, die sich im Zustande der Stauung und einer, wenn auch leichten serösen Durchtränkung befanden, blieben örtlich lokalisiert. Der Eintritt der Septhämie wird verhindert, da der Übertritt der Bakterien in den Kreislauf mechanisch gehemmt ist. In dem infizierten und gestauten Gewebe treten zahlreiche Wanderzellen, intensive Phagocytose und rasche Neubildung des Bindegewebes auf. Der Zeitraum, innerhalb dessen die Bier'sche Methode zur Behandlung von akuten Infektionen wirksam angewandt werden kann, ist beschränkt. Die Stauungshyperämie ist ohne Einfluß auf Bakteriengifte. Sie wandelt Bakterienprodukte weder um noch neutralisiert sie sie. Sie gewährt somit keinen Schutz gegen toxische Infektionen.

Revenstorf (Hamburg).

---

16) **Forster.** Schwierigkeiten in der Diagnostik der Hirntumoren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 19.)

Bericht über drei Fälle, wo Herdsymptome vorhanden waren, aber trotzdem besondere Schwierigkeiten für die Beurteilung vorlagen.

1) Die Benommenheit des Pat. machte die Untersuchung des Lagegefühls und des Tastvermögens unmöglich, doch konnte bei den Allgemeinerscheinungen und der doppelseitigen Stauungspapille kein Zweifel an der Diagnose Hirngeschwulst und an seiner Lage in der linken Hemisphäre bestehen. Bei der Operation (Prof. Köhler) fand man, wie zuvor angenommen, die Geschwulst in der Gegend der hinteren Zentralwindung und des unteren Scheitelläppchens; sie war fünfmarkstückgroß, scharf gegen die Umgebung abgesetzt. Stumpfe Auslösung. Später Rezidiv und Tod.

2) Bei der Diagnose Acusticusgeschwulst war es schwer zu bestimmen, ob der Sitz rechts oder links, wo die Operation also vorzunehmen war. Da mehr für den rechtsseitigen Sitz sprach, wurde hier die Operation (Prof. Bier) vorgenommen und die Geschwulst gefunden. Tod. Bei der Sektion stellte sich heraus, daß noch eine zweite Geschwulst neben der exstirpierten vorhanden war.

3) Der Fall ist ein Beispiel für die bekannte Schwierigkeit, die Differentialdiagnose zwischen Hydrocephalus und Geschwulst zu stellen. Konstante Herdsymptome sprechen gegen Hydrocephalus, jedoch mit der Ausnahme, daß solche Herdsymptome, die durch Druck auf basal verlaufende Hirnnerven vorgetäuscht werden, ebensogut von Hydrocephalus abhängig sein können, wie von der Geschwulst.

Bei der von Prof. Hildebrand vorgenommenen Operation fand man keine Geschwulst, auf die man gerechnet hatte, doch hatte der Eingriff den Erfolg, daß die subjektiven Beschwerden schwanden und eine weitere Abnahme der Sehschärfe nicht eintrat.

Langemak (Erfurt).

---

17) **E. Siemerling.** Zur Symptomatologie und Therapie der Kleinhirntumoren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 13 u. 14.)

Die durch ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten mitgeteilten sieben Beobachtungen bilden einen sehr lesenswerten Beitrag für die Diagnose der Kleinhirngeschwülste. Die von Oppenheim zuerst hervorgehobene Areflexie der Cornea hält Verf. für ein wichtiges Symptom für die Diagnose der Seite, auf welcher die Geschwulst in der hinteren Schädelgrube ihren Sitz hat. Ob das von Babinski beschriebene Symptom der Adiadokokinesis konstant oder pathognomonisch sein wird, müssen weitere Erfahrungen lehren. Die übrigen Symptome gaben im allgemeinen eine Bestätigung der von anderen Forschern gemachten Beobachtungen, doch hebt S. mit Recht hervor, daß das Fehlen einzelner Symptome durchaus nicht für die Diagnose ausschlaggebend ist, daß man auf ein wechselndes Vorkommen und schwankendes Verhalten gefaßt sein muß und der ganze Verlauf des Leidens, die Aufeinanderfolge der Symptome und ihre Gruppierung maßgebend ist.

Lumbalpunktionen wurden in allen Fällen, bei einzelnen mehrfach gemacht, ohne daß bedenkliche Erscheinungen gesehen wurden, und

empfiehlt Verf. die Operation sowie die Seitenventrikelpunktion bei nötiger Vorsicht zur Entlastung des Druckes bei Kleinhirngeschwülsten. Die Ventrikelpunktion ist namentlich da am Platze, wo die Lumbalpunktion in ihrer Wirkung versagt; sie wird unter Umständen dazu dienen können, den Pat. in einen operationsfähigen Zustand zu versetzen. Bei sicherer Diagnose der Seite sollte, um der drohenden Erblindung vorzubeugen, eine Palliativtrepanation vorgenommen werden.

Langemak (Erfurt).

18) **Bönninghaus.** Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Mit 139 Textabbildungen und 1 Taf. farbiger Trommelfellbilder.

Berlin, **S. Karger**, 1908.

Ein neues Lehrbuch der Ohrenheilkunde darf bei der nun einmal nicht zu leugnenden Überproduktion wohl nur dann auf Erfolg rechnen, wenn es dem Verf. gelingt, seinem Werk ein durchaus individuelles Gepräge zu geben. Das ist aber nur möglich, wenn der betr. Autor auf bestimmtem Gebiete mit bahnbrechend gearbeitet hat. Es ist keine Frage, daß es dem Verf. des vorliegenden Lehrbuches gelungen ist, ein eigenartiges Werk zu schaffen. Dazu trägt die kurze, prägnante, überaus klare Darstellungsweise ungemein viel bei. Besonderem Interesse dürften die Kapitel über Schalleitung und überhaupt über die Physiologie des Ohres begegnen, Gebiete, auf denen Verf. bekanntlich durch seine Untersuchungen über das Ohr des Zahnwales seine besonderen Verdienste hat. Nicht minder anschaulich und durch klare, halbschematische Federzeichnungen erläutert, präsentieren sich die Kapitel über Folgezustände der Mittelohreiterung, die verschiedenen Formen der Meningitis und ihre Heilbarkeit, Extraduralabszeß, Sinusthrombose und besonders über den Hirnabszeß. Auch die Bedeutung der Labyrintheiterung und der Wert der funktionellen Prüfung für die Diagnose derselben ist gebührend gewürdigt. Während sehr richtiger Weise die Technik der operativen Eingriffe im wesentlichen den Spezialwerken überlassen bleibt, haben die zerebralen Hörstörungen, die Taubstummheit und die Begutachtung von Ohrenkrankheiten eine etwas eingehendere Besprechung gefunden, als sie ihnen sonst im Rahmen kurzer Lehrbücher zuteil zu werden pflegt. Es ist wohl kein Zweifel, daß sich das Werk, zumal es auch bezüglich seines Umfanges die Mitte zwischen Kompendium und großem Lehrbuch hält, viele Freunde erwerben wird.

Engelhardt (Kassel).

19) **Dieulafé** et **Herpin.** Les accidents de la dent de sagesse.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 10.)

Zum Verständnis der vielfachen Störungen, welche mit der Entwicklung und dem Durchbruch der Weisheitszähne verknüpft sind, bringen die Verff. zunächst eine ausführliche Darstellung der in Betracht kommenden normalen Vorgänge. Während die Ersatzzähne des Milchgebisses einfach die Stelle der Milchzähne einnehmen, ist die Entwicklung der drei großen Backenzähne an das Längen- und Breiten-

wachstum des Zahnbogens gebunden, das ausschließlich in dem hinter dem zweiten Prämolar gelegenen Abschnitt vor sich geht. Nach vielfachen Messungen, welche die Verff. vorgenommen haben, hat diese Strecke bei einem einjährigen Kinde am Unterkiefer 0,5 cm, am Oberkiefer 0,6 cm Länge, beim Erwachsenen an beiden Kiefern aber 3,5 cm. Am Unterkiefer setzt sich die Alveolarrinne noch auf die Innenseite des aufsteigenden Astes fort, wobei sie sieh etwas nach hinten und oben erhebt. In diesem Teil entwickelt sich der Weisheitszahn und erweitert die hier schmale Rinne, indem er ihre innere Lamelle vorwölbt. Da er sich senkrecht zum Verlauf der Rinne erhebt, so stößt seine Krone mit ihrem vorderen Rande gegen den zweiten Molar. Das beim Durchbruch stark anschwellende Zahnfleisch wird an dieser Stelle eingeklemmt; nach dem Durchbruch bildet es eine Tasche, in der Mikroben und Speisereste stagnieren und, unterstützt durch den Reiz der Kaubewegungen, zu Entzündungen Anlaß geben, die die benachbarten Weichteile, Knochen und Lymphdrüsen ergreifen können. So entstehen Phlegmonen, die nach der Wange oder dem Halse durchbrechen und das Leben gefährden. Am Unterkiefer sind die Schmerzen wegen der Nachbarschaft des Canalis alveolaris stets viel heftiger als am Oberkiefer, wo der Weisheitszahn sich in der Tuberositas anlegt, mit der Längenzunahme des Zahnbogens nach unten rückt und nur selten Störungen bei seinem Durchbruch verursacht. Im Unterkiefer kommt es dagegen sehr oft zu Verlagerungen des Weisheitszahnes; bald bleibt er im Knochen eingeschlossen, oder er liegt verdreht oder verkehrt, zuweilen zwischen den Wurzeln oder in der Pulpahöhle des zweiten Molars oder in einer Cyste eingeschlossen. Mitunter bricht er nach der Haut oder der Incisura mandibulae durch.

Als Beläge für alle diese Störungen führen Verff. eine Reihe eigener und fremder Beobachtungen an; je nach dem Grade unterscheiden sie eine leichte, mittlere oder schwere Form. Die höheren Rassen haben darunter viel mehr zu leiden, weil der Skeletteil des Unterkiefers kleiner ist als bei den niederen Rassen, der Alveolarteil sich also nicht so weit ausdehnen kann. Wegen dieser Raumbeengung wird der dritte Molar bei den höheren Rassen oft gar nicht mehr angelegt.

In der Mehrzahl der Fälle überwiegen die mechanischen Ursachen bei den vom Weisheitszahn ausgehenden Krankheitserscheinungen. Die Infektion tritt erst sekundär hinzu, kann aber auch schon das Zahnsäckchen von dem entzündeten Zahnfleisch aus oder auf dem Blutwege befallen. Die Theorie Moty's (s. dieses Blatt 1901, p. 1165), welcher epitheliale Einschlüsse zwischen den Wurzeln der Weisheitszähne, die auf verschiedene Reize hin wuchern, für alle Störungen verantwortlich macht, kann nach Ansicht der Verff. nur für besondere Fälle gelten.

Die Behandlung richtet sich nach den allgemeinen chirurgischen Grundsätzen; oft wird man den Weisheitszahn opfern müssen. Die prophylaktische Extraktion des ersten Molars ist zu verwerfen, da sich

Störungen von seiten des Weisheitszahnes dann noch gar nicht voraussehen lassen. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

20) Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Herausgegeben von Dr. Felix Blumenfeldt (Wiesbaden).

Würzburg, Curt Kabitzsch, 1908.

Die neue Zeitschrift tritt mit alten und neugegründeten in Wettbewerb, und manchem möchten Bedenken auftauchen, ob gerade der jetzige Zeitpunkt für die Herausgabe günstig gewählt sei, da eben jetzt auch die Zeitschrift für Ohrenheilkunde ihr Absatzgebiet durch Aufnahme der Krankheiten der oberen Luftwege erweiterte und sich der wertvollen Mitarbeiterschaft Killian's zu erfreuen hat. Indessen ist es dem Herausgeber gelungen, sich einen Stab von zum Teil hervorragenden Mitarbeitern zu sichern und so eine Garantie dafür zu bieten, daß das Ziel, das er sich gesteckt, auch wirklich erreicht werde. Besonders sei betont, daß die neue Zeitschrift außer der Tracheo- und Bronchoskopie, die sie als selbstverständlichen Bestandteil des Spezialgebietes betrachtet, als Grenzgebiete vornehmlich die Ösophagoskopie, die äußere Chirurgie des Halses, die Erkrankungen der Lunge und Haut, soweit sie das Spezialfach berühren, und die Pathologie und Therapie der Stimme fördern will. So zählen denn auch hervorragende Chirurgen (Gluck) und Interne (v. Noorden) zu ihren ständigen Mitarbeitern. Auf dem Gebiete der Ösophagoskopie hat sich der Herausgeber der Teilnahme von Starck in Karlsruhe zu erfreuen, der in einem sehr lesenswerten Aufsatz die eminenten Vorteile der ösophagoskopischen Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre gegenüber der chirurgischen betont und, wie nebenher bemerkt sei, in der Wiederempfehlung des Münzenfängers durch Friedrich einen bedeutenden Rückschritt sieht. Erst bei Versagen der Ösophagoskopie, die unbedingt der erste Eingriff bei Fremdkörpern in der Speiseröhre sein soll, tritt die chirurgische Behandlung in ihre Rechte. Auf dem gleich hohen Niveau stehen die meisten der übrigen Beiträge, die zum Teil durch ganz vorzügliche Tafeln illustriert sind. Man darf der weiteren Entwicklung der Zeitschrift mit Spannung entgegensehen.

Engelhardt (Kassel).

---

21) **G. Eckstein.** Anatomische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen den Halsrippen und Skoliosen.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.)

Verf. hat ein Material von 46 Fällen von Halsrippen zusammengestellt. Er ist der Ansicht im Gegensatze zu Garrè, daß Halsrippen allein für die Entstehung hochgradiger cervicodorsaler Skoliosen nicht beschuldigt werden können, sondern daß andere ätiologische Momente für die Erklärung dieser Form von Skoliose herangezogen werden müssen. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

---

22) **Berry.** The Bier-Klapp suction method as an aid to treatment in suppurative conditions of the neck.

(Albany med. annals 1908. Mai.)

B. empfiehlt auf Grund einiger Fälle das Klapp'sche Saugverfahren zur Vor- und Nachbehandlung bei der Operation vereiterter und perforierter tuberkulöser Halsdrüsen. Durch die Vorbehandlung gelingt es, die Mischinfektion rasch zu beseitigen; die Grenzen zwischen erkranktem und gesundem Gewebe werden deutlicher, die Wunde kann eventuell sofort wieder geschlossen und hierdurch eine entstellende Narbenbildung vermieden werden. In der Nachbehandlung nach der Operation wird durch die Saugbehandlung die Ausheilung beschleunigt. Drei von B. mitgeteilte Fälle illustrieren das Gesagte.

Mohr (Bielefeld).

---

23) **Garrè.** La strumectomie dans la maladie de Basedow. Les résultats éloignés.

(Presse méd. 1908. Nr. 17.)

Die Operationsresultate haben sich gebessert, weil die Pat. früher zur Operation kommen. Verf. verwirft die Resektion des Ganglion cervicale des Sympathicus, welche er zweimal ausgeführt hat, weil technisch schwieriger und gefährlicher. Gefäßunterbindung (acht Fälle), verwendet er nur bei stark vaskulären Kröpfen und frischen Fällen, bei denen das Resultat oft auffallend gut ist. Seine Methode der Wahl ist die Hemistrumektomie (30mal) in Äthernarkose. In einem Falle sah er Besserung nach Radiumbehandlung. Jede Operation ist kontraindiziert bei schwer myokarditischen Erscheinungen.

Der unmittelbare Erfolg der Operationen zeigt sich in der Abnahme der Pulsfrequenz. Die Kranken fühlen sich viel ruhiger. Am geringsten beeinflußt wurde der Exophthalmus.

Dauerresultate: Unter mehr als 120 Nachuntersuchten aus den letzten 5 Jahren war der Exophthalmus in einem Drittel der Fälle ganz geschwunden, in einem Viertel wie vor der Operation, in der Hälfte nur noch Spuren.

Die Tachykardie dauerte weiter in vier Fällen. Bei zwei Drittel blieb die Pulszahl unter 92.

Zwei Drittel der Nachuntersuchten haben noch nervöse Störungen. Gewichtszunahmen und Besserung des Allgemeinbefindens bei der Hälfte. G. berechnet für sich 16% Heilungen. Die Ansichten, was unter Heilung zu verstehen ist, sind sehr verschieden, was daraus zu ersehen ist, daß die Ziffern anderer Autoren zwischen 8—72% schwanken. Ein großer Teil von G.'s Kranken ist so gebessert, daß sie ihren Beruf wieder aufnehmen konnten. Er hat nur einen Todesfall, und zwar während der Operation erlebt, bei gleichzeitiger hypertrophischer Thymus. Es bestehen sicher Beziehungen zwischen Thymus und Basedow, welcher Art läßt sich heute noch nicht sagen.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

24) **Geis.** The parathyroid glands.

(Annals of surgery 1908. April.)

Die etwa $^1/_4$ Zoll langen, gelbbraunen, nierenförmigen Nebenschilddrüsen (Epithelkörperchen) besitzen einen Hilus, in den die Art. parathyreoidea eintritt. Das Gewebe setzt sich aus unregelmäßigen, epithelartigen Zellen zusammen, welche säulenartig angeordnet sind und von Bindegewebe durchzogen werden, das seinen Ausgangspunkt von einer dünnen Kapsel nimmt. Es werden gewöhnlich vier Drüsen — auf jeder Seite der Schilddrüse zwei —, und zwar eine obere und eine untere, angetroffen; sie sitzen an der hinteren Fläche der Schilddrüsenkapsel fest an. Die obere, mehr nach außen liegende, liegt an der Cartilago cricoidea, die untere, mehr nach innen liegende, oft unterhalb des unteren Schilddrüsenpoles; sie ist oft schwer zu finden. Die Art. parathyreoidea superior entspringt entweder direkt aus der unteren Schilddrüsenarterie oder aus einer Anastomose zwischen oberer und unterer. Die aus der Art. thyreoidea inferior abgehende untere Nebenschilddrüsenarterie ist, wie an schönen Abbildungen erläutert wird, ein erkennbarer, direkt von der unteren Schilddrüsenarterie abgehender Zweig.

Sowohl die Exstirpation sämtlicher Nebenschilddrüsen, wie die Unterbindung der sie versorgenden Gefäße ruft Tetanie und Tod hervor.

Operativ soll man deswegen bei Exstirpation der Schilddrüse folgendermaßen vorgehen: Nach Durchtrennung von Haut, Platysma und den Mm. sternohyoidei wird die obere Spitze der Schilddrüse vorgezogen und die Art. thyreoidea superior unterbunden. Nachdem man hiernach die Drüse noch weiter vorgezogen hat, sieht man die Art. parathyreoidea, und distal von ihr unterbindet man die untere Schilddrüsenarterie. Man kann auch dort, wo die unteren Schilddrüsenarterien eintreten, eine Klemmzange quer durch die Schilddrüse legen und dann distal abtrennen. Auf beide Weisen wird die Art. parathyreoidea erhalten. **Herhold** (Brandenburg).

---

25) **O. Hildebrand.** Beitrag zur Chirurgie des unteren Ösophagusabschnittes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Verf. erbringt an der Hand einer kurzen Schilderung der Anatomie der Speiseröhre den Nachweis, daß unserem chirurgischen Können Grenzen gesetzt sind, und begründet seine Ansicht, daß die Versuche, das Karzinom des unteren Ösophagusabschnittes operativ zu entfernen, aussichtslos sind; die Gastrostomie bietet für das Leben der Pat. bis jetzt sehr viel mehr als die Resektion der Speiseröhre. Eher gerechtfertigt erscheint die Operation bei dem sehr selten vorkommenden tiefen Divertikel des Ösophagus.

Bei Fremdkörpern von rundlicher Form, die nur kurze Zeit in der Speiseröhre verweilten, genügt bei hochsitzenden die Ösophagotomie, bei tiefsitzenden die Gastrotomie.

Die Entfernung von Fremdkörpern, die längere Zeit in der Speiseröhre verweilten, gelingt nur, wenn man Ösophagotomie und Gastrotomie macht und bimanuell arbeitet, manchmal aber auch dann erst nach Verkleinerung des Fremdkörpers mit Hilfe des Durchglühens oder des Zertrümmerns durch Zange.

Vor jeder Ösophagotomie soll prinzipiell die Gastrostomie gemacht werden, weil dadurch die Aussichten für die primäre Heilung außerordentlich wachsen. **Langemak** (Erfurt).

26) **C. Beck.** Surgical diseases of the chest. 371 S.
Philadelphia, **P. Blakiston's son & Co.,** 1907.

Der bekannte Neuyorker Chirurg will, wie er im Vorwort sagt, seinen Landsleuten, die sich allzusehr auf die Vervollkommnung der Bauchchirurgie beschränkt haben, auch die Krankheiten des Brustkorbes mehr ans Herz legen. Das Buch bringt eine Menge schöner Illustrationen, die zum Teil anderen, meist amerikanischen Werken, entlehnt sind. Die Darstellung ist für einen Chirurgen von Fach etwas kurz. Verf. selbst betont, daß er mit Rücksicht auf den Allgemeinpraktiker mehr Raum auf die Besprechung der Diagnose als der operativen Technik verwandt hat.

Die Darstellung der Skoliose ist äußerst kurz fortgekommen, die Krankheiten der Wirbelsäule fehlen ganz, dafür ist eine sehr lesenswerte Abhandlung mit Abbildungen, betreffend subphrenische Abszesse, gegeben.

Die Diagnose durch Röntgenstrahlen wird, der ganzen Richtung des Verf.s entsprechend, ausführlich besprochen, dagegen kommt das Sauerbruch'sche Verfahren entschieden zu kurz weg. Wenn Verf im Anfang als die drei Revolutionen in der Brustchirurgie die Einführung der Bakteriologie, der Asepsis und der Röntgenstrahlen feiert, so mag das für das ganze große Gebiet der Chirurgie stimmen, für die Chirurgie des Brustkorbes ist Sauerbruch's Idee entschieden das Epochemachendste in der letzten Zeit gewesen. Auch eine Darstellung und Gegenüberstellung von Unter- und Überdruckverfahren wäre sicher erwünscht gewesen. **Goebel** (Breslau).

27) **Le Conte.** Rupture of the lung without costal injury.
(Annals of surgery 1908. März.)

Bei Lungenberstung nach Trauma (Überfahren usw.) tritt eine tympanitische Dämpfung über den Lungen infolge Pneumothorax ein; wenn in solchen Fällen kein Rippenbruch vorhanden ist, kann es zweifelhaft werden, ob es sich nicht um ein Eindringen von Bauchinhalt durch das zerrissene Zwerchfell in die Brusthöhle handeln kann. In einem derartigen Falle hatte Verf. die Laparotomie gemacht und war dann, als die Eingeweide und das Zwerchfell normal angetroffen wurden, erst auf die richtige Diagnose geführt worden. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht, daß bei Eindringen von Bauchinhalt in die Brusthöhle der tympanitische Ton nicht, wie es beim Pneumo-

thorax der Fall ist, bis in die Lungenspitze hinaufreicht; zweitens kommt nur hierbei Erbrechen vor, während es beim Pneumothorax fehlt.

Bezüglich der Behandlung des traumatischen Pneumothorax nach Lungenquetschung ohne Rippenbruch soll nach Verf. rein symptomatisch verfahren werden. Nur wenn Dyspnoe und Puls sehr zunehmen, kann mit einer Spritze die Luft abgesaugt werden; hierzu darf aber nur eine dünne Nadel genommen werden, da sonst leicht Hautemphysem eintreten kann. Auch eine Thorakotomie mit nachfolgender Einführung eines Drains kann in Frage kommen.

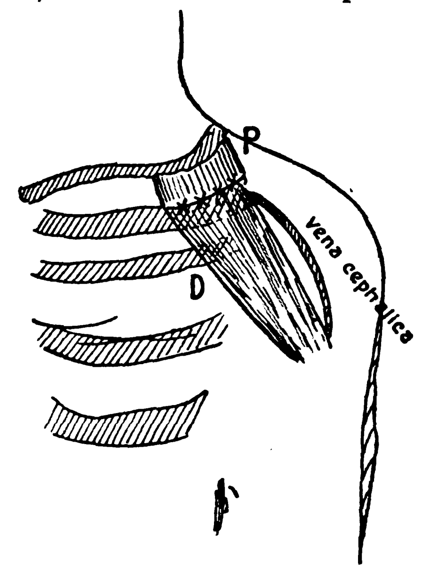
Herhold (Brandenburg).

---

28) **Dawbarn.** Studies in technique of cancer of the breast operation.

(Annals of surgery 1908. März.)

D. bespricht zunächst kurz jene Fälle, in welchen ein in der Brustdrüse sitzender und von starrem Bindegewebe umgebener, sehr kleiner Eiterherd Karzinom vortäuschte und zur Amputation der Mamma führte. Sodann schildert er, wie er bei Brustkrebs operiert. Er beginnt stets mit der Ausräumung der Achselhöhle, da dieses nicht nur verhindert, daß Krebskeime in das Blut- und Lymphsystem gelangen, sondern auch einen geringeren Blutverlust bei dem nachfolgenden Ausschneiden der Mamma, des großen und des kleinen Brustmuskels bedingt, da die diese Muskeln versorgenden Blutgefäße leicht in der Achselhöhle durchschnitten und unterbunden werden können. Während der Operation legt D. ferner um beide Beine in der Nähe des Rumpfes elastische Binden derartig an, daß der Puls weich wird. Die Blutung pflegt dann aus den durchschnittenen



Muskelästen viel geringer zu sein, bei Abnahme der elastischen Binde nach vollendeter Operation wird sie zwar wieder etwas stärker, sie kann aber durch Auflegen von in heißes, gekochtes Wasser getauchten Kompressen leicht gestillt werden. Ferner wird durch diese elastische Umschnürung ein Reservevorrat von Blut bei schwächlichen und anämischen Personen geschaffen. Endlich bildet Verf. aus dem M. deltoideus durch einen rechteckigen Schnitt einen Muskellappen (*D*) und vernäht ihn mit einem am Schlüsselbein gelassenen Stumpf der Clavicularportion des M. pectoralis major (*P*). Auf diese Weise wird

das Heben, die Adduktion und Flexion des Oberarmes nach der Operation erleichtert.

Den Arm fixiert D. nach beendigter Operation nicht am Brustkorbe, sondern in einer Stellung nach oben und rückwärts, so daß die Hand im Nacken liegt. Hierdurch wird es der Pat. ebenfalls möglich, später ihre Hand schneller, z. B. zum Haarmachen, wieder zu gebrauchen. **Herhold** (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

29) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

171. Sitzung vom 11. Mai 1908.
Vorsitzender: Herr Bessel-Hagen.

1) Herr A. Dietrich: a. Über die granulomartige Form des Lymphdrüsensarkoms.

An der Hand einiger Fälle wird die eigentümliche Erkrankung der Lymphdrüsen besprochen, die unter dem Namen der Hodgkin'schen Krankheit im engeren Sinne (Kundrat, Paltauf) bekannt und deren Genese vielfach umstritten ist. Früher der Pseudoleukämie zugereiht, wurde sie von Sternberg als eine eigentümliche Form der Lymphdrüsentuberkulose aufgefaßt, von anderen als eine Infektionskrankheit ohne einheitliche Ätiologie (malignes Granulom von Benda). Es kommen aber Übergänge in echte sarkomatöse Wucherung vor, und D. zeigte in seinen Fällen, daß solche Übergänge ohne jede Änderung im ganzen histologischen Aufbau erfolgen. Aber auch bei den anscheinend rein auf die Lymphdrüsen selbst beschränkten Fällen ließen sich Einbrüche von charakteristischem großzelligen Gewebe in Lymphgefäße und Venen feststellen. Daher ist D. geneigt, die ganze Erkrankung auch dann, wenn kein Übergreifen auf andere Gewebe und Organe ohne weiteres erkennbar ist, als eine eigentümliche Sarkomatose anzusehen und schlägt den Namen der granulomartigen Form des Lymphdrüsensarkoms vor.

b. Ein Fall von Akromegalie.

Demonstration der Präparate eines typischen Falles, an dem besonders die Knochenveränderungen ausgeprägt waren, starker Schwund der Corticalis mit Auftreibung der Gelenkenden, Gelenkveränderungen wie bei Arthritis deformans, großartige rachitisähnliche Umwälzungen an den Knochen-Knorpelgrenzen der Rippen. Mäßige Hyperplasie der Hypophyse.

2) Herr Schäfer: Über intermittierende, mit plastischer Operation behandelte Hydronephrose.

S. stellt einen Soldaten im 2. Dienstjahre vor, den er wegen intermittierender Hydronephrose operiert hat. Die mächtige Geschwulst war vorn, dicht neben dem Nabel, zum Vorschein gekommen. Stürmische Nierenblutungen hatten die Operation dringend gemacht. Es fand sich Descensus und Querlagerung der hypertrophischen rechten Niere. Der Harnleiter verlief in der vorderen Wand des Sackes und endigte unweit des Ansatzes des Sackes an die Niere. Es lag also eine Kombination von Wanderniere und falschem Harnleiteransatz vor. Der Harnleiter wurde, soweit er in der Wand des Sackes verlief, gespalten, die Schleimhautränder mit den Schnitträndern des Sackes vernäht, so daß die Harnleitermündung an die tiefste Stelle des Sackes zu liegen kam, der Sack reseziert, die Nierenbeckenwunde durch Zweietagennaht ohne Drainage geschlossen und schließlich die Niere an der 12. Rippe befestigt. Heilung ohne Fistel.

3) Herr Bessel-Hagen: a. Heilung einer tuberkulösen Lungenkaverne durch Operation.

Die Versuche, auf operativem Wege tuberkulöse Lungenerkrankungen zu heilen, haben seither zu starken Enttäuschungen und zur Anschauung geführt, daß man

die größeren Eingriffe, die Pneumektomie und auch die Pneumotomie, vermeiden sollte. Trotzdem ist nicht jede Operation an der tuberkulösen Lunge zu verwerfen. Es erscheint nur fraglich, ob es gelingen wird, die diagnostischen Schwierigkeiten zu überwinden und die günstigen Fälle herauszufinden. B.-H. erachtet die Indikation zur Operation dort als zwingend, wo von einer Lungenkaverne aus tuberkulöse Fistelgänge über den Bereich der Lunge hinaus in die Thoraxwand eingedrungen sind. Zur Gruppe dieser Fälle, von denen einzelne anscheinend mit gutem Erfolg operiert worden sind, gehört auch der Pat., den er vorstellt.

Angeblich war derselbe nur zweimal »an Husten« erkrankt; im August 1906 bildete sich im oberen Teile der Brustbeingegend, langsam wachsend, ein kleiner Abszeß und gleichzeitig über der rechten Clavicula eine geringe Infiltration, die in der Tiefe hinter der Clavicula verschwand. Es lag die Annahme nahe, daß der Sitz der Tuberkulose, um die es sich handeln mußte, hinter der Brustwand zu suchen sei.

Die Operation, welche im Oktober 1906 von B.-H. ausgeführt wurde, begann mit einem T-Schnitt. Von der Abszeßhöhle aus verliefen Fistelgänge nach rechts hin bis in die Schichten des M. pectoralis major, auf der linken Seite um das Sternum herum in die Tiefe. Nach ihrer Exstirpation wurde unter Erhaltung einer die Sternoclaviculargelenke verbindenden Knochenspange der obere Teil des Sternum mit den Rippenansätzen entfernt und dahinter eine zweite, etwas größere Abszeßhöhle freigelegt, von welcher wiederum verschiedene Fistelgänge ausgingen, nach oben in die infiltrierte Supraclaviculargegend hinein, nach hinten zur Wirbelsäule und nach rechts unterhalb der 1. Rippe zur Lunge hin. Alle tuberkulös erkrankten Teile, gegen die Wirbelsäule hin auch zwei tuberkulös erkrankte Bronchialdrüsen, wurden exstirpiert. Daß diese Drüsen nur zum Teil tuberkulös waren, erschien günstig. Im weiteren Verlaufe der Operation mußte der Verfolgung des zur rechten Lunge hin verlaufenden Fistelganges zunächst die Resektion eines größeren Stückes der 1. Rippe und die Unterbindung der Vasa mammaria int. vorausgeschickt werden. Dann folgte die vorsichtige Spaltung der den Fistelgang deckenden Weichteilschicht bis zu einer ziemlich großen Lungenkaverne hin, die eine dünne, eitrig-trübe Flüssigkeit enthielt. Daß die Wandungen und auch das Gewebe vor der Kaverne der Lunge angehörten, konnte mit Sicherheit erkannt werden. Übrigens fanden sich an den Wandungen der Kaverne nur wenige Unebenheiten, nur einzelne käsige Bröckelchen und wenig, was auf eine weitergehende tuberkulöse Infiltration hätte deuten können. Vorsichtig wurde mit dem scharfen Löffel entfernt, was verdächtig erschien.

Die Heilung nach dieser, öfters von Hustenstößen unterbrochenen Operation wurde durch Tamponade der Lungenhöhle mit Jodoformgaze erzielt. Das Resultat ist ein tadelloses und voraussichtlich auch ein gutes Dauerresultat. Der Ernährungszustand des Pat. ist ein vorzüglicher. An den Lungen sind jetzt keinerlei pathologische Erscheinungen mehr nachzuweisen; und auch auf Röntgenphotographien sind nur diejenigen Erscheinungen sichtbar, die auf Veränderungen des knöchernen Thorax zurückzuführen sind. (Demonstration.)

Daß es sich hier um eine tuberkulöse Kaverne handelte, hat die mikroskopische Untersuchung erwiesen. Nun haben zweifellos in diesem Falle verschiedene günstige Momente einen Einfluß auf die Operation ausgeübt. Doch muß immerhin eine solche Beobachtung ermutigen, unter bestimmten, günstig erscheinenden Voraussetzungen bis in die Lungenkaverne hinein vorzudringen und so eine Heilung anzustreben.

b. Die diffuse Myelomatose des Rumpfskelettes.

Über diese seltene Erkrankung, deren klinische Erscheinungen leicht zu Täuschungen und infolgedessen zu einer fehlerhaften Therapie Anlaß geben, berichtet B.-H. im Anschluß an eine Beobachtung, die er soeben gemacht hat.

Sie betrifft einen 52jährigen Herrn, der zur Operation eines Nierensteines aus dem Auslande nach Berlin gekommen war. Wie er angab, hatte er mehrfach an Nierensteinkoliken gelitten; auch sollte im Sommer v. J. ein starker Eiweißgehalt

und im Februar d. J. eine Eiterbeimengung im Urin beobachtet worden sein. Der Zustand des Kranken war jammervoll. Auffällig war von vornherein, daß das Krankheitsbild mehr, als an die Folgen eines Nierensteines, an eine schwere Erkrankung der Wirbelsäule erinnerte.

Für die Beurteilung des Krankheitsfalles kam nun dem Vortr. ein ebenso interessanter wie ungewöhnlicher Urinbefund zu Hilfe. Es gelang dem Krankenhauschemiker Dr. Beckström, festzustellen, daß im Urin weder Serumalbumin noch Serumglobulin vorhanden war, wohl aber jener merkwürdige Harnkörper, der als Bence-Jones'scher Eiweißkörper beschrieben worden ist. Derselbe ist vorzugsweise dadurch ausgezeichnet, daß er sich beim Erwärmen auf 45—60° ausscheidet, bei weiterem Erhitzen auf 100° wieder löst und bei der Abkühlung von neuem ausfällt, daß ihn dann Siedehitze wieder zur Lösung und Erkalten wiederum zum Ausscheiden bringt.

Von diesem Harnkörper hat nun der Kranke während der ganzen Zeit der Beobachtung nicht weniger als 32—35 g täglich ausgeschieden. Daraus war zu entnehmen, daß nicht eine gewöhnliche renale Albuminurie vorlag, sondern offenbar eine schwere Knochenmarkerkrankung; denn wo dieser Harnkörper gefunden wurde, ist fast in jedem Fall eine schwere Störung im Aufbau des Knochensystems nachgewiesen worden. Hiermit stimmte auch der weitere Verlauf überein, eine wechselnde Druckempfindlichkeit an mehreren Stellen der Wirbelsäule, das Auftreten unerträglicher neuralgiformer Schmerzen in der Brust und in den beiden Rumpfseiten, dann das erste Erscheinen einer geringen, aber mehrfachen Deformation der Wirbelsäule, und gleichzeitig mit diesen offenbar rasch fortschreitenden Umwandlungen das Einsetzen einer Fiebertemperatur von 39° und mehr.

Einen in diagnostischer Hinsicht wertvollen Befund ergaben zwei von Dr. Max Cohn angefertigte Röntgenbilder insofern, als sie die Rumpfknochen, die Wirbel und die Rippen stark durchscheinend, ähnlich wie bei diffus sich ausbreitenden Einschmelzungsvorgängen in der Spongiosa, zeigten.

Weiterhin erschien für die Deutung der pathologischen Veränderungen wichtig die Beschränkung der Krankheit auf die Knochen des Rumpfes, der völlig negative Befund hinsichtlich solcher Veränderungen, wie sie im Röntgenbilde bei Knochenentzündungen und bei der Mehrzahl der Tumoren sichtbar werden, ferner das Fehlen sämtlicher Lymphdrüsenschwellungen und andererseits das Bestehen einer geringen Milzvergrößerung und nur mäßiger Blutveränderungen.

Es lag daher nahe, die Krankheitserscheinungen auf Myelome zu beziehen, gleichzeitig aber auch diejenigen Formen des Myeloms auszuschließen, die in umschriebenen Knoten auftreten und mit Lymphdrüsenschwellungen einhergehen. Die Annahme, daß es sich um die weniger häufige Form des echten Myeloms, um eine diffuse hyperplastische Wucherung der Markzellen mit diffus fortschreitender Einschmelzung der Spongiosa handle, ähnlich wie sie Abrikossoff als diffuse Myelomatose beschrieben hat, wurde bestätigt, als der Kranke vor 2 Tagen unter den Erscheinungen einer rapide fortschreitenden Kachexie der Krankheit erlag. Die Knochen des Rumpfes zeigten sich weich und äußerst fragil, bei Druck knisternd, gefüllt mit einer gleichartigen, dunkelroten Markmasse. Eine genauere pathologisch-anatomische Untersuchung soll noch vorgenommen werden.

Für die Diagnose der Erkrankung glaubt B.-H. dem Nachweise des Bence-Jones'schen Eiweißkörpers einen besonderen Wert beilegen zu sollen. Er weist darauf hin, daß sein Vorkommen außerordentlich leicht übersehen werden kann, da die chemische Untersuchung große Sorgfalt erfordert. Oft mögen aus diesem Grunde Myelome des Rumpfskelettes verkannt worden sein.

Diskussion: Herr Max Cohn demonstriert zwei Röntgenbilder eines Pat., bei dem auch eine disseminierte Erkrankung des Knochenmarkes anzunehmen ist Im Gegensatz zu dem Falle des Herrn Bessel-Hagen ist aber ein relativ gutartiger Prozeß zu konstatieren; es scheint sich um eine bindegewebige Umwandlung des Knochenmarkes mit Zugrundegehen der Knochensubstanz im Sinne der Ostitis fibrosa zu handeln.

4) Herr Fischer: Thrombose der Gallengangkapillaren.

Verstopfung der Gallengangkapillaren durch Gallenthromben, wie sie Eppinger bei toxischem Ikterus (Phosphorvergiftung) und bei cyanotischem Ikterus nachgewiesen hat, mußte bei einem tödlich endenden Falle von schwerem Ikterus als Todesursache angesehen werden.

Es handelte sich um einen 29jährigen Arbeiter, der seit 3 Jahren an wechselndem Ikterus litt; bisweilen traten kolikartige Schmerzen in der Lebergegend auf; Gallensteine konnten im Stuhl nicht nachgewiesen werden.

Nach dem klinischen Bilde war eine Cholecystitis nicht mit Sicherheit auszuschließen; vielmehr war in der Tiefe eine kleine Resistenz zu fühlen. Bei der Laparotomie wurde die Steine enthaltende Gallenblase und der Ductus cysticus entfernt. Dagegen zeigten der Ductus hepaticus und Choledochus freie Durchgängigkeit. Trotzdem nahm die Verfärbung an Intensität bis zur Braunfärbung der Haut zu; auch traten cholämische Blutungen auf. Am 8. Tage p. op. erlag Pat. seinem Leiden.

Bei der Obduktion fand sich die oben angegebene Verstopfung der Gallengangkapillaren. Die Ätiologie für diesen Krankheitsfall ist leider nicht geklärt.

5) Herr Bessel-Hagen: Zur Pathologie der Hirschsprung'schen Krankheit.

B.-H. stellt einen 6jährigen Knaben vor, den er trotz seines äußerst elenden Allgemeinzustandes durch Operation geheilt hat. Der Knabe bot das typische Krankheitsbild dar. Nach dem Ergebnis verschiedener, nach Einführung einer Kuhn'schen Spiraldarmsonde hergestellter Röntgenplatten mußte es sich in diesem Fall um eine stark verlängerte und dilatierte Flexura sigmoidea handeln. Wie sich dann bei der Operation zeigte, nahmen die Schenkel dieser bis zur Dicke eines Mannesarmes aufgeblähten und stark hypertrophisch gewordenen Darmschlinge etwa $^3/_4$ des ganzen Bauchraumes ein; zugleich aber waren sie unter Bildung eines Volvulus derart gelagert, daß der zuführende Schenkel vom Colon desc. aus in das kleine Becken hinab, dann zur anderen Bauchseite hinüber, und der abführende Schenkel von dort und von der Oberbauchgegend her an der Hinterwand des Beckens abwärts verlief, also zwischen Beckenwand und zuführendem Schenkel eingeengt war. Jede Füllung und Dehnung des zuführenden Schenkels mußte so zu einem temporären Darmverschluß führen. Die ganze Schlinge wurde nun nach Aufdrehung des Volvulus vor die Bauchwand gelagert, mit der Bauchwunde vernäht und nach einigen Tagen abgetragen, so daß nunmehr ein Anus praeternaturalis vorhanden war. Nach einiger Zeit wurde dann der Sporn beseitigt und die Darmöffnung durch eine plastische Operation wiederum geschlossen.

B.-H. betont die Wichtigkeit und Bedeutung der mechanischen Hindernisse für das Zustandekommen der Hirschsprung'schen Krankheit und demgemäß auch die Wichtigkeit chirurgischen Eingreifens. Für die Reihe derjenigen Fälle, zu denen der besprochene gehört, wo bei kongenitaler Anlage einer abnormen Schlingenbildung sekundär mechanische Hindernisse eine wichtige Rolle spielen, ist jedenfalls eine interne Behandlung zwecklos und oft auch gefahrbringend. Doch soll unter Rücksichtnahme auf den geschwächten Allgemeinzustand des Kranken der Operation zunächst eine längere Vorbehandlung mit Darmspülungen vorausgehen und beim Operieren selbst der Wagemut nicht zu weit führen. Für die Mehrzahl der Fälle wird bei vorsichtigem Vorgehen die zweizeitig ausgeführte Resektion der allzusehr verlängerten und erweiterten Schlinge das beste Verfahren darstellen, während die übrigen Operationsmethoden entweder Unzureichendes leisten oder zu schwierig und eingreifend sind. Der vorgestellte Fall einer solchen Resektion ist der achte, der geglückt und geheilt ist. **Richard Wolff** (Berlin).

---

30) **L. Cheatle.** Observations on the incidence and spread of cancer.
(Brit. med. journ. 1908. Februar 22.)

Von 56 Hautkrebsen der Hand, die C. sammelte, betrafen 54 den Handrücken und von diesen wieder 28 den Bereich des zweiten Metacarpus, 22 den dritten

und vierten. Diese Tatsache widerspricht der Lehre vom Zusammenhang zwischen Trauma und Neubildung; denn die Hautkrebse der Hand entstehen eben nicht am Orte gehäufter Außenreize, sondern in dem Bereich des Handrückens, in welchem die Hautnerven kutan werden. In diesem Zusammenhang mit der Nervenversorgung der Haut sieht C. auf Grund Head'scher Experimente eine wichtige Beziehung für die Entstehung von Hautkrebsen. Unter Beifügung erläuternder Abbildungen beschreibt er noch einige Fälle von Gesichtskrebs, wo seiner Meinung nach ein Zusammenhang besteht zwischen Krebsausbreitung und dem Bereich des Nervus auricularis magnus. **Weber** (Dresden).

31) **Groyer.** On the thymus gland treatment of cancer.

(Annals of surgery 1908. April.)

Verf. hat 16 Fälle inoperabler Krebsgeschwülste (meistens Rezidive) mit Thymusdrüsenextrakt behandelt. In allen Fällen, mit Ausnahme von dreien, wurde eine temporäre Verkleinerung der Geschwulst und der Drüsen beobachtet, auch befanden sich die Erkrankten wohler und verloren ihr kachektisches Aussehen. Alle erlagen jedoch schließlich der Krebskrankheit, ohne daß eine deutliche Verlängerung des Lebens sichtbar geworden wäre. Im Gegenteil trat in einigen Fällen der Tod trotz Wohlbefindens und besseren Aussehens scheinbar schneller ein, was von G. auf die Bildung eines Toxins infolge der Thymusanwendung bezogen wird. In den Fällen, in welchen das Karzinom im Digestionsapparat saß, wurde keine Verkleinerung des Tumors erzielt.

Trotz dieser zweifelhaften Erfolge rät Verf. doch, bei inoperablen Krebsfällen Thymus zu verabreichen. **Herhold** (Brandenburg).

32) **Rosenkranz.** Die Fulgurationsbehandlung der Krebse nach Keating-Hart.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 20.)

Nach Beschreibung der Instrumentariums und der Technik werden die Resultate der Behandlungsmethode besprochen auf Grund der Eindrücke, die der Verf. beim Erfinder der Methode gehabt hat. Es sind danach in vielen Fällen zunächst Resultate erzielt, die man mit keiner anderen Methode zuwege gebracht hätte.

1) Unter den Haut-, insbesondere den Gesichtskrebsen, sind selbst schwere, weit fortgeschrittene Fälle, bei denen zum Teil der unterliegende Knochen bereits mitergriffen war, die zum Teil mehrmals radikal operiert und zum Teil ohne Erfolg mit Strahlen behandelt waren, der Heilung zugeführt worden. In den leichteren Fällen hat die Methode den Vorzug der Schnelligkeit und Gründlichkeit. Die Epithelisierung der Wunden ist eine rasche, der kosmetische Erfolg oft erstaunlich. (Abbildungen.)

2) Geschwülste unter den äußeren Bedeckungen, also hauptsächlich Brustkrebse. Obwohl es sich meist um ulzerierte, weit vorgeschrittene Geschwülste mit zum Teil ebenfalls ulzerierten großen Drüsenmetastasen handelte, konnten doch die Pat. in vielen Fällen in gutem Zustand erhalten werden, und wenn auch Rezidive nicht immer ausblieben, so zeigten dieselben einen gutartigen Charakter, so daß bei erneuter Behandlung auch in diesen Fällen noch Heilung erwartet werden kann.

3) Mit den Erfolgen bei den Geschwülsten der Schleimhäute ist Keating-Hart bis jetzt weniger zufrieden, doch reichen die meisten in eine Zeit zurück, in der er die elektrische Behandlung noch nicht hinreichend durch chirurgisches Vorgehen wirksam machte. Trotzdem sind einige beachtenswerte Resultate zu verzeichnen.

Bei den verzweifelten Fällen von Uteruskarzinom, die von Keating-Hart behandelt wurden, wurden im wesentlichen nur palliative Erfolge erzielt. Doch ist die Beseitigung der Schmerzen, der Jauchung und der Blutung schon ein großer Gewinn.

Wenn auch die kurze seit Beginn der Behandlung verflossene Zeit zur Vorsicht bei der Beurteilung mahnt, so ist doch die gewissenhafte Nachprüfung eine

Pflicht, und zwar eine streng den Absichten des Autors entsprechende, da eine unexakte und inkonsequente Anwendung die Methode in Mißkredit bringen könnte.

Langemak (Erfurt).

33) **M. O. Jogiches.** Zur Behandlung der Angiome mittels Elektrolyse.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 9.)

Die Behandlung ist in folgenden Fällen angezeigt: 1) bei oberflächlichen Angiomen des Gesichtes; 2) bei Angiomen der Schleimhäute, und 3) bei tief unter der Haut liegenden, nicht scharf begrenzten Angiomen.

Verf. behandelte 1906—1907 89 Angiome; über das erzielte gute Resultat geben vier Paar Bilder (je eines vor und nach der Behandlung) Zeugnis ab.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

34) **F. Gardiner.** Some experiences with X ray and high-frequency treatment.

(Scottish med. and surg. journ 1908. Februar.)

G. bringt eine Zusammenstellung der von ihm mit Röntgenbestrahlung und hochfrequenten Strömen behandelten Fälle von Lungentuberkulose, Drüsentuberkulose, Skrofuloderma, Bauchfelltuberkulose, Lupus und Kehlkopftuberkulose. Das Ergebnis bei zehn Fällen von Lungenphthise lehrt ihn, daß die Behandlung zwar ein nützliches, aber kein spezifisches Hilfsmittel ist. Bei neun Drüsentuberkulosen glaubt er die guten Erfolge andrer bestätigen zu können. Solange kein Eiter nachweisbar ist, wird man Röntgenbestrahlung mit Erfolg anwenden. Tritt keine Heilung ein, so ist das Leiden doch durch Verkleinerung der Operation zugänglicher geworden. Ähnlich günstige Erfolge hatte G. bei drei Fällen von Skrofuloderma, zwei von Bauchfelltuberkulose, sechs von Lupus. Sein Bericht über Behandlung von Rheumatismus, Lumbago, Ichias, Neuralgien, Ataxie, Schlaflosigkeit, Ulcus rodens, Brustkrebs, Hauterkrankungen eignet sich nicht zur Wiedergabe, sondern muß in der Urschrift eingesehen werden. **Weber** (Dresden).

35) **S. F. Proskurjakow.** Über die Resultate der vierjährigen Tätigkeit des phototherapeutischen Kabinetts im Petersburger Palinkinstadtkrankenhause.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 8 u. 9.)

Es wurden 73 Pat. mit Lupus und 3 mit Hautepitheliom behandelt; die Zahl der Sitzungen erreichte 15871. Schlußfolgerungen: Der Lupus wird vollständig ausgeheilt. Bei optisch genauer Einstellung können die Sitzungen von 1 Stunde bis zu $^3/_4$, ja selbst $^1/_2$ Stunde abgekürzt werden. Bei größeren Exulzerationen müssen dieselben zuerst mit anderen Mitteln (z. B. Argentum nitricum) gebessert werden. In einigen Fällen wird mit der Zeit die Wirkung des Lichtes schwächer; dann erweisen sich Unterbrechungen der Behandlung nützlich. Nach Finsen ist vorzüglich heilbar die Dacryocystitis chronica tuberculosa. Das Ulcus rodens läßt sich nach Finsen ebenfalls heilen, doch sind Rezidive nicht ausgeschlossen. — Besonders leicht und rasch heilen frische Fälle des Lupus.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

36) **Morso und Mandelbaum** (München). Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung eitriger Prozesse.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 18.)

In einer kurzen Notiz teilen die Verff. zu dem von E. Müller und Peiser auf dem diesjährigen deutschen Chirurgenkongreß gehaltenen Vortrage über die Behandlung eitriger Prozesse durch Einbringung von Menschenserum in den Eiterherd mit, daß sie schwere eitrige Kolicystiden bei Mädchen mit Einläufen von frischem, unverdünntem Rinderblutserum in die Blase erfolgreich behandelt haben. Es trat meist sehr starke »Bakteriozidie« ein. — Anstoß zu den Versuchen gab die Beobachtung, daß der Zusatz von Serum zum Cystitisharn im Reagenzglase die Leukocyten binnen kürzester Zeit zu lebhafter Phagocytose veranlaßt.

Kramer (Glogau).

37) **G. Anzilotti.** Sopra alcune sostanze atte a favorire l'osteogenesi nel ritardo di consolidazione delle fratture.

(Arch. di ortopedia 1908. Hft. 1.)

Die Erfolge von Almerini und Colla mit Injektionen von Gelatine bei Pseudarthrosen, Osteotomien, Osteomalakie haben A. ermutigt diese Gelatineinjektionen in einem Falle von Pseudarthrose des Unterschenkels bei einem 26 Jahre alten Manne zu machen. 15 Injektionen genügten, um die Pseudarthrose fest zu machen, aber es wurden doch noch weitere 15 Injektionen zugefügt, um eines definitiven Resultates sicher zu sein. Bei einem 41 Jahre alten Syphilitiker mit Pseudarthrose des Unterschenkels schlug die Methode fehl. — Experimente an Kaninchen mit Gelatine unter Beimischung von Kalksalzen (Chlorkalzium) hatten ein noch besseres Resultat als Gelatine für sich allein.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

38) **Ottenberg.** Transfusion and arterial anastomosis.

(Annals of surgery 1908. April.)

Die Transfusion von Blut in das Gefäßsystem ist gegen Ende des 19. Jahrhunderts stark diskreditiert worden. Der Grund lag in den verschiedenen Mißerfolgen, die man bei dem Versuch hatte, einem Menschen Blut von einem Tier oder defibriniertes Blut in die Blutadern einzulassen. Heute weiß man, daß es gefahrlos ist, wenn Blut derselben Spezies in das Blutgefäßsystem übergeführt wird. O. glaubt, daß mit den großen technischen Fortschritten, die in der Chirurgie mit der Gefäßnaht und den Gefäßanastomosen erzielt sind, die Transfusion wieder eine Stelle in der Chirurgie erlangen werde.

Er machte die Transfusion von Mensch zu Mensch in zwei Fällen. Im ersten Falle wurde einem an perniziöser Anämie leidenden jungen Mädchen von einem anderen gesunden Mädchen Blut transfundiert, im zweiten Fall einem an Magenkarzinom leidenden und durch Blutbrechen erschöpften Manne von seiner Frau. Beide Male wurde das zentrale durchschnittene Ende der Art. radialis des Gebers mit dem zentralen Ende der durchschnittenen Armvene des Empfängers verbunden, im ersten Falle floß das Blut 27 Minuten, im zweiten 17 Minuten lang in die Vene ein. Es trat sofort nach dem Überleiten des Blutes eine Erhöhung des Blutdruckes, des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen ein. Beide Pat. fühlten sich stärker und wohler. Leider konnte aber der Tod nicht aufgehalten werden; das Mädchen erlag nach einigen Tagen der perniziösen Anämie, da die Blutungen aus dem Uterus nicht nachließen, der Mann starb nach der wegen Magenkarzinom ausgeführten Laparotomie.

Die Personen, von welchen das Blut entnommen wurde, zeigten keine wesentlichen Störungen; die Frau des Mannes hatte nicht einmal eine Verminderung des Blutgehaltes noch der roten Blutkörperchen, während diese beiden Momente bei dem jungen Mädchen vorübergehend vorhanden waren. Das letztere war auch nach der Blutentnahme 2 Tage etwas schwach.

Was die Technik der temporären Blutgefäßanastomose betrifft, so wurde über das zentrale durchschnittene Ende der Art. radialis ein dünner silberner Ring geführt und über diesen das Ende umgekrempelt, so daß die Intima nach außen lag und in ihrer umgekrempelten Lage durch einige feine Silknähte fixiert wurde. Nun wurde über dieses Ende das zentrale Ende der Vene herübergestreift und durch dünnen, ringförmig umgelegten Silberdraht gehalten; Intima lag so auf Intima. Nach der vollendeten Transfusion wurde die Gefäßanastomose durchschnitten und beide Gefäßenden unterbunden. Die Operation wurde beidemal unter örtlicher Betäubung ausgeführt. **Herhold** (Brandenburg).

39) **E. Forgue et P. Roger.** L'intervention chirurgicale dans la syphilis nécrotisante de la voûte cranienne.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 11.)

Verff. vertreten den Standpunkt, bei schwerer gummöser Knochennekrose des Schädeldaches, bei der nicht in kurzer Zeit durch interne Behandlung eine wesent-

liche Besserung zu erzielen ist, sich nicht mit den bisher üblichen partiellen Eingriffen — Sequesterextraktion, Schabung usw. — abzugeben, sondern frühzeitig den erkrankten Knochen mittels ausgedehnter Resektion zu entfernen. Sie empfehlen, stets den Knochen des Schädeldaches in ganzer Dicke zu entfernen und berichten über drei sehr ausgedehnte Resektionen mit vollständigem Erfolg. In einem Fall haben sie fast das ganze knöcherne Schädeldach ohne späteren Schaden für den Betreffenden entfernt. **Müller** (Dresden).

40) **Dobrowolsky.** Zur Kasuistik des Fibroma molle. (Aus der II. chirurg. Abteilung der medizinischen Kriegsakademie in Petersburg).

(Münchener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.)

Fall von seit 8 Jahren hinter und über der rechten Ohrmuschel entwickeltem weichen Fibrom, das, einem Teil des Schläfen- und Hinterhauptbeines aufsitzend und in das Innere der Ohrmuschel eindringend, sackartig bis fast zum Gürtel herabhängt. Die Haut der Geschwulst ist verdünnt, zum Teil behaart und geschwürig. Vollständige Entfernung der gleichmäßig elastisch weichen Geschwulst. **Kramer** (Glogau).

41) **Apelt.** Erwiderung auf die Arbeit von Dr. K. Pollack: »Weitere Beiträge zur Hirnpunktion.«

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 4.)

Pollack hatte eine Arbeit von A. als Beweis dafür angeführt, daß noch oft durch Unterlassen der Hirnpunktion die Aussichten für eine richtige Diagnose bzw. Erhaltung des Lebens versäumt würden. A. verwahrt sich gegen diesen Vorwurf, da sieben seiner Fälle einer Zeit entstammen, in der die Methode der Hirnpunktion noch nicht publiziert war; im Gegenteil werde in der Abteilung Nonne's der diagnostische Wert der Hirnpunktion sehr hoch geschätzt. Zwei Fälle von Hämatom, ein subdurales, ein extradurales, wurden so richtig erkannt. An zwei anderen Fällen wird gezeigt, wie auch der negative Ausfall der Punktion von Wert sei, während weitere Fälle von unterlassener Punktion beweisen, wie wertvollen Aufschluß die Punktion hätte geben können. **Haeckel** (Stettin).

42) **R. C. Allen.** A case of status epilepticus: lumbal puncture: recovery.

(Brit. med. journ. 1908. April 11.)

Bei einem 28jährigen Mädchen, das im Laufe von 8 Stunden 36 schwere epileptische Anfälle durchmachte und anscheinend sterbend war, brachte die Lumbalpunktion mit Entleerung von 84 ccm Liquor in der überraschendsten Weise unmittelbar Besserung. Die Kranke wurde geheilt entlassen. Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt. **Weber** (Dresden).

43) **Küttner.** Beiträge zur Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 12—14.)

Eine Anzahl von interessanten Fällen aus den Gebieten der Gehirn- und Rückenmarkchirurgie werden unter Mitteilung der Krankengeschichten mit Illustrationen geschildert. Hier können nur die Fälle und das Resultat der operativen Eingriffe kurz aufgeführt werden.

Angeborene Mißbildungen:

1) Cephalocele occipitalis inf. Heilung ohne lokale und allgemeine Störung.

2) Spina bifida der oberen Brustwirbelsäule. Tod infolge Kompression der Medulla oblongata durch ein Sarkom des Plexus chorioideus ventriculi quarti.

3) Spina bifida occulta mit Defekt des unteren Kreuzbeinabschnittes und des Steißbeines; nicht operiert.

4) Spina bifida occulta des Kreuzbeines mit Geschwulstbildung; Operation abgelehnt, deshalb mit Urinal entlassen.

Verletzungen:

5) Spätblutung bei Fractura baseos cranii. 9 Tage nach der Verletzung Rückkehr zu normalen Verhältnissen und glatter Verlauf.

6) Bruch dreier Halswirbel. Rein motorische Lähmung beider Arme durch intramedulläre Blutung. Vollkommene Heilung.

7) Isolierte Fraktur des Dornfortsatzes vom 4. Lendenwirbel durch Muskelzug. Heilung.

8) Trophoneurotische Gangrän des rechten Fußes und Wirbelfraktur. Amputation. Heilung.

Entzündliche Erkrankungen:

9) Akuter Gehirnabszeß nach Fractura cranii complicata. Eröffnung. Heilung.

10) Akuter traumatischer Gehirnabszeß, enormer Gehirnverfall. Heilung bis auf zurückgehende spastische Paresen.

11) Chronischer Gehirnabszeß des linken Stirnlappens, eine linksseitige Kleinhirngeschwulst vortäuschend. Tod nach Freilegung der linken Kleinhirnhemisphäre infolge Schluckpneumonie.

12) Eitrige Meningitis mit Gasbildung. Trepanation. Tod.

13) Angeborene symmetrische Lähmungen und Deformitäten (Fötale Poliomyelitis?). Orthopädische Behandlung begonnen.

14) Myelitis und Myositis ossificans nach Masern.

Geschwülste und Cysten:

15) Erfolgreiche Exstirpation eines Rundzellsarkoms des linken Stirnhirns.

16) Rundzellensarkom der vorderen Zentralwindung. Exstirpation. Tod.

17) Craniectomia probatoria bei Gehirngeschwulst. Glatter Verlauf.

18) Palliativtrepanation bei nicht lokalisierbarer Hirngeschwulst. Fast völlige Wiederherstellung.

19) Cyste der Hirnoberfläche nach Depressionsfraktur. Allgemeine traumatische Epilepsie. Operation. Glatter Verlauf.

20) Laminectomia probatoria (Gliomatose des Rückenmarkes?). Glatter Verlauf.

21) Rückenmarkspsammon. Operation. Heilung.

22) Fibrom der Cauda equina. Operation. Heilung.

Technik:

Die Infektion der Hirnsubstanz läßt sich am sichersten fernhalten, wenn die Wunde vollkommen durch Naht geschlossen wird. Der Nahtverschluß wird erleichtert durch die Entfernung des Knochenlappens, die bei bösartigen Geschwülsten schon der späteren Druckentlastung halber anzeigt ist.

Bei aseptischen Operationen an Kopf und Hals operiert K. nur mit einem vollkommen desinfizierten, steril angezogenen und mit Handschuhen armierten Narkotiseur. — Die Verschiebung der Abdecktücher wird dadurch verhütet, daß sie mit Knopfnähten am Operationsfeld befestigt werden.

Der Knochenlappen wird nach Anlegung von Bohrlöchern umschnitten, der Borchard'sche Pflug bei dicken Knochen zu Hilfe genommen.

Soll durch eine Palliativtrepanation eine dauernde Druckentlastung herbeigeführt werden, so eignet sich die Trepanationsöffnung über den Kleinhirnhemisphären (Krause) am meisten, weil

1) die hintere Schädelgrube in erster Linie von der Entlastung betroffen wird. (Rettung der Sehkraft),

2) der Weichteillappen, welcher die Trepanationslücke deckt, ein besonders dicker ist,

3) die Druckentlastung hier besonders wirksam ist, weil hier sehr große liquorführende subarachnoideale Räume gelegen sind und geöffnet werden.

Bei Rückenmarksgeschwülsten operiert K. stets einseitig, entfernt immer die Wirbelbögen mit Luer'scher Zange, tamponiert niemals und drainiert nur ausnahmsweise, operiert in horizontaler Lage oder leichter Beckenhochlagerung, komprimiert bei stärkerem Liquorabfluß den Duralsack von oben her mit einem kleinen Stieltupfer. **Langemak** (Erfurt).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 28. Sonnabend, den 11. Juli 1908.

Inhalt.

I.

Aus der Breslauer chirurg. Klinik. Direktor: Prof. Dr. Küttner.

Über das Panaritium der „Melker".

Von

Dr. Alfred Peiser,
Assistent der Klinik.

In unserer Zeit der sozial-politischen und hygienischen Fürsorge verdient jede Krankheit Interesse, die man als eine Gewerbekrankheit bezeichnen kann. Hierher möchte ich eine bestimmte Art des Panaritiums rechnen, wie ich sie in den letzten Jahren mehrfach in unserer Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelt sich um ein Panaritium, das sich häufig bei den mit Melken und Reinigen der Kühe in großen Meiereien und auf Gutshöfen beschäftigten Melkern findet.

Die Pat., die zur Beobachtung kamen, hatten eine ganz auffallend starke Schwielenbildung in der Hohlhand und der Beugeseite, zum Teil sogar eine gewisse Beugekontraktur der Finger. Die

Schwielen bekommen nun hier und da tiefe Risse, und im Grunde dieser Fissuren bilden sich Hauterweichungen und kleine Entzündungsherde, die dauernd gereizt werden durch das fortwährende beim Melken erfolgende Eindringen feinster Härchen vom Euter der Kühe. Allmählich kommt es zur Bildung einer kleinen Wundfläche, in welche diese Härchen geradezu hineingerieben werden. Die meist recht indolenten Pat. beachten diese Wunden zunächst nicht, sie ziehen sich oft die kleinen Härchen, die, von heller Farbe, meist nur 2—3 mm lang und so fein sind, daß man sie nur bei sehr scharfem Zusehen bemerkt, selbst heraus, und so kommt es zuweilen zu spontaner Heilung. Es ist jedoch gewöhnlich keine Dauerheilung, die Wunden brechen wieder auf, heilen dann wohl wieder zu, um bald wieder aufzubrechen, und dieses Spiel wiederholt sich so lange, als die kleinen Härchen nicht aus der Wunde entfernt werden.

Diese Krankheit der Melker kann man als ein chronisches Panaritium bezeichnen. Pathologisch-anatomisch erscheint es als eine mehr oder weniger tiefgreifende Entzündung der Haut mit Granulationsbildung in der Wunde, wie wir sie von den Fremdkörpergranulationen beim Herauseitern von Seidenfäden kennen. Die Entzündung ist teils mehr flächenhaft, teils in die Tiefe gehend. Im letzteren Falle bekommt man das Bild von Fisteln, in die man mit der Sonde unter der Haut zentimetertief eindringen kann.

Diese chronischen Panaritien, die allerdings oft akute Exazerbationen aufweisen, erfordern zur dauernden Heilung eine bestimmte Therapie, und zwar die sorgfältigste Entfernung der als Fremdkörper wirkenden und natürlich niemals aseptisch einheilenden Härchen durch Exkochleation mit dem scharfen Löffel. Ich führe als Beispiel kurz folgenden Fall an:

R. W., Melker, 21 Jahre alt. Allenthalben finden sich an der Beugeseite der Finger und der Hohlhand und an der Streckseite der Daumen dicke Schwielen mit tiefen Einrissen. Am rechten Mittelfinger in Höhe der Falte zwischen Mittel- und Grundglied findet sich eine sehr druckempfindliche, gerötete Stelle, in deren Zentrum ein etwa linsengroßer, schmierigbelegter Granulationspfropf sitzt. Bei der Exkochleation mit dem scharfen Löffel entleeren sich eine Menge schlaffer Granulationen, untermischt mit teils in größerer Menge zusammengeballten, teils einzeln liegenden, feinen, weißgrauen Härchen. Nach gründlicher Entfernung der Granulationen bleibt eine über pflaumenkerngroße Hauttasche zurück. Tamponade mit Jodoformgaze, später Schwarzsalbe. Nach 8 Tagen geheilt entlassen.

Auffallend war, daß nur männliche Pat. zur Beobachtung kamen. Im übrigen ist die Krankheit den Schweizer Ärzten, und wahrscheinlich auch wohl vielen Landärzten bei uns, wohlbekannt. In unserer deutschen Literatur konnte ich jedoch keinerlei Bericht über dieselbe finden. Sie verdient unsere Aufmerksamkeit nicht nur in praktischer Beziehung wegen der bestimmten Therapie, die zu ihrer Heilung erforderlich ist, sondern, wie ich glaube, auch in hygienischer Hinsicht; denn wenn schon der Forderung der Sauberkeit der Hände bei Entnahme der Milch meist nicht in entsprechender Weise Genüge ge-

leistet wird, so wird das bei wunden und infizierten Fingern noch weit weniger der Fall sein, und darin liegt eine Gefahr, die vielleicht das Interesse der Hygieniker wachruft.

II.

Aus der chirurgischen Klinik und Poliklinik zu Greifswald.
Direktor Prof. Dr. Payr.

Ein einfaches Mittel gegen Erbrechen beim Ätherrausch.

Von

Prof. Dr. Carl Ritter.

Der Ätherrausch hat vor den lokalanästhetischen Methoden den großen Vorzug, daß er das Operationsgebiet nicht kompliziert, keiner Vorbereitung bedarf und vor allem Zeit spart. Gerade der letztere Vorteil ist im poliklinischen Betriebe sehr wichtig. Ich mache seit längerer Zeit vom Ätherrausch ausgiebigen Gebrauch und war bisher stets sehr damit zufrieden. Ich war daher höchst überrascht, als ich vor einigen Monaten erfuhr, daß die Pat. selbst gar nicht so sehr davon begeistert waren. So schön die Narkose selbst, so unangenehm die Folgen, besonders das Schwindelgefühl und das Brechen. Und in der Tat stellte sich bei genauer Nachforschung heraus, daß fast sämtliche Pat. nach dem Ätherrausch oder kurzdauernder Äthernarkose gebrochen hatten.

Diese Tatsache war mir neu. Denn aus der Klinik wußte ich mich nicht zu erinnern, jemals Erbrechen nach Ätherrausch oder gar besonders häufig gesehen zu haben. Der Unterschied beruht aber wohl darauf, daß die Pat. in der Klinik wohl vorbereitet, ohne gegessen zu haben, zur Operation kommen. In der Poliklinik und auch zur Operation pflegt aber wenigstens der pommersche Pat. stets nur mit mächtig vollgepfropften Magen zu erscheinen.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß dies Erbrechen zerebralen Ursprunges und als Reizerscheinung durch das Gift des Äthers aufzufassen ist.

Um dem Übelstand abzuhelfen, benutzte ich daher zunächst das Mittel, das wir bei schweren Vergiftungen durch Chloroform stets anzuwenden pflegen, die Tieflagerung des Kopfes[1].

Aber die Tieflagerung des Kopfes schlug bei meinen Pat. vollkommen fehl. Sie brachen danach genau so wie früher. Auch längeres Liegenlassen und Tieflagerung des ganzen Oberkörpers nützten nichts. Ich hatte aber beobachtet, daß das Erbrechen gewöhnlich erst

[1] Die Wirkung dieses Mittels wurde bekanntlich von Nélaton 1861 bei Mäusen entdeckt, die er zu Tode chloroformiert hatte und die er dann, weil er sie sezieren wollte, am Schwanz hochhielt. Die Tiere kamen wieder zum Leben, und Nélaton zog daraus den richtigen Schluß, daß die stärkere Blutfülle im Gehirn die Ursache war.

dann anfing, wenn die Pat. sich aus dieser Lage erhoben und fortgehen wollten. Offenbar war also das Mittel von nicht ungünstigem Einfluß, sondern war nur nicht genügend stark oder hielt nicht genügend lange vor.

Deshalb versuchte ich die Blutfülle durch eine Stauung am Halse zu verstärken.

Dies Mittel erwies sich nun als ganz ausgezeichnet. Ich verfüge zurzeit über 62 Fälle. Abgesehen von einem Falle, in dem es sich um eine länger dauernde Äthernarkose von 20 Minuten handelte, der also eigentlich gar nicht hierher gehört, habe ich nicht in einem einzigen Falle von Ätherrausch oder kurz dauernder Äthernarkose Erbrechen seitdem gesehen. Die Pat. haben auch zu Hause nicht mehr gebrochen.

Wir legen die Stauungsbinde in der bekannten Weise, aber sehr fest an, unmittelbar nach Beendigung der Operation. Es ist dabei recht auffallend, wie schnell gewöhnlich die Pat. aus der Narkose erwachen. Die Stauungsbinde wird für $^1/_2$—1 Stunde hinterher getragen; am besten liegen die Pat. dabei. Doch ist das nicht unbedingt nötig.

Die praktische Verwertbarkeit der Methode geht wohl aus der Zahl der Beobachtungen zur Genüge hervor.

Es dürfte sich übrigens wohl lohnen, das Mittel auch einmal beim Erbrechen aus anderer Ursache, z. B. beim unstillbaren Erbrechen der Schwangeren oder bei Reizzuständen im Gehirn zu versuchen.

Wie man sich die Wirkung der Hyperämie in diesem Falle zu denken hat, ist nicht ganz sicher. Bei der Tuberkulose des Gesichtes, bei der ich die Stauung am Halse vor 10 Jahren zuerst angewendet habe, sowie bei den akut entzündlichen Erkrankungen des Schädels und bei einigen Fällen von Geisteskrankheiten, bei denen dann später Bier das Mittel verwandte, wirkt die Stauung wohl in gleicher Weise wie sonst an den Extremitäten.

Später hat Bier das Mittel auch angewandt, um die unangenehmen Folgen der Lumbalanästhesie zu vermeiden. Seine Ansicht, daß die Stauung dabei so wirkt, daß infolge des höheren Druckes im Gehirn der Liquor cerebrospinalis mit seinem Kokain zurückgedrückt und dadurch von den höheren Teilen des Rückenmarks und vom Gehirn abgehalten wird, ist durch neuere Versuche von anderer Seite bestätigt.

Eine solche Annahme ist für die Wirkung beim Ätherrausch aber nicht gut möglich, da der Äther in der Hauptsache auf das Gehirn wirkt.

Ich halte die Wirkung der Stauung am Halse beim Ätherrausch für eine direkte auf das Gehirn, und zwar in entgiftendem Sinne. Ob das so aufzufassen ist, daß das Gift schneller in hyperämischem Zustand aus dem Gehirn fortgeschafft wird, oder daß das Gehirn durch das Gift dann nicht mehr so stark geschädigt werden kann, muß ich dahingestellt lassen.

Für meine Ansicht spricht jedenfalls folgender Versuch:

Wenn man einen Menschen, der schon eine starke Stauung am Halse trägt, mit Chloroform narkotisieren will, so gelingt es oft sehr lange nicht. Ich habe bei einem Jungen 10—15 Minuten gewartet und keine Narkose erzielen können. Als ich die Stauungsbinde fortnahm, verfiel er sofort, fast momentan, in tiefen Schlaf.

Hier haben wir also den umgekehrten Fall wie in den oben mitgeteilten Beobachtungen und auch er beweist, daß das anämische Gehirn für Narkotika leichter angreifbar ist als das hyperämische.

In ähnlicher Weise habe ich vor kurzem die Stauungsbinde bei einem Hunde angewandt, den ich bei meinen Sensibilitätsversuchen durch subkutane und intramuskuläre Injektion von Kokain in schwerster Weise vergiftet hatte. Es traten allgemeine Krämpfe auf, und die Atmung setzte aus. Alle anderen Mittel, die ich versuchte, künstliche Atmung, Hochhalten an den Hinterbeinen schlug fehl. — Amylnitrit, das übrigens bekanntlich sehr starke Hyperämie des Gesichtes macht, hatte ich nicht zur Stelle. — Ich verwandte stärksten Grad der Stauung am Hals. Das Tier wurde, nachdem es für kurze Zeit noch an den Hinterbeinen hochgehalten war, für die Nacht hingelegt.

Am anderen Morgen, als ich dachte, daß das Tier längst tot sei, lief es gesund und munter umher.

Wir sind also offenbar imstande, durch eine Stauungshyperämie am Halse die Schädlichkeit von Giften für das Gehirn zu verringern. Damit gewinnt dies Mittel eine allgemeinere Bedeutung, über die ich demnächst weitere Beobachtungen hoffe bringen zu können.

---

1) **M. Hirsch.** Der Ätherrausch.

Wien, **Franz Deuticke,** 1908.

Die kleine, 49 Seiten starke Abhandlung enthält in klarer Schilderung das praktisch Wichtigste über den Ätherrausch. Das Büchlein kann jedem, der sich rasch über diesen Gegenstand informieren will, warm empfohlen werden. **Müller** (Dresden).

---

2) **M. v. Brunn.** Über neuere Bestrebungen zur Verbesserung und Vereinfachung der Hautdesinfektion. (Aus der Tübinger chirurg. Klinik.) Prof. v. Brunn.

(Münchener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 17.)

Die Frage aufwerfend, ob es zweckmäßig sei, zur Erzielung eines doch immer unvollkommenen Desinfektionseffektes einen so großen, verwickelten Apparat in Bewegung zu setzen, wie ihn die zahlreichen üblichen Hautdesinfektionsmethoden fordern, sucht Verf. nachzuweisen, daß die Verwendung des reinen 96%igen Alkohols als einzigen Desinfektionsmittels das zweckmäßigste Verfahren darstelle. Er bestreitet zwar nicht, daß der Alkohol in der für die Desinfektion praktisch in Betracht kommenden Zeit eine Abtötung der Handbakterien nicht zu leisten vermöge, mißt aber dafür seiner schrumpfenden Wirkung durch die bei vorher unterlassener mechanischer Hautreinigung die Bakterien in ihren Schlupfwinkeln festgelegt werden, einen um so höheren Wert bei. Um nun diese Alkoholwirkung möglichst lange zu erhalten, ist

es notwendig, jede Aufweichung der Haut zu vermeiden. Verf. glaubt, daß dies — eventuell nach Anwendung von Gaudanin oder eines sterilen Fettes — durch sterile Gummihandschuhe, die innen reichlich mit Talkum eingepudert sind, erreicht wird. Die in der Brunn'schen Klinik mit solcher Händebehandlung gemachten, auch bei bakteriologischer Prüfung bestätigten Erfahrungen waren bisher durchaus günstige. Selbstverständlich ist es, daß der Chirurg seine Hände durch Fernhalten jeder Beschmutzung, durch gründliche Reinigung nach dieser sorgfältig pflege und über Nacht eingefettet halte, vor der Alkoholanwendung aber jede Aufweichung der Haut vermeide.

Kramer (Glogau).

---

3) **Lohnstein.** Erfahrungen über eine neue Behandlungsmethode der chronischen Urethritis.

(Zeitschrift für Urologie Bd. I. Hft. 11.)

Die neue Methode besteht in einer Ausschabung der Harnröhre, die L. mit einer in einem katheterartigen Metallinstrument gedeckt liegenden Doppelcurette ausführt. Das Instrument kann zugleich zum Ausmessen der Harnröhre gebraucht werden.

Die Behandlung geschieht in mehreren Sitzungen in Intervallen von 8—14 Tagen; dazwischen wird mit Höllenstein und übermangansaurem Kali gespült. Zur Ausführung gehört eine gewisse Routine, da sonst leicht Blutungen auftreten.

Als Operation der Wahl hat L. seine neue Methode dann angewandt, wenn 1) die Kaliberuntersuchung der Harnröhre, ausgeführt mit der Doppelcurette, auf Infiltrate von besonderer Kürze in der Gegend des Bulbus hinwies; 2) in Fällen von Hämospermie mit Schmerzempfindung während des Beischlafes, die meistens auf Wucherungen in der Gegend des Caput gallinaginis zurückzuführen sind, und hat gute Erfahrungen damit gemacht.

Im übrigen hat er die Methode erst ausgeführt, nachdem die üblichen Behandlungsmethoden versagt und die Ausmessung des Harnröhrenkalibers alsdann die Abwesenheit von Infiltraten ergeben hatte. Es sind besonders einige bestimmt charakterisierte Gruppen von chronischer Urethritis, deren Beschreibung sich nicht im kurzen Referat wiedergeben läßt, in denen die Ausschabung Aussicht auf Erfolg hat.

Zum Schluß wird noch ein Instrument, das aus einer Kombination des Goldschmidt'schen Irrigationsendoskops mit einer Curette besteht, beschrieben, welches die Ausschabung unter Leitung des Auges gestattet.

Fehre (Dresden).

---

4) **Asch** (Straßburg). Die Urethrotomia interna und die Ausschabung der Strikturen in urethroskopischer Beleuchtung.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 3.)

Durch die Kontrollierung des Heilungsverlaufes nach Durchtrennung von Strikturen der Harnröhre konnte A. relativ frühzeitig das Ent-

stehen von Rezidiven erkennen; das Rezidiv ist nach ihm bedingt durch wucherndes Narbengewebe, das bei der Urethrotomia externa an der oberen Wand, bei der Urethrotomia interna an der unteren Harnröhrenwand, bei der Urethrektomia im Schnittbereich Leisten und hahnenkammartige Wülste bildet. Verf. war nun imstande, durch wiederholtes Ausschaben dieser harten, schwieligen Stellen im Urethroskop die Rezidive so günstig zu beeinflussen, daß er neuerdings Strikturen von vornherein erfolgreich mit Ausschabung angeht. — Die Urethrotomie und Einlegung einer Dauersonde ist aber unerläßlich bei retrostrikturalen Entzündungen und Infektionen. Bei tuberkulösen strikturierenden Prozessen hat das Verfahren der Ausschabung keinen Erfolg.

Kroemer (Berlin).

---

5) **Wossidlo** (Berlin). Die Erkrankungen des Colliculus seminalis und ihre Beziehungen zu nervösen und anderweitigen Störungen in der Urogenitalsphäre und zur sexuellen Neurasthenie.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 3.)

Verf. lenkt das Augenmerk der Urologen wieder auf eine in der neueren Literatur fast unbekannte Reihe von Veränderungen des Colliculus seminalis die in der Regel nach chronischer Gonorrhöe, selten nach Masturbation, Exzessen in venere usw. auftreten, meist in akuter Hyperämie, Schwellung, Infiltraten, Cysten- oder Schwielenbildung im Caput gallinaginis bestehen und zu lästigen Empfindungen in der Pars posterior (Kitzel, Druck, Hitzegefühl, Schmerz) beim Sitzen, bei der Miktion und Kohabitation, zu Erektionen und Pollutionen, sowie zur Spermatorrhöe und zu blutigen Ejakulationen führen. Zur Diagnose und Behandlung empfiehlt W. das von ihm verbesserte, modifizierte Urethroskop Loewenhard's. Die Behandlung besteht in Ätzungen des Colliculus mit Jodtinktur, 10–20%iger Argentum nitricum-Lösung oder mit dem Lapisstift, schließlich in Stichelungen mit dem Galvanokauter. Polypen wurden mit heißer Schlinge abgetragen. Besonders disponiert sind unter den Gonorrhoikern Reiter und Radfahrer. — Akute gonorrhoische Prozesse sind natürlich Kontraindikation gegen jede Urethroskopia posterior. **Kroemer** (Berlin).

---

6) **Englisch.** Das Epitheliom der männlichen Harnröhre.

(Folia urologica Bd. I. Nr. 1.)

Auf Grund von 48 Fällen obiger Krankheit, unter denen drei selbst beobachtete sind, kommt E. zu folgenden Ergebnissen:

Die Epitheliome der männlichen Harnröhre sind an sich selten, bleiben jedoch manchmal durch Verwechslung mit periurethralen Abszessen unerkannt. Das Alter von 40—60 Jahren wird am häufigsten betroffen.

Die Ursachen pflegen lange zurückzuliegen. Fast die Hälfte der Fälle schließt sich an Urethritis gonorrhoica an. Daneben seien

Trauma und embryonale Verlagerung und zunächst gutartige Neubildung genannt.

Den Ausgangspunkt bildet proliferierendes Harnröhrenepithel. Als Hauptsitz kommt dieselbe Gegend wie bei Strikturen in Betracht (also von dem Winkel zwischen dem hängenden Teil des Gliedes und dem Hodensacke bis zum Anfange des prostatischen Teiles).

Die wichtigsten Krankheitszeichen sind: Harnbeschwerden, wie bei sonstigen Hindernissen, spontane Blutungen, jauchig werdender Ausfluß, harte Schwellung der Inguinaldrüsen, Kachexie. Die genauere Untersuchung ergibt einen fühlbaren Knoten der Harnröhrenwand und bei Sondierung einen elastischen Widerstand. Endoskopisch findet man eine zerfallende Geschwulst.

Die Behandlung besteht in einer möglichst radikalen Operation. Einschnitte und Auslöffeln waren ohne Erfolg, günstiger die Erfolge der Amputatio penis. Nach den Erfolgen der Emaskulation soll man nicht vor den eingreifendsten Operationen zurückschrecken, da auch die Exzision der Harnröhre nicht vor Rezidiven schützt.

Die Kasuistik ist anhangsweise kurz beigefügt. Von E.'s drei eigenen Fällen sind nur zwei genauer beschrieben. Sie traten beide lange Jahre nach einem Tripper auf und waren bereits so weit vorgeschritten, daß sie nicht mehr radikal operiert werden konnten. Sie gingen marantisch zugrunde. Sein dritter nur kurz erwähnter Fall zeichnete sich durch massenhafte Leukoplakie des vorderen Teiles der Harnröhre aus.

Fehre (Dresden).

---

7) **Englisch.** Über Leukoplasie und Malakoplakie.

(Zeitschrift für Urologie Bd. I. Hft. 8 u. 9.)

Die Arbeit bringt eine Zusammenfassung der bisher erschienenen Veröffentlichungen über diese beiden anscheinend eng zusammengehörigen Krankheiten, die mit zwölf verschiedenen Namen bezeichnet werden: Pachydermie, Leukoplakia, Leukoplasia allgemein, Psoriasis membranae mucosae, Leukokeratosis, Maculae luteae, Plaques opalines, Epitheltrübungen, Cholesteatom, Xerosis, Metaplasie, Malakoplakia. Eine eigene Beobachtung von Leukoplasie der Harnröhre bei Lithiasis urethrae und die fremde Kasuistik sind beigefügt.

Das Wesen der Leukoplasie besteht in einer Wucherung des Epithels der Schleimhaut mit Vermehrung, öfters auch Verhornung der oberflächlichen Schichten und kleinzelliger Infiltration der Umgebung. Sie kommt an allen Teilen der ableitenden Harnwege vor, am eichtesten aber auf Pflasterepithel; 9 Fälle der oberen Harnwege (Nierenbecken und Ureter), 27 der Blase, 14 der Harnröhre sind von E. in der Literatur gefunden worden. Hauptsächlich schlechte Ernährung und Tuberkulose, aber auch andere Erkrankungen, wie Gicht, Rheumatismus, bestimmte Ohrerkrankungen werden als disponierend angeschuldigt. Die Hauptursache ist aber ein entzündlicher Vorgang chemischer oder mechanischer Art; obenan stehen Blennorrhöe, Steine, auch häufige Höllensteininjektionen. Die Erkrankung kann zugleich

an mehreren Stellen, ja sogar über das ganze System ausgebreitet sein, sie ist beim Mann häufiger als beim Weibe beobachtet worden, kommt in jedem Alter vor, wenn auch die oberen Harnwege mehr im jugendlichen (20—40 Jahre) und die Harnröhre mehr im höheren Alter (50—60 Jahre) befallen werden. Die Flecken, die als Verdickung der Schleimhaut erscheinen, sind bis fünffrankstückgroß, von verschiedener Form und meist weißlicher Farbe. Eine Hauptstütze der Diagnose bildet die Endoskopie, der Harnbefund ist nicht charakteristisch. Der Verlauf ist von sehr langer Dauer; ob eine Ausheilung ohne operativen Eingriff stattfindet ist nicht sichergestellt. Bezüglich der Behandlung hat sich ergeben, daß Trinkkuren und Einspritzungen ätzender und adstringierender Substanzen nicht zur vollständigen Heilung führen, aber die Begleiterscheinungen bessern. Unzuverlässig ist das Auskratzen ohne Eröffnung der Blase, günstiger lauten die Erfolge bei Auslöffelung mit hohem Blasenschnitt, am günstigsten bei vollständiger Entfernung der erkrankten Teile durch Thermokautor oder Exzision.

Von Malakoplakie sind bisher 18 Fälle beobachtet worden; davon nur zwei am Lebenden, die übrigen sind Sektionsbefunde. Auch für sie ist herabgesetzter Allgemeinzustand disponierend; Cystitis scheint stets dabei zu sein. Das Wesen der Erkrankung besteht in Vorragung der Blasenschleimhaut, zusammengesetzt aus einer Masse großer Zellen, eingelagert in ein spärliches Gerüst mit ausgedehnten Kapillaren und gewisse Eisenreaktion gebende Einschlüsse enthaltend neben Bakterien. Der Sitz ist fast ausschließlich die Blase, meist das Trigonum; die Flecken sind rundlich oder oval, von kaum sichtbarem Knötchen an bis zu 10 mm Ausdehnung, von gelblicher oder grauweißer Farbe mit einer Delle an der Spitze, welche in Ulzeration übergehen kann. Es handelt sich um einen entzündlichen Vorgang, der sich der Leukoplasie nähert, mit der er wiederholt beobachtet wurde. Das Bild ist noch nicht genügend geklärt.

Fehre (Dresden).

---

8) **Thelen** (Köln). Über den diagnostischen Wert der Chromocystoskopie bei chirurgischen Nierenerkrankungen.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 2.)

Verf. injiziert 20 ccm einer 0,4%igen Indigokarmin-Kochsalzlösung und beurteilt aus dem Sekretionstypus (Beginn und Konzentrationsstärke des sezernierten Indigokarmins) die Funktionsfähigkeit beider Nieren. Die Resultate stimmten mit den vergleichenden kryoskopischen Bestimmungen und den Phloridzinproben (quantitativer Zuckernachweis!) größtenteils überein. T. hält die Methode für eine wertvolle Unterstützung des Harnleiterkatheterismus und der funktionellen Diagnostik. Die kranke Niere sondert später als die gesunde den Farbstoff ab. Statt der normalerweise eintretenden dunkelblauen Färbung kommt ein ungefärbter oder nur grünlich gefärbter Harnleiterstrahl. Fehlen der Sekretion auf einer Seite spricht für Harnleiterverschluß oder Fehlen der einen Niere. »Die Chromocystoskopie markiert die Harnleitermündungen und bildet also eine Schule für den Harnleiter

katheterismus.« Sie erlaubt dem Praktiker und dem Chirurgen dieselben diagnostischen Schlüsse auf die Funktion der Nieren, wie die Kryoskopie und die Phloridzinprobe, deren Ergebnisse auch nicht immer einwandsfrei sind, und deren Ausführung für den Praktiker zu zeitraubend ist. Die Chromocystoskopie stellt dagegen ein sehr einfaches Verfahren dar. — Kurze anschauliche Kranken- und Operationsberichte erläutern die obigen Gesichtspunkte. **Kroemer** (Berlin).

---

9) **Bandler** und **Fischel** (Prag). Die Funktionsprüfung der Niere (Phloridzin) bei Quecksilberzylindroidurie und der Ablauf der Nylander'schen Reaktionen in Quecksilberzuckerharnen.

(Zeitschrift für Urologie. Bd. II. Nr. 1.)

Verff. vermochten durch sorgfältige Versuche (Phloridzininjektionen mit nachfolgender qualitativ-quantitativer Bestimmung der Zuckerausscheidung) bei normalen und luetischen Personen nachzuweisen, daß die Einverleibung von Quecksilbermengen, wie sie bei den gangbaren Behandlungsmethoden üblich sind, eine vorübergehende hochgradige Zylindroidurie und Zylindrurie herbeiführt, aber eine ernstere funktonelle Störung der Nieren nicht hervorruft. Die von *Bechstein* stammende Behauptung, daß quecksilberhaltige Harne von Syphilitikern trotz der Anwesenheit von Zucker die Nylander'sche Wismutprobe nicht geben, wird als zu Unrecht bestehend nachgewiesen.

Es wäre wünschenswert, ähnliche funktionelle Nierenuntersuchungen an Operateuren anzustellen, welche auf Sublimatdesinfektion unangenehm reagieren. **Kroemer** (Berlin).

---

10) **Reitter.** Die Indikationen für den Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion in der Therapie der urämischen Störungen. 86 S.

Wien, **Franz Deuticke**, 1907.

R. kommt auf Grund eines reichen klinischen Materials — in der Arbeit sind nur Musterbeispiele angeführt — zu dem Ergebnis, daß alle Nephrosen mit urämischen Störungen sich durch Aderlaß mit nachfolgender Infusion günstig, wenn auch nicht in gleicher Stärke, beeinflussen lassen.

Bei den urämischen Störungen der akuten Nephrosen sind Infusion und Aderlaß ein wirksames Heilmittel, das auch das Grundleiden günstig beeinflußt und daher unbedingt indiziert ist.

Bei den urämischen Störungen der chronischen Nephrosen ist die günstige Wirkung abhängig von dem Grade der anatomischen Nierenschädigung; der Erfolg hängt von der Quantität und Qualität des spezifischen Epithels ab. Bei nur geringer Atrophie des Nierenparenchyms ist der Erfolg gut, aber von kurzer Dauer. Bei akuten Nachschüben dieser Formen ist bei Ausbruch urämischer Erschei-

nungen Aderlaß und Infusion indiziert. Bei ausgeprägten Atrophien des Parenchyms ist der Erfolg so gering und so rasch vorübergehend, daß der Eingriff nicht indiziert ist; nur symptomatisch zur Milderung einer urämischen Erscheinung, wie z. B. des Kopfschmerzes, kann er hier im Einzelfall ausnahmsweise vorgenommen werden.

Die allgemein gültigen Kontraindikationen des Aderlasses: schwer geschädigtes Herz, hochgradige Arteriosklerose, besonders der Hirnarterien, weitgehende Zerstörung des Lungengewebes, schwere Blutverluste, abnorme Blutzusammensetzung, gelten auch für alle Nephrosen.

Fehre (Dresden).

---

11) **E. R. W. Frank.** Über Anwendung der Bier'schen Stauung in der Urologie.

(Med. Klinik 1908. p. 787.)

Auf Grund eigener Erfahrungen (Krankengeschichten) befürwortet F. lebhaft die Stauung bei Gelenkentzündungen nach Tripper (baldige Schmerzlinderung und Abschwellung der Gelenke!) sowie die Saugbehandlung bei tuberkulöser und nichttuberkulöser Fistelbildung, bei Tuberkulose der männlichen Geschlechtsteile, bei Bubonen (erhebliche Abkürzung der Krankheitsdauer, Wegfall größerer chirurgischer Eingriffe und ihrer oft üblen Folgeerscheinungen, insbesondere Narbenbildung [Entstellung, Lymphstauung usw.]). Eine vom Kranken selbst zu handhabende Saugglocke mit Spritze für das Schröpfverfahren am Hoden wird empfohlen. (Abbildung.)

Georg Schmidt (Berlin).

---

12) **Wildholz** (Bern). Experimentell erzeugte, aszendierende Nierentuberkulose.

(Zeitschrift für Urologie. Bd. VI. Nr. 1.)

Bisher war es nur gelungen, eine aufsteigende Nierentuberkulose zu erzeugen, wenn der Urinstrom unterbrochen wurde, so durch Harnleiterunterbindung mit tuberkelbazillenhaltigem Faden (Baumgarten), oder durch nachfolgende Injektion von Tuberkelbazillen in den unterbundenen Harnleiter (Albaran, Bernard und Salomon).

W. spritzte Kaninchen von der mit stumpfer Kanüle durchstochenen Blase aus Perlsuchtbazillen in den Harnleiter einer Seite und sah in den meisten der Versuchsfälle Tuberkulose des Nierenbeckens und der Niere in der Markzone danach entstehen. Durch vergleichende Tuscheinjektionen kam W. zu der Überzeugung, daß das injizierte Virus jedesmal sofort ins Nierenbecken gelangte, dort haften blieb und retrograd die Niere infizierte. Bei einer zweiten Versuchsserie brachte er die Bakterienaufschwemmung in die Blase, welche er für 10—15 Minuten unter einen Füllungsdruck von 2 cm Quecksilber setzte. Auch hierdurch erzielte er Aszension der Tuberkelbazillen bzw. des infizierten Blaseninhaltes in das Nierenbecken und retrograde Niereninfektion. Die tuberkulösen Veränderungen saßen im Nierenbecken in der subepithelialen Nierenschicht und folgten den die

Gefäße begleitenden Bindegewebszügen bis tief in die Markschicht hinein. Die Beteiligung der Harnleiterlymphbahnen bei der Ausdehnung des Prozesses glaubt W. ganz ausschließen zu können.

Die Versuche sind eine ernste Mahnung, bei pathologisch affizierten Blasen nur mäßige Auffüllungen vorzunehmen, um eine Rückstauung des Urins in das Nierenbecken, von welcher sich Ref. in pathologischen Fällen wiederholt überzeugen mußte, zu vermeiden.

Kroemer (Berlin).

---

13) **O. Zuckerkandl** (Wien). Die geschlossene tuberkulöse Pyonephrose.

(Zeitschrift für Urologie. Bd. VI. Nr. 1.)

Z. bringt in vorliegendem Aufsatz die Beschreibung von drei interessanten Fällen, in welchen bei erwiesener Tuberkulose der Blase nur eine Niere vorhanden zu sein schien. Nur diese war zu tasten, nur der betreffende Harnleiter sondierbar und sezernierend. Zur klaren Diagnosenstellung wurden beide Nieren in einer Sitzung freigelegt. Dabei ergab sich jedesmal der Hauptherd der Erkrankung in der nicht sezernierenden Niere. Die Tuberkulose hatte zu schwieliger Verödung und Schwund des Nierenparenchyms geführt. Das Nierenbecken war durch eine vom Hilus ausgehende Fettwucherung verschlossen. Die Veränderung kann offenbar latent, ohne örtliche Symptome, zustande kommen. Demnach kann es sich in jedem als Solitärniere imponierenden Falle um einseitige Nierensklerose handeln. Die Diagnose ist dabei sehr erschwert, zuweilen ohne Freilegung beider Nieren unmöglich. Trotz der geringfügigen örtlichen Symptome ist eine solche Niere eine stete Gefahr für den Pat., da beständig neue miliare Prozesse von den älteren Herden ausgehen und die Nachbarschaft gefährden können. Die operative Entfernung der sklerotischen Niere bietet auch bei tuberkulöser Infektion der anderseitigen funktionierenden Niere günstige Aussichten für die Besserung des Allgemeinleidens.

Kroemer (Berlin).

---

14) **Kümmell** (Hamburg-Eppendorf). Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 3 u. 4.)

Nach einer kurzen historischen Einleitung über die Geschichte der Nierensteinkrankheit geht K. zunächst auf die Symptomatologie und Diagnose der Nierensteine ein. Von ätiologischen Faktoren werden Traumen, schwere Rückenmarksverletzungen, Fremdkörperreiz (Parasiten, Bakterien, Pilze) angeführt. Das Prädilektionsalter scheint zwischen dem 22. und 45. Lebensjahre zu liegen. Frauen sind in 39% aller beobachteten Fälle beteiligt; unter den an Harnleitersteinen Leidenden befanden sich sogar $^4/_5$ weibliche Pat. Praktisch unterscheidet K. nicht zwischen primären und sekundären, d. i. durch entzündliche Prozesse verursachten Steinen, sondern er trennt die aseptischen von den mit Infektion einhergehenden Fällen. Der Ausgang

der Erkrankung in Nierenverödung ist selten, der in Pyonephrose die Regel. Von den gewöhnlich angeführten Symptomen sind weder der Schmerz, der Steinabgang, die Blutung noch die Anurie sichere Erkennungszeichen der Nephrolithiasis. Die Nierensteindiagnose ist im wesentlichen eine Ausschließungsdiagnose. Verwechslungen mit Appendicitis, Gallensteinen und Nierenerkrankungen anderer Art sind keine Seltenheit. Großen Wert legt K. auf ein gutes Röntgenbild. Von 101 bei der Operation entfernten Steinen konnten 91 im Röntgenbild nachgewiesen werden. Vorzügliches Plattenmaterial, gute, weiche Röhren bei 3 Minuten-Exposition, bestimmte Lagerung und Vorbereitung der Pat. sind erforderlich zur Erreichung befriedigender Bilder. Neben Übersichtsbildern werden Detailaufnahmen mit Kompressionsblenden angefertigt. Erst wenn die Wirbelkörper und der Psoasschatten klar hervortreten, wird die Aufnahme als zuverlässig angesehen.

Ist die Diagnose der Nephrolithiasis so gut wie gesichert, so setzt die Feststellung der fraglichen Nierensuffizienz oder -Insuffizienz ein. Die genaue Urinuntersuchung in bakteriologischer, physikalischer und chemischer Beziehung geht voran. Die Cystoskopie, der Harnleiterkatheterismus und die funktionelle Nierendiagnostik (Bestimmung der Urate, der Molekularkonzentration, des Phloridzindiabetes) müssen unterstützt werden durch die Kryoskopie des Blutes. Auf letztere legt Verf. im Gegensatz zu Israel und Rovsing den größten Wert. — Sinkt der Gefrierpunkt des Blutes δ auf — 0,6 oder darunter, so hält K. die Nephrektomie für lebensgefährlich und daher unstatthaft, weil die zweite Niere gleichfalls insuffiziert sein müsse. In solchen Fällen ist bei dringender Indikation nur die Nephrotomie am Platze. — Die Pyelotomie wird von K. wegen der Neigung zu langwieriger Fistelbildung nicht bevorzugt. Die Entfernung der kranken Niere darf nur dann vorgenommen werden, wenn man sich von dem Vorhandensein einer funktionstüchtigen anderseitigen Niere überzeugt hat. Anurie spricht fast stets für doppelseitige Erkrankung, die sog. reflektorische Anurie konnte K. nie beobachten. Bei 101 Pat. wurden wegen Nephrolithiasis (einschließlich von acht sekundären Nephrektomien) 109 Operationen ausgeführt. 51 aseptische oder leicht infizierte Nierensteine wurden durch Nephrotomie entfernt ohne Todesfall. Von 44 schwer infizierten Fällen starben dagegen 3, bei welchen nur die Nephrotomie vorgenommen worden war. 20 Nephrektomien bei infizierter Niere verliefen ohne Todesfall.

Je frühzeitiger der Eingriff vorgenommen wird, um so günstiger ist der Verlauf. — Die erzielten Resultate (bei 95 nicht Anurischen eine Gesamtmortalität von 3,1 %) sind erstaunlich günstig. Das interessante Referat K.'s schließt mit intimeren Details der Technik, welche zur Vermeidung der Blutung nach Nephrotomie und Drainage des Nierenbekens dienen sollen. Die Freilegung beider Nieren ist nicht selten notwendig, wenn die Diagnose uns im Stiche läßt und die zuerst freigelegte Niere keine Steine enthält. Die letzteren sind

nach Ausführung des Sektionsschnittes mit Sicherheit zu tasten. Die Durchgängigkeit des Harnleiters bis in die Blase ist am Schlusse der Operation in jedem Falle zu prüfen. **Kroemer** (Berlin).

---

15) **G. Holzknecht** und **R. Kienböck** (Wien). Radiologische Diagnostik der Nephrolithiasis.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft 5.)

Der vorliegende Aufsatz der beiden Wiener Röntgenologen beleuchtet alle Schwierigkeiten der röntgenologischen Nierensteindiagnostik. Verff. empfehlen individualisierendes Vorgehen, in der Regel Aufnahmen in Rückenlage mit der Kompressionsblende nach Albers-Schönberg bzw. mit dem H.-K.'schen Zylinder oder dem Robinsohn'schen Faszikelrohr. Die Röhre wird in 40 cm Fokusdistanz von der möglichst frischen Platte angebracht. Das Licht muß kräftig, aber weich bis mittelweich sein. 3—6 Minuten Expositionszeit genügen. Als Entwickler benutzen Verff. eine Kombination von Metol und Hydrochinon. Standentwicklung ist unpraktisch. — Die Platten werden im elektrischen Schaukasten, event. mit dem Opernglas im finsteren Zimmer betrachtet. Je nach dem Ausfall unterscheiden Verff.: a. brillantes Bild (Wirbel, Rippen, Psoas und Nierenkontur sind klar gezeichnet); b. gute Aufnahme (zeigt alle Einzelnheiten, aber weniger kontrastreich); c. schlechte, unbrauchbare Aufnahmen (mit unklarer Zeichnung). Die brillanten Bilder zeigen sogar die Knochenstruktur in den Skeletteilen. Bis auf Steine, welche aus reiner Harnsäure bestehen, erweisen sich ziemlich alle anderen als röntgenoopak und erscheinen also auf der Platte. Die Versager schätzen die Verff. auf etwa 2%. Diese Versager betreffen Fälle, in welchen vorhandene Steine im Röntgenbild nicht nachzuweisen waren oder in welchen trotz Steinschatten auf der Platte — bei der Operation Steine nicht gefunden wurden. — Einer Literaturübersicht über die Statistiken anderer Beobachter lassen die Verff. eine Auswahl von Röntgenbildern aus ihrer eigenen Sammlung folgen, auf welchen alle Einzelnheiten und Details mit Hilfe zugehöriger Konturskizzen leicht zu erkennen sind. Die intrarenalen Steine markieren sich seitlich von den Nierenwirbeln innerhalb der Nierenkontur oder an ihrem Rand als runde, ovale, dreieckige, gelappte oder geweihartig verzweigte Schatten, während Harnleitersteine schmal und länglich sind. Bei starker respiratorischer Verschieblichkeit ist der Steinschatten doppelt konturiert. Besteht der geringste Zweifel über die Natur eines Schattens, so sind wiederholte Aufnahmen nach Abführen erforderlich, und zwar in mehreren Richtungen, event. stereoskopische Aufnahmen oder das Doppelplattenverfahren.

Falsche Schatten werden dann verschwinden. Der Schluß enthält eine Zusammenstellung aller Momente, welche differentialdiagnostisch in Betracht kommen können (Fremdkörper-Narben, Kot-

ballen, knochenhaltige Dermoide, Prostatasteine, Phlebolithen usw.). — Näheres in dem lesenswerten Original. **Kroemer** (Berlin).

---

16) **Küster** (Charlottenburg). Diagnostik und Therapie der Nierentumoren.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 1.)

K. bringt zunächst eine Zusammenstellung der älteren diagnostischen Maßnahmen zur Feststellung einer Nierengeschwulst und warnt vor der Neigung, sie zu vernachlässigen und einzig durch die moderne Funktionsprüfung sich leiten zu lassen. Die letztere, insbesondere die Phloridzinprobe, muß freilich stets den Ausschlag geben bei der Indikationsstellung für oder gegen die Operation. K. fordert weiterhin eine genaue Erforschung der pathologisch-anatomischen Unterschiede und das Studium des verschiedenartigen klinischen Verlaufes der einzelnen Geschwulstformen. Epinephrome, Epinephroide und Sarkome sind z. B. sehr verschieden in ihrer Entstehung, Form, Wachstumsart und Prognose. Daher ist es nicht angängig, in Sammelstatistiken alle Neubildungen als Krebs der Niere zusammenzufassen. Erkennung der Geschwülste im ersten Entwicklungsstadium ist das erstrebenswerte Ziel. Die Therapie besteht in der Nephrektomie nur in Ausnahmefällen (kleine Geschwulst der zweiten Niere) in der Keilexzision. Das retroperitoneale Operationsverfahren ist nur bei ganz beweglicher Niere am Platze; bei vorgeschrittenen Neubildungen empfiehlt sich transperitoneales Vorgehen, Entfernung der Niere mit Fettkapsel, Nebenniere und den Lymphdrüsen derselben Seite, wenn möglich mit vorgängiger Unterbindung der Nierengefäße. Die Lumbalanästhesie ist namentlich für geschwächte Individuen empfehlenswert. Geschwülste, die bereits metastasiert haben und schwer beweglich sind, sollen nicht mehr operiert werden. Auch hier ist das transperitoneale Vorgehen als Probelaparotomie vorteilhaft. **Kroemer** (Berlin).

---

17) **v. Eiselsberg** (Wien). Diagnose und Therapie der Nierentumoren.

(Zeitschrift für Urologie. Bd. II. Nr. 1.)

v. E. faßt als Nierengeschwülste Karzinome, Sarkome, Hypernephrome und embryonale Drüsengeschwülste zusammen. Das Streben des modernen Chirurgen muß auf möglichst frühzeitige Diagnosenstellung gerichtet sein. In der Anamnese sind Traumen, Symptome von Steinbildung besonders wichtig. Die Inspektion belehrt über die Ausbreitung der Geschwulst (Venektasien, Drüseninfektion, Beinödem, Pigmentierungen, Epheliden). Die Röntgenuntersuchung weist wenigstens die Kontur der Niere nach. Die Suche nach Metastasen (Mamma!), die lokale Untersuchung und Tastung (Aufblähung des Dickdarmes) auch vom Mastdarm bzw. von der Scheide her wird uns über manches Aufschluß geben. Die Cystoskopie, die Harnleitersondier

liefert den Harn jeder Seite getrennt zur chemischen und funktionellen Diagnosenstellung. — Neben der Kryoskopie, deren Wert in letzter Zeit angefochten worden ist, scheint besonders die Phloridzinprobe im Sinne Kapsammer's wichtig. — Die Therapie kann nur in der Nephrektomie bestehen (Ausnahmen machen Hufeisennieren und doppelseitige Geschwülste). v. E. wählt mit Vorliebe den lumbalen Operationsweg, öffnet aber das Peritoneum, um vom Bauch aus die andere Niere zu tasten. Von 20 Operierten verlor er primär 7 (Mortalität = 35%). Davon entfallen 3 Todesfälle auf 6 transperitoneale Operationen, für welche v. E. allerdings die schweren Fälle auswählt. Von den zunächst überlebenden 13 Pat. sind nur noch 5 am Leben. Die übrigen starben innerhalb 2 bis 34 Monaten nach der Operation.

Wegen dieser ernsten Diagnose hält v. E. es für geboten, bei unsicherer Diagnose und begründetem Verdacht auf Neubildung die Niere freizulegen und eventuell durch Sektionsschnitt zu eröffnen.

Kroemer (Berlin).

---

18) **F. L. v. Neugebauer** (Warschau). Hermaphroditismus beim Menschen.

Leipzig, **Werner Klinckhardt,** 1908.

Der unermüdliche Sammler und Forscher, dessen Namen durch seine fleißigen Studien über den Hermaphroditismus und »Erreur de sexe« wohlbekannt ist, hat uns in vorliegendem, 748 Seiten umfassenden Werk ein »Encheiridion« geschaffen, welches einen Markstein in der Erforschung der sexuellen Zwischenstufen darstellt. — Die Wichtigkeit dieses, mit zahlreichen Abbildungen versehenen Standardwerkes geht weit über die Grenzen des medizinischen Interesses hinaus. Lehrer und Seelsorger, Juristen und Psychologen werden in dem Buche erwünschte Belehrung finden.

Der wissenschaftliche Pathologe, wie der praktische Arzt und der Operateur findet in der Fülle der reichen Kasuistik und in den klaren zusammenfassenden Schlußkapiteln bei jedem zweifelhaften Falle sicher analoge Erfahrungen früherer Beobachter, so daß er sehr wohl imstande sein dürfte, seinen eigenen Fall richtig zu werten und richtig sozial zu beraten. Als besonders wertvoll erscheinen mir neben dem wohlgelungenen Eingangskapitel über die historische Entwicklung der Anschauungen vom Zwittertum die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen über die Entwicklung des normalen und pathologischen Geschlechtsapparates, bei deren Schilderung er sich an Kollmann, Nagel und Bayer anlehnt, und das gründliche Eingehen auf den psychischen Zustand und die soziale Stellung der Hermaphroditen. — Die Stellung einer anatomischen Diagnose über den Bau und die eventuell vorhandene oder fehlende Funktion dieses oder jenes somatischen Geschlechtscharakters ist oft weniger wichtig, als die psychische Wertung der seelischen Zwitternatur. Die vom Verf. gesammelten Fälle, in welchen Hermaphroditen infolge der fehlerhaften Beurteilung von seiten der Ärzte und Erzieher durch Selbstmord ihren seelischen Leiden

ein Ende zu machen suchten, sind eine ernste Mahnung für die Ärzte und für den Staat, der auch diesen Individuen gegenüber die Pflicht hat, ihnen ein menschenwürdiges Dasein voll Befriedigung zu garantieren. Hoffen wir, daß diese Lücke in der Gesetzgebung, welche auf Hermaphroditen bisher nicht Rücksicht nimmt, bald ausgefüllt sein wird.

In diesem Sinne verfolgt Neugebauer's Werk neben seiner praktisch-medizinischen Bedeutung einen für die gesamte Gesellschaftsordnung wichtigen Aufklärungsdienst und muß auch in dieser Hinsicht als verdienstvolles Unternehmen genannt werden.

Der klare und nie ermüdende Stil des Verf.s, seine anschauliche Darstellungsweise sind zu bekannt, als daß ich weitere Worte darüber machen dürfte. Das Werk spricht für sich selbst und wird wohl bald in keiner Bibliothek fehlen. Wer auf dem einschlägigen Gebiet arbeiten will, wird dem Verf. für seinen eminenten Fleiß Dank wissen.

Kroemer (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der chirurg. Abteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart.
Direktor: Prof. Dr. Steinthal.

Beitrag zur Frage der Sensibilität der Bauchorgane.

Von

Dr. A. Nast-Kolb,
Oberarzt der Abteilung.

In der Nr. 20 dieses Zentralblattes teilt Ritter seine Erfahrungen über die Sensibilität der Bauchorgane am Tiere mit. Er will diese Ergebnisse zwar nicht ohne weiteres auf die Sensibilität des Menschen übertragen, neigt aber, auch nach seinen persönlichen Erfahrungen bei Operationen, der Ansicht zu, daß die Bauchorgane Schmerzempfindung besitzen. Für einen besonderen Prüfstein hält er die Unterbindung von Gefäßen in der Bauchhöhle. Demgegenüber möchte ich die Beobachtungen mitteilen, die ich anläßlich von Hernienoperationen und Laparotomien teils als Assistent an der Heidelberger Klinik, teils am Katharinenhospital in Stuttgart an nicht narkotisierten Pat. habe sammeln können. Bei diesen Operationen wurde die Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des Bruchsackes in lokaler Anästhesie mit Novokain vorgenommen, ohne jede Narkose, nur nach vorausgeschickter Morphiuminjektion von 0,01 bis höchstens 0,015 Morphium. Bei den Operationen der Hernien mußte ich mehrmals größere Netzpartien abbinden und abtragen. Sowohl Unterbindung wie Durchschneidung des Netzes verursachten keine Schmerzen. Zweimal habe ich bei eingeklemmten Brüchen mit Gangrän des Darmes Darmresektionen von 15—20 cm Länge gemacht. Die Unterbindung und Durchtrennung des Mesenteriums war vollkommen schmerzlos. Das eine Mal wurde die zirkuläre Darmnaht ausgeführt, das zweite Mal nach Verschluß der Darmlumina eine seitliche Anastomose mittels Murphyknopfes angelegt. Die Manipulationen am Darm: Durchtrennung, Naht, Druck beim Vereinigen des Knopfes, haben keinerlei Schmerzen ausgelöst.

Ebenso wie der Darm ist meiner Ansicht nach auch der Magen unempfindlich. Bei mehreren Gastrostomien habe ich den Magen eröffnet und eine Witzel'sche Fistel angelegt, ebenfalls nach Durchtrennung der Bauchdecken unter lokaler Novokainanästhesie. Auch diese Eingriffe am Magen waren zweifellos schmerzfrei.

Dagegen löst jeder Zug am Mesenterium, am Peritoneum, am Bruchsack, am Darm oder am Magen sofort die heftigsten Schmerzen aus. Ebenso ist das Zurückbringen von Magen oder Darm in die Bauchhöhle, sobald man einige Gewalt anwenden muß, wohl wegen der unvermeidlichen Zerrungen am Mesenterium und wegen des Druckes auf parietales Peritoneum recht schmerzhaft.

Daß die Schmerzlosigkeit der Eingeweide bei den Operationen der Novokainwirkung zuzuschreiben ist, scheint mir, beim Menschen wenigstens, nicht wahrscheinlich; denn dann müßte sich die Anästhesie auch auf das Peritoneum parietale erstrecken, was aber nicht der Fall ist. Ebenso ist auch die vorausgeschickte Morphiumdosis zu gering, um die Anästhesie der Eingeweide zu erklären.

Erfahrungen an Tieren in dieser Hinsicht besitze ich nicht, für den Menschen aber fand ich die Tatsache, in Übereinstimmung mit Lennander's Ansichten, bestätigt, daß operative Eingriffe am Netz, Magen und Darm schmerzlos sind. Ob die Durchtrennung mit dem Thermokauter weh tut, weiß ich nicht. Ich habe keine Gelegenheit gehabt, ihn zu benutzen.

Damit soll aber nun durchaus nicht behauptet werden, daß unsere inneren Organe überhaupt keine Empfindung besäßen. Müller (Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie 1908 p. 600) hat in sehr einleuchtender Weise dargetan, daß unter gewissen Umständen doch in inneren Organen Schmerzempfindungen ausgelöst werden können. Ob freilich seine Erklärung der Schmerzen innerer Organe als Schutzvorrichtung im Kampfe ums Dasein für alle Fälle ausreicht, lasse ich dahingestellt. Mir scheint diese teleologische Auffassung doch etwas zu weitgehend.

Ein Punkt bedarf, glaube ich, bei der Prüfung der Schmerzempfindung am Menschen größerer Berücksichtigung, als er bisher gefunden hat. Je mehr man sich mit dem lokalen Anästhesierungsverfahren beschäftigt, um so häufiger *fällt* auf, eine wie große Verschiedenheit bei einzelnen Individuen in bezug auf Schmerzempfindung besteht. Aber nicht nur einzelne Individuen, sondern auch ganze Bevölkerungsklassen und Rassen lassen in dieser Hinsicht, was übrigens allgemein bekannt ist, große Unterschiede erkennen. Wer abwechselnd mit mehr ländlicher oder städtischer Bevölkerung oder mit verschiedenen Volksstämmen hat arbeiten müssen, wird die Beobachtung der verschiedenen Toleranz gegen Schmerzempfindung bestätigt gefunden haben. Ich möchte deshalb auf diese Unterschiede bei der Beurteilung der Schmerzempfindung während der Operation am nicht narkotisierten Menschen noch besonders hinweisen.

---

19) Sammelbericht über Röntgenbehandlung von chirurgischen und Hautkrankheiten von März 1907—1908.

(s. Zentralbl. f. Chir. 1905, Nr. 11; 1906, Nr. 16; 1907, Nr. 22.)

Die Forschung auf dem Gebiete der Röntgenologie ist auch im verflossenen Jahr eifrig fortgesetzt worden. Eine große Anzahl von Mitteilungen über physikalische Vorgänge in den verschiedenen Apparatteilen, über technische Neuerungen, Änderungen, Verbesserungen finden wir in den einschlägigen Zeitschriften des In- und Auslandes, und eine fast unübersehbare Kasuistik in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht ist in diesen enthalten. Große Anregung und Befruchtung hat die uns hier näher angehende Röntgentherapie erfahren durch den Wettkampf mit den anderen Zweigen der »Aktinotherapie«, wie Müller alle Zweige der Bestrahlungsbehandlung gemeinsam bezeichnet wissen will. Der Wettbewerb führte Physiker und Techniker in gemeinsamer Arbeit mit Ärzten zur Erforschung der technischen Möglichkeiten und der biologischen Wirkungsweise zusammen. Solchen Anregungen verdankt namentlich die Lupusbehandlung mancherlei Fortschritte. Rein aus technisch-physikalischen Überlegungen ging ein Verfahren hervor, dessen Grundlagen zwar schon 1905 in der Med. Klinik Hft. 21 und 22 veröffentlicht, dessen praktische Verwendung aber erst im letzten Jahr erprobt wurde. Es handelt sich um die Homogenbestrahlung nach Dessauer. Er wurde angeregt durch eine Arbeit von Perthes über Absorption der Strahlen in verschiedenen Tiefen des

Gewebes (Fortschritte VIII). Durch theoretische Erwägungen kam er dahin, daß bei starker Penetrationskraft der Strahlen der ganze Körper homogen durchstrahlt wird, wenn er in so großer Entfernung von der Strahlenquelle sich befindet, daß kürzere Strecken keinen wesentlichen Unterschied in der Stärke der Bestrahlung machen. Technisch hat Dessauer es nun verstanden, eine Apparatanordnung zu bauen, daß so harte Röhren, wie sie bisher noch nicht in der Heilkunde üblich waren, über 200 Stunden lang ohne Änderung des Vakuums dauernd betrieben werden können. Da die chemische Wirksamkeit so harter Strahlen sehr gering ist — in etwa 100 Stunden wird 1 H. (Holzknecht'sche Einheit) erzielt, müssen die Kranken tagelang der tatsächlich homogenen Behandlung ausgesetzt werden, was für sie aber ohne Belästigung geschieht; denn sie liegen oder halten sich auf in einem Zimmer, in dem die Röhren unter der Decke, für sie gar nicht bemerkbar, angebracht sind. So sind sie dauernd deren Strahlung ausgesetzt. Über die biologische und therapeutische Wirkung ist bisher noch nichts mitgeteilt, doch sind Versuche an verschiedenen Stellen im Gange. Ich habe absichtlich diese Technik etwas weitläufiger besprochen, da sie für die Therapie, wenn sie praktisch das hält, was sie theoretisch verspricht, eine ganz außerordentlich wichtige Neuerung bedeutet und weite Perspektiven eröffnet auf Behandlung mancher Leiden, die heute für die Röntgentherapie noch ganz unzugänglich sind.

Die Arbeiten Dessauer's seien den Lesern hiermit bestens empfohlen! (Mit anderen zusammengestellt in Heilende Strahlen Bd. II von Dessauer, Würzburg, Curt Kabitzsch, 1908.) Nach dem Studium dieser Arbeit sieht man, daß die heutige Röntgentherapie fast nur mit Oberflächenbestrahlung arbeitet und demgemäß nur die bisherigen beschränkten Erfolge erzielen kann. Aber trotzdem muß man sich des Erreichten freuen; ist doch durch die wunderbaren Strahlen mancher Schmerz gelindert, viel Entstellung beseitigt und eine ganze Anzahl von Leben teilweise um Jahre verlängert worden! — Eine auch im vergangenen Jahre noch ungelöst gebliebene Frage ist die nach einem absolut zuverlässigen und handlichen Meß- und Dosierungsapparat für den praktischen Gebrauch des Röntgenotherapeuten. Die verschiedenen im In- und Ausland eingesetzten Komissionen haben noch kein endgültiges Urteil abgeben können. Die in den Vorjahren gebrauchten, teilweise mit Begeisterung aufgenommenen Quantimeter, Dosimeter, Radiometer sind zwar zum Teil wissenschaftlich zuverlässig, wie z. B. das Quantimeter von Kienböck, das Fällungsradiometer von G. Schwarz (s. u.), aber sie sind noch nicht handlich genug, oder zu teuer. Viel gebraucht und anscheinend bewährt ist das Radiometer von Sabourand und Noiré, während der älteste Meßapparat von Holzknecht nur noch wenig mehr gebraucht zu werden scheint. Inzwischen ist das Fällungsradiometer von G. Schwarz erschienen. Es beruht darauf, daß Röntgenstrahlen aus einer bestimmten Mischung von Sublimat und Ammoniumoxalat Kalomel ausfällen, das die klare Mischung trübt. Die Menge und damit die Trübung ist proportional der Menge der Röntgenstrahlen. Der ganze Apparat ist recht praktisch angeordnet und scheint auch nicht allzu schwierig und kompliziert in der Handhabung zu sein, er ist aber leider recht kostspielig und daher für den praktischen Gebrauch noch nicht recht zugänglich. Seine Angaben sollen zuverlässig sein. (Genaue Veröffentlichung in Fortschritte XI, 2.) Das gleiche gilt von dem Kienböck'schen Quantimeter. Manche Röntgenologen ziehen den wenig zuverlässigen Meßapparaten die Erfahrung vor und gehen von bekannter Leistung der Röhren aus (Albers-Schönberg nimmt als Grundlage z. B. die »Handröhre«), auch Lévy-Dorn mißt nach Erfahrungsgrundsätzen. Allerdings ist für Veröffentlichungen und Wiederholung von Versuchen zahlenmäßig genaue Angabe erwünscht, die aber wie bisher nach primärer Stromstärke, Unterbrecher, Röhrenabstand usw. überhaupt gänzlich unbrauchbar waren. Die Angabe der Millampèrezahl im sekundären Stromkreis ist schon eher verwendbar und wird zahlreicher gemacht als früher. Alban Köhler berichtet über günstige Erfahrungen mit seiner Thermometerröhre. — Eine Übersicht über die bisher üblichen Meßverfahren gibt Kassabian (Amer. quarterly of Roentgenology). Die Versuche von Guilleminot und Butcher, die Strahlung von Radium

bekannter Stärke als Vergleichsobjekt heranzuziehen, und von Bergonié, die elektrostatischen Eigenschaften der Röntgenröhre im Betriebe dazu heranzuziehen, seien der Vollständigkeit halber kurz erwähnt.

Daß Schutzeinrichtungen bei jeglichem Röntgenbetriebe nötig sind, daß namentlich der Arzt auch vor Sekundärstrahlen sich hüten soll, ist nun ein allgemein anerkanntes und auch wohl ziemlich durchgeführtes Erfordernis. Blendenkästen, Röhrenschutzkappen aus röntgendichten Stoffen, fahrbare Bleiglasscheiben und ähnliche Einrichtungen sind ihrer Handlichkeit wegen, und da sie Arzt und Kranken meist gleichzeitig schützen, sehr beliebt. In allen neueingerichteten Röntgenstationen größerer Krankenhäuser findet man Schutzhäuschen für das Personal. Dessauer filtriert seine äußerst harten Strahlen bei der Homogenbestrahlung durch Bleiglas, um auch den letzten Rest weicher Strahlen auszuschalten. Bei Behandlung tiefliegender Prozesse, besonders der langdauernden der Leukämie, werden Filter auf den Körper des Kranken mit Nutzen verwandt. v. Jaksch hat sich mit Vorteil eines 0,02 mm starken Silberblechs, Pfahler des schon früher von ihm verwandten und empfohlenen Sohlleders bedient, während Bazy durch eine 4—5 cm dicke Watteschicht im Trichter seiner Blende die zu weichen Strahlen ausschalten will.

Sucht man so die für manche Gewebe zu wirksamen Strahlen auszuschalten, so hat man andererseits nötig, die Empfänglichkeit anderer zu erhöhen, damit sie überhaupt einer Strahlenwirkung zugänglich werden. Eosinlösung (2%ig), Chinin. bisulfuric. dienen manchen Röntgenologen zur »Sensibilisierung« der Gewebe, während die Kompression ein allgemein anerkanntes Mittel ist, um durch Beseitigung des die Strahlen stark absorbierenden Blutes auf tiefere Schichten kräftiger einzuwirken.

Für Behandlung der meisten Krankheiten wurden mittelstarke Röhren angewandt.

Daß volle Dosen bis zur Reaktion bei bösartigen Geschwülsten zur Heilung erforderlich sind, wird allgemein anerkannt, ebenso daß zu geringe Gaben häufig ein stärkeres Wuchern der Geschwulstelemente veranlassen. Diese Gewebsreizung wird wieder nutzbringend angewandt bei Behandlung von Haarkrankheiten, da durch den gesetzten Gewebsreiz ein stärkeres bzw. neues Wachsen der Haare eintreten soll (Newcomet).

Sehr zahlreiche Versuche an Tieren und Pflanzen aller Art, Untersuchungen an behandelten Kranken sind vorgenommen, um die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen unserem Verständnis noch näher zu bringen als bisher. Lossen hat eine größere Arbeit über Röntgen- und Becquerelstrahlen geliefert (Wiener Klinik 1907, Urban & Schwarzenberg). Schmidt konnte an Amphibien durch Bestrahlung ihrer Eier und Larven schwere Schädigungen an Gehirn und Rückenmark hervorbringen. Hasebroek setzte verschiedene Arten von Schmetterlingsraupen und Puppen den Strahlen aus und konnte beim kleinen Fuchs, wenn die Puppen kurz vor oder nach dem Übergangsstadium aus der Raupe bestrahlt wurden, Fehler in der Schuppenbildung erzeugen. Auf trächtige Tiere wirken die Röntgenstrahlen sehr leicht ein, töten die Frucht ab oder hemmen ihre Entwicklung unter Erzeugung von allerlei Mißbildungen (Triboudeau und Belley). Daß Cholin dabei eine Rolle spielt, konnten v. Hippel und Pagenstecher nachweisen, die durch Cholineinspritzungen gleiche Schädigungen erzeugten wie durch Bestrahlung. Mit der Einwirkung auf Drüsengewebe beschäftigten sich Stern und Halberstädter: Die Bürzeldrüse der Ente wird durch längere und öftere Bestrahlung verödet. An Pflanzen experimentierten Schwarz und Guilleminot. Sie fanden, daß keimende Pflanzen (Bohnen, Hafer) durch geringe Strahlengaben angeregt, durch stärkere gehemmt und abgetötet werden.

Daß das Keimgewebe besonders empfindlich ist gegen die Röntgenstrahlen, wurde durch Bergonié und Triboudeau von neuem bestätigt, die Tierversuche anstellten und auch an menschlichen Ovarien und Hoden Untersuchungen machten. Das Keimgewebe des Hodens wird allein beeinflußt, während das Zwischengewebe

gesund bleibt. Beim Ovarium dagegen schwindet nicht nur das Follikelgewebe, sondern auch die Marksubstanz nach genügend langer Bestrahlung.

Die Veränderungen, welche die Bestrahlung im Blut erzeugt, sind wegen der großen Wichtigkeit für die Behandlung der Leukämie und durch die Behandlung zahlreicher derartiger Kranker oft und eingehend untersucht. Eine umfangreiche Arbeit der Art von Tatarski ist in der Zeitschrift f. Elektrologie u. Röntgenkunde veröffentlicht. Auch die Lossen'sche Arbeit (s. o.) befaßt sich eingehend mit diesem Kapitel. Eine chemische Einwirkung auf das Hämoglobin findet nach Bordier, wenigstens in vitro, nicht statt. Dagegen ist die Beeinflussung der weißen Blutzellen in vivo um so stärker, wie Schmidt und Géronne von neuem durch größere Versuchsreihen bewiesen haben. Sie nehmen sowohl eine direkte Schädigung der Leukocyten selbst, als auch eine solche ihrer Bildungsstätten durch Leukotoxine an. Das Leukotoxin bildet immer noch einen Streitpunkt bei verschiedenen Forschern. Im allgemeinen scheinen die meisten ein solches anzunehmen. Die obenerwähnten Untersucher wollen sein Vorhandensein dadurch beweisen, daß bei den der Nieren beraubten Tieren die Leukocytenzahl schneller sinkt als bei den Kontrolltieren. Durch die Nieren wird das Gift bei letzteren ausgeschieden und wirkt daher langsamer und später. Schwere Beeinträchtigung der Nieren bei behandelten Leukämikern wie bei gesunden Versuchstieren beobachteten Barthin und Scott-Warthin. Sie konnten auch den anatomischen Nachweis führen, während Price selbst bei vorhandener Albuminurie ohne Schaden lange und kräftig bestrahlt hat. — Durch längere und starke Bestrahlung wird die Milz in myeloides Gewebe verwandelt (Ziegler, Zeitschrift f. Elektrologie u. Röntgenkunde 1907, Hft. 3). — Die schon im vergangenen Jahre mehrfach vorgenommenen Stoffwechselversuche, namentlich an Leukämikern und Basedowkranken, sind mehrfach fortgeführt. Quadrone sah bei Leukämikern nach der Bestrahlung Phosphorsäure und Harnstoff vermehrt ausgeschieden, die N-Vermehrung konnten auch Edsall und Lommel feststellen, bei den Kranken Lommel's ging sie nach Aufhören der Bestrahlung zunächst weiter, schlug dann um in N-Retention. Rosenbaum hält die vermehrte N-Ausscheidung für unabhängig von der Leukocytenzerstörung. — Daß im Körper gewisse Stoffe durch Zerfall krankhafter Gewebe erzeugt werden, nimmt Hall-Edwards an, der beobachtete, daß bei Bestrahlung von Lupusherden auch ganz entfernt liegende, sorgfältig mit Blei geschützte Stellen ausheilten. Er meint, daß durch Zerstörung und Aufsaugung des Lupusgewebes sich im Blut Opsonine bilden, die dann, weiter transportiert, an den entfernt gelegenen Krankheitsherden ihre Wirkung äußern. Auch MacCulloch ist der Ansicht, daß Opsonine durch Aufsaugung der bestrahlten tuberkulösen Lymphdrüsen sich entwickeln. Bei Lupus, der überhaupt nicht auf Röntgenstrahlen reagiert, wendet Hall-Edwards deshalb Tuberkulin an, um ihn durch Erhöhung des Opsoninwertes der Bestrahlung zugänglich zu machen, wie auch MacCulloch zuerst die jüngsten und leichtest zerfallenden Drüsen bestrahlt, um durch deren schnelle Aufsaugung rasch den Opsoningehalt zu steigern und durch ihn auf die älteren, widerstandsfähigeren Drüsen zu wirken.

Heile erklärt sich die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf tuberkulöse Gelenke durch Fermentbildung. Das Ferment stammt aus den Leukocyten und macht den Eiter leichter aufsaugbar. Die Leukocytenzufuhr wird gesteigert durch Stauung und Tuberkulin, und wenn die gestauten Gelenke bestrahlt werden, tritt schnellere Wirkung ein durch den Zerfall der zahlreicheren weißen Blutzellen. Ähnlich legt Heile sich die Einwirkung der Strahlen auf regionäre, nicht mit behandelte Drüsen zurecht, die er bei Behandlung eines Zungenkrebses ausheilen sah.

Schädigungen durch Röntgenstrahlen wurden nur wenige mitgeteilt. Sie sind durch die allgemeine Anwendung der Schutzmaßregeln sehr selten geworden und haben nur in ganz wenigen Fällen die Haut betroffen. Hochsinger teilt zwei derartige Vorkommnisse mit. Er warnt vor frühzeitiger Transplantation bei Röntgengeschwüren, da selbst lange Zeit nach der Verbrennung und bei gutem Aussehen der Geschwürsfläche das Zerfallsstadium noch nicht beendigt zu sein

braucht. Daß 33—35% der Fälle stärkere Reaktion zeigen, wie Ronzoni mitteilt, ist ungewöhnlich. Nicholson empfiehlt zur Behandlung der Dermatitis Jodolpräzipitat, welches, auf die Haut gestreut und mit Borlint bedeckt, den Schmerz lindert und Heilung herbeiführt. Dunham fand ungepflegte, vernachlässigte Haut empfindlicher gegen Röntgenstrahlen als gut gepflegte; nach Heile ist die Haut über gestauten Gelenken besonders gegen die Strahlen empfindlich. Über Schädigungen des Gesamtkörpers in Intoxikationsform wird mehrfach berichtet, namentlich nach schnellem Zerfall von Geschwülsten. (Ronzoni, Maragliano und Bertolotti wollen bisher nicht bekannte schädliche Folgen der Bestrahlung beobachtet haben. Ersterer sah danach septische und peritonitische Erscheinungen (Art der Krankheit fehlt. Ref.), auch Verschlimmerung von Rheumatismus und trockene Pleuritis. Ebenso teilt Maragliano mit, daß nach Bestrahlung sich Pleuritis entwickelte. Nach Bestrahlung des Kopfes und der Lendenwirbelsäule konnte Bertolotti Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit nachweisen, während Martini bei Behandlung von Sarkomen mit Röntgenstrahlen zweimal neben anderen Schädigungen Paraplegie erlebte. Im Rückenmark des einen Kranken fanden sich schwere, als »Leukomyelie« bezeichnete Veränderungen, die Maragliano Leukotoxinen durch Zerfall des Lymphosarkoms zuschreibt. Negro hatte akute tödliche Myelitis nach raschem Zerfall eines bestrahlten Lymphosarkoms zu verzeichnen.

Über Röntgenbehandlung folgender hier interessierender Krankheiten liegen Berichte vor:

1) Allgemeinerkrankungen: Leukämie, myeloide und lymphatische, Pseudoleukämie.

2) Bösartige Geschwülste: Hautkrebse (Cancroide, Epitheliome), Krebse aller anderen Organe, Sarkome.

3) Gutartige Geschwülste: Myome, Keloide, venerische Bubonen.

4) Gelenkerkrankungen: Rheumatismus, Arthritis deformans.

5) Prostatahypertrophie.

6) Tuberkulose der Gelenke, Drüsen, des Bauchfells, der Nieren.

7) Nervenkrankheiten, Basedow'sche Krankheit.

8) Hautkrankheiten einschließlich Lupus.

Die leukämischen Erkrankungen waren sehr häufig Gegenstand der Röntgenbehandlung. Alle Berichterstatter sind sich darüber klar, daß diese Behandlung nur eine symptomatische ist; ebenso herrscht aber allgemeine Einigkeit darüber, daß sie zurzeit die beste Behandlung dieser Erkrankungsformen genannt werden muß. Mit keinem anderen Mittel lassen sich auch nur annähernd günstige Erfolge erzielen. Die theoretischen Grundlagen für diese Behandlung sind teilweise im vorhergehenden mit besprochen, teils schon aus den früheren Sammelberichten bekannt. Eine umfangreiche und sehr sorgfältige Arbeit über dieses Gebiet stammt von Decastello und Kienböck (Fortschritte 1907, Nr. 6). Sie bringen in derselben auch eine Anzahl sehr genau und mit allen Erfordernissen beobachteter und behandelter eigener Fälle. Da diese Arbeit die gesamte über dieses Gebiet bisher aufgekommene Literatur berücksichtigt, und die Endergebnisse anderer Forscher in ihr mitvereinigt sind, sollen hier die Schlüsse von Decastello und Kienböck ausführlicher hergesetzt sein. Sie fanden folgendes:

1) Myeloide Leukämie. In etwa 90% der Fälle wird die Krankheit überraschend schnell im Sinne einer Besserung beeinflußt. Diese Besserung ist subjektiv und objektiv. Milzschwellung schwindet, der Blutbefund bessert sich, nähert sich dem normalen. Die Besserung kann den Eindruck völliger Heilung machen. Selbst weit vorgeschrittene Erkrankungen können sich noch so günstig gestalten. Durch Dauerbehandlung können manche Kranke lange Zeit in gutem Zustand erhalten werden, während bei anderen trotz sorgfältigster Behandlung doch manchmal in kürzester Zeit unter schneller Verschlechterung des Blutbefundes das Ende eintritt. Nur ganz vereinzelte Fälle waren der Röntgenbehandlung völlig unzugänglich. Vereinzelt beobachtete man die Umwandlung einer myeloiden Leukämie in eine

lymphatische. Die Lebensdauer wird durch die Röntgenbehandlung wahrscheinlich absolut verlängert, jedenfalls wird das kachektische Stadium abgekürzt.

2) Lymphatische Leukämie. Nur etwa 70% der Fälle lassen eine günstige Einwirkung der Röntgenstrahlen erkennen. Es gelingt zwar in vielen Fällen, die Drüsen durch die Bestrahlung zu verkleinern und das Verhältnis der Blutkörperchen zu bessern, aber die eigentliche Erholung bleibt aus, namentlich dann, wenn schon bei Beginn der Behandlung Anämie bestand.

Bei Kranken mit normaler absoluter Zahl der roten Blutzellen gelingt es, oft jahrelang diese auf gleicher Höhe zu halten. Die Lebensdauer wird bei der lymphatischen Leukämie mehr beeinflußt als bei der myeloiden. Die Prognose der Röntgenotherapie hängt bei beiden Formen der Krankheit ab von der Raschheit des Verlaufes der Krankheit zur Zeit des Beginnes der Behandlung. Je rascher der Verlauf, desto schlechter die Prognose. Dabei ist es einerlei, ob die Krankheit von vornherein die Neigung zu raschem Verlauf zeigte oder sie erst während ihres Bestehens annahm.

Die höchst interessanten Einzelheiten des Verlaufes und der Behandlung, namentlich der Kranken der Verff., muß in dem sehr lesenswerten Original nachgesehen werden. In ihm ist auch die reichhaltige Literatur — es dürfte wohl kaum eine Publikation innerhalb der Weltliteratur fehlen — enthalten.

Die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste ist im Berichtsjahr fleißig weiter geübt worden. Die schon früher bekannten Ergebnisse sind in dieser Zeit nur bestätigt worden. Mit unseren heutigen, bekanntlich fast nur in den Oberflächenlagen wirksamen Verfahren sind heilbar die Hautkrebse (Cancroide, Epitheliome); tiefer liegende Krebse können gelegentlich heilen, es ist auf ihre endgültige Heilung aber nicht sicher zu rechnen, und sie sind deshalb, solange operabel, dem Chirurgen zu überlassen, während die inoperablen in jedem Falle mit Röntgenstrahlen zu behandeln sind. Die läßt meistens örtliche Besserung neben Hebung des Allgemeinbefindens erreichen, so daß bei richtiger Durchführung bzw. Wiederholung der Kur den unglücklichen Kranken oft lange Zeit noch ein erträgliches Dasein geschenkt wird. Sarkome reagieren sehr verschieden auf Röntgenbestrahlung, öfters heilen sie in überraschend kurzer Zeit und kehren nicht wieder. Bei Behandlung bösartiger Geschwülste muß man kräftige Bestrahlungsgaben verabreichen, die eine deutliche Reaktion erzeugen; zu geringe Gaben zerstören das Geschwulstgewebe nicht, sondern regen es eher zu schnellerem und vermehrtem Wachstum an. Schirmer kommt in seinem kritischen Sammelbericht über die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste an der Hand reichlichen Materials (325 Arbeiten) etwa zu den obigen Resultaten. Auch Béclère trug auf dem französischen Chirurgen-Kongreß etwa in obigem Sinne vor, nur ist er in mancher Hinsicht optimistischer. Dagegen wollen Senn und Lexer von der Röntgenotherapie bösartiger Neubildung überhaupt nichts wissen.

Im einzelnen liegt reichliches kasuistisches Material vor. Hautkrebs ist viel behandelt, jedenfalls noch mehr Fälle als berichtet sind. Alle Beobachter heben die Schnelligkeit, Bequemlichkeit und die guten kosmetischen Ergebnisse des Verfahrens hervor. Von früher behandelten Fällen wurde schon 2- und mehrjährige Heildauer berichtet. Vom Brustkrebs ist weniger berichtet als in den Vorjahren. Die Behandlung wirkte, von vereinzelten Fällen abgesehen, die über 2 Jahre rückfallfrei sind (Bockwall, Belot) nur palliativ. Johnston hält den Brustkrebs, wenn sehr frühzeitig der Röntgenbehandlung zugeführt, durch sie allein für radikal heilbar. Die postoperative Bestrahlung zur Verhütung eines Rückfalls ist zwar mehrfach empfohlen, positive Ergebnisse sind aber nirgends mitgeteilt. Krebse der Unterleibsorgane haben Rudis-Jicinsky und Comas-Prio erfolgreich behandelt. Bei dem Kranken der ersteren lag Karzinom der Bauchorgane (Ausgangsstelle nicht erwähnt. Ref.) vor, das auf energische Röntgenbestrahlung zurückging und schon mehrere Jahre verschwunden geblieben ist. Die anderen beiden Autoren hatten Krebsmassen im kleinen Becken, die bei Entfernung der krebsigen Gebärmutter zurückgelassen werden mußten, zuerst durch die Bauchwunde 3 Wochen lang, nach deren Schluß von der Scheide aus bestrahlt, teilen jetzt mehrjähriges

Freibleiben mit. Gray hatte guten Erfolg nach operiertem und rückfälligem Blasenkrebs.

Daß manche Sarkome schnell und günstig durch die Röntgenotherapie beeinflußt werden, geht aus Arbeiten von Schwarz, Elischer und Engel hervor. Eine große Mediastinalgeschwulst ging unter Bestrahlung so rasch zurück, daß schon nach einer Sitzung subjektiv und objektiv Besserung eintrat (Schwarz), während Elischer und Engel bei zwei früher erfolgreich wegen Mediastinalgeschwulst bestrahlten Kranken, die sich aber zu bald der Behandlung entzogen hatten, zunächst wieder Teilerfolge erzielten, den Tod aber nicht abwenden konnten. Sehr wichtig sind ihre Sektionsergebnisse, die bewiesen, daß das Sarkomgewebe trotz der tiefen Lage völlig zerstört und durch Bindegewebe ersetzt wird. Bei beiden Fällen wäre voraussichtlich bei längerer Behandlung Radikalheilung erzielt worden. Schirmer erklärt in seiner angeführten Arbeit, daß Sarkom ein günstigeres Objekt für die Röntgenbehandlung ist als Karizmom. Auch bei Lymphosorkomen wurde rascher Zerfall berichtet, der jedoch, wie schon oben mitgeteilt, in einigen Fällen schwere Allgemeinschäden erzeugte.

Über Behandlung gutartiger Geschwülste liegen nur spärliche Berichte vor. Laquerrière hat bei älteren Frauen Uterusmyome erfolgreich bestrahlt, bei jüngeren aber tritt die Menopause zu langsam ein. Es handelt sich also wohl um indirekte Wirkung durch Schädigung der Ovarien. Über die Röntgenbehandlung der Keloide trug Siewers in der Leipziger medizinischen Gesellschaft vor. Er bestrahlte sie sowohl von vornherein unter sorgfältigem Schutz des Gesunden und dann bis zu starker Reaktion, oder in der 3. Woche nach der chirurgischen Entfernung der Narbe mit geringen Dosen. Letzteres Verfahren ist bequemer und rascher, dabei ebenso sicher. Auch Belot und Boggs haben gute Erfahrungen mit der ersteren Art des Vorgehens gemacht. Nach Herxheimer's Vorgang sind im verflossenen Jahr mehr Bubonen bestrahlt. Bassueur ist von den Erfolgen so begeistert, daß er behauptet, die Röntgenbehandlung werde alle anderen verdrängen. Er wendet sie, im Gegensatz zu Herxheimer, in allen Stadien an. Reines und Maragliano hatten auch gute Erfolge. Ersterer bestrahlt die freigelegten Drüsen. Pini rühmt die schnelle Wirkung der Röntgenotherapie, die schon nach drei Sitzungen eintreten soll, während manchmal schon nach einer die Schmerzen schwinden.

Rheumatismus und Arthritis deformans haben Edsall und Sharpe erfolgreich behandelt. Die Kranke des letzteren war 2 Jahre vergeblich mit allen erdenklichen Mitteln behandelt, um schon nach wenigen Bestrahlungen schmerzfrei zu werden. Scholz dagegen hatte keinen Erfolg bei vorgenannten Krankheiten, und Ronzoni sah sogar Rheumatismus sich unter der Bestrahlung verschlimmern. (Die Erkrankung war wohl zu frisch! Ref.)

Prostatahypertrophie ist nur wenig behandelt. Tansard und Feig stellen auf Grund ihrer Erfahrungen folgende Indikationen auf: Die Röntgenbehandlung ist anzuwenden 1) bei jugendlichen Prostatikern, 2) bei fehlender Retention, 3) bei Retention und ausschließlichem Kathetergebrauch, wenn die Kranken nicht auf sehr rasch wirkende Therapie angewiesen sind, 4) bei infizierter Blase, 5) bei sehr alten, 6) bei nierenkranken Prostatikern. Lomneau dagegen will sie nur angewandt wissen bei absoluter Kontraindikation jeglichen chirurgischen Eingriffes. Haenisch hat gute Erfahrungen gemacht, wenn auch nicht so verblüffende Erfolge gesehen wie sie von anderer Seite früher berichtet wurden. Er schreibt das dem Umstande zu, daß er nur Prostatiker ohne Retention bestrahlte. Er bespricht die Technik genauer und warnt vor zu starken Dosen. Lassueur behandelte abwechselnd vom Mastdarm und vom Damm aus und ist mit diesem Verfahren sehr zufrieden.

Chirurgische Tuberkulose scheint in manchen Fällen ein recht dankbares Feld für die Röntgenbehandlung zu sein. Tuberkulöse Gelenke haben Edsall und Scholz mit gutem Erfolg bestrahlt. Heile benutzt zur Beschleunigung der Wirkung die Stauung und Tuberkulininjektionen. Spina ventosa ist ebenfalls von Scholz durch Bestrahlung schnell geheilt, ein Erfolg, den

Lefer als Scheinerfolg bezeichnet, hervorgerufen durch Schrumpfungen der Granulationen. Tuberkulöse Drüsenschwellungen reagieren recht gut auf Röntgenstrahlen, je jünger sie sind desto besser. McCulloch wendet fast nur noch diese Behandlung an und sah neben dem Schrumpfen der Drüsen schnelle Hebung des Allgemeinbefindens, das er dem Freiwerden von Opsoninen durch die Aufsaugung des Drüsenmaterials zuschreibt. Er bestrahlt deshalb auch vom Rand der Drüsenpakete nach der Mitte, um zuerst die jüngsten zu treffen. Auch Russell, Boggs, Maragliano, Feldstein sind von der guten Wirkung der Röntgenisierung überzeugt, und alle Berichterstatter rühmen namentlich den guten kosmetischen Erfolg.

Eine eingehende Studie über Röntgenbehandlung der Bauchfelltuberkulose veröffentlicht Bircher (Die chronische Bauchfelltuberkulose, ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Aarau 1907. Verl. von Sauerländer). Fischl und Maragliano machen ebenfalls ermutigende Mitteilungen über die Behandlung dieser Erkrankung.

Ganz überraschend klingen die Mitteilungen Bircher's über seine Erfolge der Röntgenbehandlung der Nierentuberkulose. Zwei Kranke, die vorher vergeblich nach den üblichen Methoden behandelt waren, wurden nach längerer Röntgenkur subjektiv und objektiv gebessert und wieder leistungsfähig. Die eine Kranke bekam nach $2^1/_2$ Jahren einen Rückfall, der ebenfalls durch Bestrahlung schnell beseitigt wurde, während die andere schon 3 Jahre gesund und rückfallsfrei ist. (Münchener med. Wochenschrift 1907.)

Neuritis, Neuralgien und Syringomyelie waren mehrfach Gegenstand der Röntgenotherapie. Gregor brachte einen Fall von sehr hartnäckiger, veralteter Trigeminusneuralgie durch sie zur Heilung. Die Schmerzen verringerten sich nach der Bestrahlung, auch nach ihrem Aussetzen gingen sie noch weiter zurück, um schließlich ganz aufzuhören. Freund (Wien) sah Ischiasschmerzen schon nach der zweiten Sitzung aufhören; Gramegna und Ronzoni behandelten Kranke mit Springomyelie mit bestem Erfolg. Sie erklären bei diesen Fällen die Wirkung durch Schwund von Gliawucherungen im Rückenmark. Syringomyelie durch Höhlenbildung wird natürlich nicht beeinflußt. Couroe empfiehlt nach Nervenresektion wegen Neuralgie Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen.

Basedow'sche Krankheit hat Freund (Danzig) erfolgreich behandelt und teilt die genauen Krankengeschichten mit (Münchener med. Wochenschrift 1907), während De la Camp bei drei Fällen keinen Erfolg hatte. Die von mehreren Seiten beobachtete N-Retention nach der Bestrahlung erklärt er als zufällig, da sie auch bei anderweitiger Heilung der Basedow-Krankheit einzutreten pflegt.

Die Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten ist so allseitig anerkannt und verbreitet, daß sie hier nicht mehr ausführlicher behandelt zu werden braucht. Nur einige den Chirurgen ganz besonders interessierende Hautkrankheiten seien etwas näher betrachtet. Zunächst der Lupus. Einzelne Röntgenologen berichten über äußerst günstige Heilerfolge bei dieser Crux medicorum. Nach van Allen sollen 87 % der mit Röntgen behandelten Fälle ausheilen. Wills hatte unter 87 Fällen 20 volle Heilungen, 15 erhebliche, 20 teilweise Besserungen und nur 5 nicht gebesserte Fälle, während 5 rückfällig wurden und 14 Fälle als frühzeitig ausgeblieben nicht weiter in Betracht kommen.

Gottschalk, Freund (Wien), Görl hatten sehr gute und schnelle Heilungen zu verzeichnen. Nach Hall Edwards lassen sich auch die gegen Röntgenstrahlen unempfindlichen Lupusformen durch entsprechende Vorbereitung (Eosinanwendung) empfindlich machen. Wills hält die Röntgenbehandlung für besser als Finsenlicht. Der Wettstreit zwischen den Anhängern des ultravioletten und des Röntgenlichtes ist auf der ganzen Linie in vollem Gange. Viele erkennen die Überlegenheit des einen oder anderen Verfahrens bei gewissen Formen an und verwenden beide von Fall zu Fall. Auch andere Behandlungsmethoden werden mit den aktinotherapeutischen kombiniert. Im ganzen verdankt diesem Wettstreit und der Wirksamkeit der Verfahren wohl die Lupusbehandlung die größere Aufmerksamkeit, die ihr seit einiger Zeit auch von weiteren Kreisen gezollt wird. —

Außer Lupus wäre noch Mycosis fungoides zu nennen, für welche die Röntgenbehandlung das souveräne Verfahren ist. Namentlich wirkt sie verhältnismäßig schnell und soll nach Herxheimer und Hübner die Erreger der Krankheit zerstören. Unter die chirurgisch interessanten Hautkrankheiten ist auch noch das Ulcus cruris varicosum zu rechnen, von dessen günstiger Beeinflussung Graeve sehr begeistert ist. Auch der Berichterstatter selbst hat mit seiner Röntgenbehandlung recht günstige Erfahrungen gemacht. Das Ekzem in der Umgebung heilte rasch ab, die Infiltration und die Spannung schwanden und damit auch der Schmerz, und das vorher sehr widerspenstige Geschwür überhäutete sich rasch unter einfachen Pulververbänden. Die Kranke ist bei gleicher Lebensweise wie früher über 1 Jahr rückfalls- und beschwerdefrei.

Ich glaube diesen Sammelbericht nicht besser schließen zu können als mit den Worten Bacelli's, die Maragliano auf dem internationalen Kongreß für Physiotherapie in Rom auf die Röntgentherapie anwandte: Unsere Kunst und Wissenschaft ist auf dem Wege zu einer stetigen Vervollkommnung. Wir müssen halten, was wir haben, jedoch auch nicht verzweifeln mehr erreichen zu können, ohne je das Unmögliche zu verlangen. **Trapp** (Bückeburg).

---

20) **Ruckert.** Sanitätsdienst im Feldzuge gegen die Hottentotten.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 6.)

R. schildert, nachdem er die von Mannschaften und Offizieren erduldeten Strapazen besprochen hat, die Schwierigkeiten, welche den Sanitätsoffizieren für den Verband und den Transport der Verwundeten im Feldzuge gegen die Hottentotten erwuchsen. In dem Gefechte bei Tella, in welchem von vier Sanitätsoffizieren ein Stabsarzt fiel und ein Oberarzt schwer verwundet wurde, hatte R. 34 Verwundete zu versorgen, von welchen nur zwei (ein Bauchschuß und ein Beckenschuß) ihren Verletzungen erlagen. Die übrigen, welche meist Extremitätenschüsse hatten, heilten verhältnismäßig schnell und gut aus. Eine Kniegelenksdurchbohrung war nach einigen Monaten so gut verheilt, daß der Betreffende dienstfähig wurde. Beim Verbande spielten das Verbandpäckchen und durch Gras gepolsterte und aus Flußröhricht nach Art unserer Strohschienen hergestellte Schienen die Hauptrolle. Daß die Wunden ohne Eiterung in den meisten Fällen heilten, wird neben der Kleinheit der Projektile dem trockenen, heißen Klima zugeschrieben.

Herhold (Brandenburg).

21) **Thiriar.** Un cas de rage humaine.

(Bull. de l'acad. Roy. de méd. de Belge 1907. Dezember.)

22) **van Gehuchten.** Un cas de rage humaine évoluant cliniquement comme une poliomyélite antérieure aiguë ascendante ou comme une paralysie ascendente de Landry.

(Ibid. 1908. Januar.)

1) T. bekam am 16. September 1907 einen 37 Jahre alten Mann in Behandlung, der 6 Wochen vorher von einem Schäferhund in die Unterlippe gebissen worden war. Man hatte ihn damals sofort mit Serum antirabique sehr intensiv behandelt. T. konnte ihm einreden, er habe die Wasserscheu gar nicht, sondern einen Fremdkörper im Rachen, den man operieren werde. Dies beruhigte, und erst einige Stunden vor dem Tode trat lebhafte Unruhe auf. Der Kranke wollte u. a. sich die Zunge ausreißen, um Luft zu bekommen. Die Sektion ergab die gewöhnlichen Verhältnisse. T. ist sehr für milde Behandlung, er verwirft die Zwangsjacke, sein Kranker habe nie versucht zu beißen, gute Worte hätten besser gewirkt als alle Zwangsmaßregeln.

Anschließend an diesen Fall wird berichtet

2) van G.'s Fall betrifft einen 47 Jahre alten Mann, der von seinem eigenen Hund ins Gesicht gebissen war. 36 Tage nachher meinte er, er werde wütend und sah so seinen Tod voraus. Der Fall verlief vollständig unter dem Bilde der oben angeführten Poliomyelitis bzw. der Landry'schen Paralyse, so daß der Verf.

gar nicht an eigentliche Rabies canina dachte, bis die Erscheinungen der Wasserscheu zu charakteristisch wurden. Die klinischen Symptome waren so frappant, daß Verf. allen Ernstes die Frage aufwirft, ob nicht die Landry'schen Paralysen »Spätfälle« der Hundswut sein könnten! Auch van G. redet zur Bekämpfung der Wut dem Maulkorbgesetz das Wort. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

23) **Bordet.** Statistiques du traitement antirabique et du service des diagnostics rabiques à l'Institut Pasteur du Brabant.

(Ibid. 1907. Dezember.)

B. kann über die Leistungen obigen Instituts nur Vorzügliches mitteilen, die Resultate sind vorzüglich. Aber an beide Mitteilungen von T. und B. schließt sich eine interessante Diskussion an, die dahin ausklingt, daß angesichts der vielen Fälle von Wut in Belgien man doch wohl zu dem allerdings drakonischen Maulkorbgesetz, wie es in Deutschland und England gehandhabt werde, seine Zuflucht nehmen müsse. Es wird eine Kommission ernannt, diese Frage zu studieren.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

24) **F. Kuhn** (Kassel). Die postoperativen Tetanusfälle von Zacharias — Fälle von Catguttetanus.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Die von Zacharias beschriebenen Fälle (s. Ref. in d. Bl. 1908) von Tetanus nach gynäkologischen Operationen sind nach K. nicht auf Luftinfektion, sondern auf die Verwendung von tetanussporenhaltigem Catgut zurückzuführen. Die Kontrolluntersuchungen Zacharias' bewiesen durchaus nicht die Keimfreiheit des benutzten Catgut, da jeder einzelne Catgutfaden verschiedenen Ursprunges sei, jeder der geprüften wohl tetanuskeimfrei, einer der gebrauchten aber keimhaltig gewesen sein könne. **Kramer** (Glogau).

25) **Hohmeier.** Die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit dem Antituberkuloseserum von Marmorek. (Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses Altona. Prof. Fritz König.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 15.)

Die an 14 genau beschriebenen Fällen angestellten Versuche ergaben keinerlei schwerere Störungen oder Schädigungen des Organismus durch Einverleibung des Serums subkutan oder vom Mastdarm aus. H. hält es für möglich, daß bei ganz leichten Fällen von Knochentuberkulose das Marmorekserum bei daneben durchgeführter antituberkulöser Kur den Heilungsprozeß beschleunigen kann. Eine sichere Wirkung auf ganz frische und leichtere tuberkulöse Knochen- oder Gelenkerkrankungen vermag er dem Serum nicht zuzusprechen, glaubt indes eine Einwirkung desselben auf die Granulationen beobachtet zu haben, die, vor der Behandlung grau und schlaff, nachher frischrotes Aussehen annahmen. Bei mittelschweren Erkrankungen von Knochentuberkulose wurde ein Heilerfolg nicht erzielt, wenn auch ein Teil der in dem einen Falle bestehenden, hartnäckigen Fisteln sich schloß, ebenso irgend ein Einfluß bei den schweren Formen nicht gesehen. In zwei dieser Fälle war das Serum auch nicht imstande, das Aufflackern alter, längst schlummernder tuberkulöser Herde zu verhüten. Auch in der Folgezeit war weder eine Besserung noch eine Hebung des Allgemeinzustandes als Folge der Serumbehandlung feststellbar. **Kramer** (Glogau).

26) **Schlagintweit** (München). Verbesserung der Technik des Verweilkatheters.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 4.)

Verf. braucht eine in sinnreicher Weise modifizierte Methode zur Anwendung des Verweilkatheters, die dem Kranken freie Beweglichkeit im Bett gestattet und auf Enten sowie Urinale verzichten läßt. Der Dauerkatheter wird mittels T-Rohr-

verbindungsstück mit einem ableitenden langen Schlauch, der in das Sammelgefäß unter dem Bett führt, mit einer am Kopfende oberhalb des Kranken befestigten Schlauchleitung verbunden, die frei mit dem Katheter bzw. indirekt mit dem Urinstrom kommuniziert und für gewöhnlich Luft zuführt. Die Luft treibt den Urin Tropfen für Tropfen in das ableitende Rohr. Dadurch wird die Heberwirkung, die zuweilen unangenehme Tenesmen hervorruft, vermieden. Der Luftzuführungsschlauch kann nach Belieben zum Einguß von Spülflüssigkeit in die Blase benutzt werden. **Kroemer** (Berlin).

27) **Lewin** (Berlin). Zur Diagnostik und Therapie der Tumoren der Urethra posterior.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 4.)

L. führt bei Hämaturien, für die man mit anderen Untersuchungsmethoden keine Ursache findet, ferner bei vielen sogenannten nervösen Störungen der Sexualsphäre (geschlechtliche Reizbarkeit, vorzeitige Ejakulation) bei Männern mit sonst gesundem Nervensystem, bei denen auch Prostatitis und Spermatocystitis auszuschließen ist, die Urethroscopia posterior aus. Er benutzte dabei mit bestem Erfolg das Irrigationscystoskop von H. Goldschmidt. Dreimal fand er als Ursache der Blutungen Papillome in der Pars posterior urethrae, die er mit der Dittelschen Zange abtragen konnte. Dabei wurde unbeabsichtigt offenbar in einem Falle ein Partikelchen der Geschwulst in die Blase verschleppt. Der betreffende Pat. erschien nach $^3/_4$ Jahren mit multiplen Papillomen der Blase, die durch Sectio alta entfernt werden mußten. Dauernde Kontrolle der Blase.

Kroemer (Berlin).

28) **Bergmann** (Gotha). Kasuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Prostatahyperthrophie.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 5.)

Verf. möchte bei dem täglich wachsenden Interesse für die radikalen Operationsmethoden noch einmal feststellen, was die bisherigen, weniger eingreifenden Verfahren geleistet haben. Als solche bezeichnet er die Bottini'schen Inzisionen und die perineale intrakapsuläre Verkleinerung der Prostata. Von 57 Pat. (beobachtet in der urologischen Station des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt) mit Prostatahypertrophie wurden 16 operativ behandelt. Die Bottini'schen Inzisionen (1 median, 2 seitlich) wurden ausgeführt unter Novokainanästhesie, bei 10 Pat. (8 davon sind primär, 1 weiterer durch wiederholten Bottini von ihrer Harnretention) geheilt. Die Harnorgane eines an Magenkrebs verstorbenen Operierten zeigen im Bild die klaffenden Schnitte. — Die Bottini'sche Operation eignet sich in der Hauptsache bei isolierter Hypertrophie des Mittellappens. Ist die Harnröhre durch Vergrößerung der Seitenlappen seitlich komprimiert, so empfiehlt sich die perineale Verkleinerung, die 7mal ausgeführt wurde. Vier Operierte sind dauernd geheilt, zwei starben an interkurrenten Krankheiten. Einer behielt noch Residualharn und mußte durch nachfolgende Bottini-Inzision geheilt werden. Unter solchen Umständen glaubt B. also auf die Radikalverfahren verzichten zu können. Er warnt vor Kokainanästhesie (1 Todesfall). **Kroemer** (Berlin).

29) **Lichtenstern** (Wien). Bericht über zwei operierte Fälle papillärer Geschwülste der Blase.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 2.)

L. bringt zwei Belegfälle für die zweifelhafte Prognose der sogenannten gutartigen Blasenpapillome, die zunächst als einfache Fibroepitheliome imponieren, später aber im Rezidiv bösartige Eigenschaften annehmen können.

Fall I. 42jähriger Mann, operiert im Mai 1906 wegen multipler Papillomatose der Blase (Sectio alta). Die Papillome waren histologisch durchaus gutartig. Im Juli desselben Jahres erscheint Pat. mit einem Rezidivtumor der Blase und einem Impfrezidiv in der Bauchnarbe. Beide Neubildungen zeigen das Bild des alveolären Karzinoms.

Fall II. 61jähriger Mann, operiert wegen gut gestielten Solitärpapilloms von histologisch durchaus gutartigem Bau, kommt 4 Jahre später mit rezidivierenden Blasenpapillomen und einem Infiltrat der Bauchmuskelwand. — Die Rezidive sollen schon 1 Jahr bestanden haben. Rezidivoperation. Die Papillome sind bösartig. Das Infiltrat in der Muskelschicht zeigt den Bau des alveolären Karzinoms und Bildung von echtem Knochengewebe.

Diese Beobachtungen mahnen, wie Ref. meint, zur Vorsicht bei der Operation von Papillomen; letztere müssen mit einem Bezirk Blasenwand entfernt und die Bauchwunde vor Implantationsmöglichkeit geschützt werden.

Kroemer (Berlin).

30) **V. Pauchet.** Cancer infiltré de la vescie. Cystectomie totale. Abouchement des uretères dans l'intestin.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 12.)

P. hat bei einer 70jährigen Frau wegen ausgedehnten Karzinoms des Blasengrundes die totale Blasenexstirpation vorgenommen und die Operation folgendermaßen ausgeführt. Isolierung und Durchschneidung der beiden Harnleiter; Einpflanzung des rechten in den Blind-, des linken in den Mastdarm. Unterbindung beider Hypogastricae, Exstirpation der Blase, die sich leicht ausführen ließ. Pat. erlag am 5. Tage einer Pneumonie. Die Einpflanzung der Harnleiter in den Darm führt P. derart aus, daß er parallel der Längsrichtung zwei kleine Inzisionen macht. Durch die eine führt er den am Anfangsteil gespaltenen Harnleiter in den Darm so weit ein, daß seine Spitze von der zweiten Inzisionsstelle aus durch Nähte fixiert werden konnte. Wegen der damit gegebenen Gefahr der aufsteigenden Pyelonephrose hält er bei Frauen die vaginale Einpflanzung für besser und gibt eine Beschreibung eines derartigen Vorgehens. **Müller** (Dresden).

31) **Lenk** (Wien). Zur Asepsis des Ureterenkatheterismus.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 3.)

L. versieht die Harnleiterkatheter mit einem schützenden Zwirnstrumpf, steckt sie mit einem passenden Ansatzröhrchen in den auswechselbaren Doppelboden des Schimmelbusch'schen Dampfsterilisators und desinfiziert Katheter mit Hülle im strömenden Wasserdampf. Im Augenblick der Verwendung stülpt man den Zwirnstrumpf über das Führungsrohr des fertig desinfizierten Harnleitercystoskops, bringt die Spitze des Katheters durch die gut abschließende Dichtungsmuffe und kann nun den Katheter durch die Zwirnhülle hindurch vorschieben, ohne ihn zu berühren. Dadurch wird auch eine eventuell vorkommende Berührung des Apparates mit dem Kopfhaar und den Kleidern des Arztes unschädlich. Die Asepsis bleibt allerdings nur so lange gewahrt, als die Hülle sich trocken erhält. Dringt Blaseninhalt neben dem Katheter hervor, so ist die feuchte Hülle kein Schutz mehr. Die Firma Leiter, Wien, liefert die Zwirnstrümpfe, die nach Meinung des Ref. ein gutes Mittel zur Isolierung der Katheter bei der Sterilisation sind. Sie verhindern das Aneinanderkleben der Katheter. **Kroemer** (Berlin).

32) **Suter** (Basel). Wert des Indigokarmins zur funktionellen Nierendiagnostik.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 5.)

S. berichtet über seine mit der Völker-Joseph'schen Indigokarminmethode gewonnenen Erfahrungen. Zur Injektion diente eine 4%ige Aufschwemmung des Farbstoffes in einer Menge von 4 ccm. Von 26 Fällen mit gesunden Nieren zeigten bei der Cystoskopie 20 gleichzeitige Farbsekretion, 6 ungleichzeitige; die Differenz betrug dreimal 1—2, einmal 4, zweimal 5 Minuten. Die größte Mehrzahl der zweimal 26 Nieren, nämlich 40, arbeiteten schon nach 10 Minuten Beobachtungszeit. Ähnlich verhielten sich die gesunden Nieren bei Erkrankung der anderseitigen Niere. Dagegen gaben von 48 kranken Nieren, die zur Operation kamen, 26 keine Farbreaktion (Ursache: Tuberkulose, Pyonephrose, Hydronephrose, Cystenniere).

Bei 21 einseitig Erkrankten, die nicht zur Operation kamen, gaben die kranken Nieren neunmal keine Farbe, achtmal vor der 15. Minute, viermal nach 15 Minuten. Von 15 doppelseitig Erkrankten starben sieben im urämischen Koma, drei gaben keine Farbreaktion, drei andere erst nach 20 Minuten. Ausgenommen sind hierbei neun Fälle mit Nephritis. Sechs von diesen zeigten normale Farbausscheidung, einmal war verspätet träge Reaktion, einmal negativer Befund zu konstatieren. Demnach scheiden also gesunde Nieren in der Regel gleichzeitig meist 10 Minuten nach der Injektion die Farbe aus. Nieren, die erst nach 15 Minuten oder später im Vergleich zum Schwesterorgan schwache Farbreaktion geben, sind als funktionell schwach (krank) zu bezeichnen. Nieren, die keine Farbe ausscheiden, sind schwer krank — funktionstot. **Kroemer** (Berlin).

33) **P. Albrecht** (Wien). Über kongenitale Nierendystopie.
(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 5.)

A. berichtet über zwei Beckennieren, die durch Nephrektomie entfernt wurden. Fall I betrifft einen 30jährigen Kaufmann, der mit ileusähnlichen Beschwerden zur Klinik kam. Als Ursache der Verstopfung fand sich eine linksseitige, auf der Beckenschaufel liegende Geschwulst, die nach dem lokalen und dem Urinbefund als verschobene linke Niere angesprochen wurde; letztere war am normalen Ort nicht zu tasten. Da nach dem Verlauf eine Pyonephrose vorlag, wurde die verlagerte Niere entfernt. Bestätigung der Diagnose bei der Operation. Fall II: 35jähriger Mann, erkrankt mit Störungen der Urinentleerung. Zuletzt Symptome von Pyelitis. Die Differentialdiagnose (Harnleiterkatheterismus) ergibt rechts normalen Urin, links eitrigen Harn mit reichlichem Sediment und zahlreichen Tuberkelbazillen. Die linke Niere wird zunächst vergeblich am normalen Ort bei der Operation gesucht; sie findet sich im Becken und wird entfernt. Nach den beigegebenen Illustrationen handelt es sich um eine typische, dreikantige Klumpenniere. Das geteilte Nierenbecken, sowie Ein- und Austrittsstellen der Gefäße, befinden sich an der Vorderseite. A. bespricht die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose und weist dabei auf die von ihm beobachtete Darmanomalie (Fehlen des S romanum) und auf die Pulsation des Blasentrigonums hin. Fehldiagnosen werden sich nicht ganz vermeiden lassen. Normale dystope Nieren sollen nicht entfernt werden, sondern nur verlagerte, kranke Nieren sind zu exstirpieren.
Kroemer (Berlin).

34) **H. L. Kretschmer** (Chicago). Beitrag zur Frage der »essentiellen Nierenblutung.
(Zeitschrift für Urologie Bd. I. Hft. 6.)

Bei einem Pat. mit einer 2 Monate andauernden, nachweislich auf die eine Niere beschränkten Hämaturie ohne sonstige klinische Zeichen einer krankhaften Veränderung der Niere brachte die Dekapsulation den Prozeß zunächst zum Stillstand. Als nach 5monatiger Pause die Blutungen erneut und in anhaltender schwerer Form auftraten, mußte zur Lebensrettung die Nephrektomie gemacht werden, worauf der Harnbefund anscheinend endgültig zur Norm zurückkehrte. Die mikroskopische Untersuchung eines bei der ersten Operation entnommenen Gewebsstückes zeigte jedoch bereits proliferative Veränderungen der Malpighischen Körperchen und die Neigung zu Blutungen in die Bowman'sche Kapsel. Nach der zweiten Operation zeigte sich eine wesentliche Steigerung der früheren Veränderungen, die nun als Nephritis bezeichnet werden. Die Veränderungen sind genau beschrieben und abgebildet.

Auf Grund von 129 Fällen renaler Blutung aus der Literatur kommt K. zu folgenden Schlüssen:

1) Zur Annahme einer Hämaturie aus einer anatomisch unveränderten Niere muß eine Blutung aus einem anderen Abschnitt als aus dem Nierenparenchym ausgeschlossen sein und eine mikroskopische Untersuchung der vermeintlich unveränderten Niere vorliegen.

2) Schon geringe pathologische Veränderungen im Nierenparenchym können wesentliche Blutungen zur Folge haben. Der gegenwärtige Stand der Mikroskopie gestattet noch nicht in jedem Falle, aus dem Grade der Veränderungen Folgerungen bezüglich der Schwere der Blutung zu ziehen.

3) In manchen Fällen essentieller Nierenblutung bewährt sich sowohl die Dekapsulation als auch die Nephrotomie als endgültig heilsamer Eingriff. In anderen, und zwar auch bei solchen mit scheinbar geringfügigen Veränderungen, ist der Erfolg kein nachhaltiger, so daß später die Nephrektomie notwendig wird.

4) Dem klinischen Symptom der Nierenblutung entsprechen in den einzelnen Fällen durchaus verschiedene anatomische und mikroskopische Bilder der Nierenparenchymveränderung. **Fahre** (Dresden).

35) **Kotzenberg** (Hamburg-Eppendorf). Über Nierenblutungen.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 13 Operationsgeschichten jener wichtigen Fälle, in welchen schwere Nierenblutungen auf dem Boden entzündlicher Veränderungen in der Glomerulischicht teils einseitig, teils doppelseitig eintreten und schließlich gelegentlich aus Indicatio vitalis zur Operation zwingen. — Massenblutungen, welche sonst wohl für Tuberkulose, Nephrolithiasis oder Geschwülste pathognomonisch sind, kommen also auch als sogenannte essentielle Nierenblutungen vor, wie man denn auch von einer renalen Hämophilie gesprochen hat. Unter 400 Operationen, welche in der Abteilung Kümmell's ausgeführt wurden, konnte zwölfmal eine greifbare pathologische Veränderung der blutenden Niere nicht konstatiert werden. Viermal mußte aus Indicatio vitalis die Nephrektomie vorgenommen werden, sechsmal genügte die Nephrotomie (in einem Falle doppelseitig), in zwei Fällen wurde die Enthülsung ausgeführt. Elf Pat. verließen gebessert oder geheilt die Anstalt, nur einer starb auf dem Operationstisch an Verblutung.

Als Ursache dieser Blutungen, die mit den Hämorrhagien bei akuten Infektionskrankheiten nichts zu tun haben, schuldigt Verf. eben beginnende nephritische Prozesse an, welche sich in der Rinde im Bereich der Glomerulikapillarschlingen abspielen und vielleicht auf toxische Einwirkung zurückzuführen sind. — Da eine Differentialdiagnose zwischen Geschwulst und nephritischer Blutung nur durch Operation gestellt werden kann, so empfiehlt Verf. die Nephrotomie mit Entfernung eines Nierenstückchens zur mikroskopischen Untersuchung. Die Prognose ist bei der Doppelseitigkeit des ätiologischen Prozesses stets ernst.

Kroemer (Berlin).

36) **Haynes.** Unilateral renal hematuria due to pyelitis cystica.

(Annals of surgery 1908. März.)

Ein älterer Mann, der nie venerisch krank gewesen war, litt seit einigen Jahren an häufigem Urindrang und Schmerzen in der linken Nierengegend. Innerhalb des letzten Jahres hatte er einige Male Blut im Urin gehabt. Durch die Röntgenuntersuchung wurde festgestellt, daß die linke Niere vergrößert war, im cystoskopischen Bilde war die Umgebung des linken Harnleiters entzündet. Im Urin fand man Spuren von Eiweiß, rote und weiße Blutkörperchen. Die linke Niere wurde durch Lendenschnitt freigelegt und vergrößert angetroffen, ein Stein war nirgends nachzuweisen, wohl aber nach durchschnittener Niere eine starke wuchernde Entzündung der Schleimhaut des Nierenbeckens. H. exstirpierte die linke Niere; hiernach schwanden alle Krankheitssymptome. Verf. weist darauf hin, daß in den meisten Fällen sogenannter idiopathischer Nierenblutung an den Nieren Veränderungen angetroffen werden; in den seltenen Fällen, wo das nicht der Fall ist, handelt es sich um eine sogenannte Angioneurosis. Was speziell die durch Entzündungen der Nierenbeckenschleimhaut hervorgerufenen Blutungen anbetrifft, so sollen sie nach H. zunächst medikamentös, wenn dies nicht hilft durch Ausspülungen

des Nierenbeckens mit schwachen Antisepticis behandelt werden. Wenn aber die Blutung aus einer Niere gar nicht nachläßt, mag sie nun durch eine Angioneurosis oder eine Pyelitis cystica bedingt sein, so hält er die Exstirpation der Niere, vorausgesetzt, daß die andere Niere gesund ist, für gerechtfertigt.

Herhold (Brandenburg).

37) **Lichtenstern** (Wien). Die Resultate der operativen Behandlung der Nierentuberkulose.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 3.)

L. suchte der Frage der Dauerheilung nach der Exstirpation tuberkulöser Nieren näher zu treten durch die Untersuchung des Urins scheinbar geheilter Personen auf den Gehalt an Tuberkelbazillen. Von 45 durch Zuckerkandl Operierten erlagen sechs dem Eingriff (primäre Mortalität = 13,3%). Die übrigen erfreuen sich eines guten Gesundheitszustandes. Verf. konnte 17 von ihnen zu wiederholten Kontrolluntersuchungen des Urins heranziehen. Es wurde nach 2—3stündigem Sedimentieren 1 ccm des Sedimentes intraperitoneal bei Meerschweinchen injiziert; die Sektion der letzteren nach bestimmter Beobachtungszeit ergab überraschenderweise sehr verschiedene Resultate; a. 7 von den untersuchten Urinen zeigten dauernd negativen Keimgehalt; b. bei 3 war der Befund zunächst positiv, später negativ; c. bei den 7 letzten Fällen waren stets Tuberkelbazillen nachweisbar. Gruppe e. enthält zwar Fälle mit restierender Cystitis, aber ohne spezifischen Charakter. Bei Gruppe b. heilt die tuberkulöse Cystitis unter der Beobachtung. Bei Gruppe a. bestehen noch tuberkulöse Prozesse der Blase oder des Harnleiterstumpfes trotz scheinbarer völliger Heilung. Von allen 17 Urinen konnten nur 3 mit den Färbemethoden als bazillenhaltig nachgewiesen werden. Erst wenn der Urin im Tierversuch sich als frei von Tuberkelbazillen erweist, kann man demnach von Heilung der Nierentuberkulose sprechen. **Kroemer** (Berlin).

38) **Wildholz** (Bern). Klinisches über Nierentuberkulose.

(Zeitschrift über Urologie Bd. II. Hft. 3.)

W. hält die Nierentuberkulose für einen Prüfstein auf die Brauchbarkeit der modernen funktionell-diagnostischen Untersuchungsmethoden: »Kryoskopie, Chromocystoskopie, Urinseparation«. Die Kryoskopie des Blutes nahm er bei 90 Kranken vor. Sieben von 21 mit doppelseitiger Nierentuberkulose Behafteten hatten einen Gefrierpunkt von —0,58 bis —0,67°, 13 andere trotz der Doppelseitigkeit des Prozesses —0,53 bis —0,56°. Dagegen war bei vier einseitig Erkrankten $\delta = -0{,}6°$ bis $-0{,}7°$. Da die gesunde Niere gut funktionierte, wurde bei allen vier Pat. die Nephrektomie mit gutem Erfolg ausgeführt. Die Indigokarminprobe dient zur raschen Orientierung über die Lokalisation. Zur genaueren Bestimmung der Ausdehnung des Prozesses genügt sie nicht. Vermißt man aber 40—60 Minuten nach der Injektion jede Spur von Indigofarbstoff im Urin, so liegt meist ein doppelseitiger Nierenprozeß vor. Die vergleichende Untersuchung der Harne beider Nieren auf den Gefrierpunkt Δ und Albumen, Eiter usw. lieferte weniger gute Resultate als die Bestimmung der Valenzwerte, d. h. $\Delta \times$ Urinmenge. War der Valenzwert der zweiten Niere ein guter, so wurde die Nephrektomie trotz Albuminurie und δ-Erniedrigung ausgeführt. Von 121 Kranken kamen 72 zur Nephrektomie, 62 bei W. mit 4,8% Mortalität. Eine exstirpierte Niere bot das Bild einer reinen Nierenbeckentuberkulose. **Kroemer** (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 29. **Sonnabend, den 18. Juli** **1908.**

Inhalt.

1) L. Rosenfeld. Prophylaxe der Verkrüppelung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Der in der Literatur der Krüppelfürsorge wohlbekannte Verf. schildert den Wert der Prophylaxe bei denjenigen Erkrankungen, die zur Verkrüppelung führen, besonders bei der Tuberkulose der Knochen und Gelenke, bei der Rachitis und bei anderen Konstitutionskrankheiten. Bei Rückgratsverkrümmungen soll möglichst frühzeitig ärztliche Behandlung erstrebt werden. Man soll skoliotische Kinder als Externe den Krüppelanstalten zuweisen. Der Wahl des Berufes soll ärztliche Untersuchung vorausgehen. Die Ziele der Prophylaxe lassen sich unter zwei Gesichtspunkten zusammenfassen: 1) Anteilnahme und Mitarbeit an einer Reihe von Bestrebungen der sozialen Medizin, die somit gewissermaßen die Grenzgebiete der orthopädischen Chirurgie bilden: an der Wohnungsfürsorge und Wohnungspflege, dem Ausbau der bestehenden Kranken- und Unfallversicherungsgesetze, der Förderung

der Säuglingsheime und Milchküchen, an den verschiedenen Arbeitsgebieten der Schulgesundheitspflege, an der Fürsorge für Tuberkulöse in Heilstätten, See- und Walderholungsheimen. 2) Ausbau der Krüppelanstalten dahin, daß neben der Behandlung, Erziehung und Versorgung auch der Verhütung des Krüppeltums Rechnung getragen wird. Im Anschluß an die Krüppelanstalten sollen Ambulatorien oder Polikliniken errichtet werden. Ferner sollen Erholungsstätten, Landkolonien, Sol-, Thermal-, Stahlbäderabteilungen und Seeheime geschaffen werden.

J. Riedinger (Würzburg).

---

2) **Rauenbusch.** Die Spondylitis tuberculosa im Röntgenbilde. Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern. Bd. XVII. 22 Röntgenbilder.

Hamburg, **Lucas Gräfe & Sillem,** 1908.

R. zeigt an Röntgenbildern aus der Hoffa'schen Klinik, was die Röntgenphotographie zur Deutung der pathologischen Anatomie der Spondylitis leisten kann. Die Bilder zeigen in hervorragender Weise die Ausdehnung der Erkrankung und das Vorhandensein von Senkungsabszessen. Auf den die Spondylitis der Brustwirbelsäule betreffenden Tafeln sind diese deutlich zu sehen. Besonders wertvoll sind die Tafeln durch Beigabe von Umrißzeichnungen, welche die Deutung des Befundes sehr erleichtern. Wertvoll sind ferner die zur Differentialdiagnose herangezogenen Fälle von angeborenen Mißbildungen, Torsionserscheinungen bei Skoliose und Spondylitis ankylopoetica; wichtig die Darstellung der normalen Halswirbelsäule. Im Text wird die Aufnahmetechnik geschildert und außerdem kurz auf Statistik, Heilungsaussichten und die rationelle Therapie eingegangen.

Auffallend ist der ständig wiederkehrende Druckfehler: Spondilitis.

Drehmann (Breslau).

---

3) **M. Haudek.** Zur operativen Behandlung des muskulären Schiefhalses.

(Zeitschrift für orthpäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. empfiehlt die von Lange angegebene Methode der Durchtrennung des Kopfnickers an seinem Ansatz am Processus mastoideus nicht allein wegen des kosmetischen Effektes, sondern auch wegen des Vorteiles der kürzeren Dauer der Operation und der einfacheren Operationsverhältnisse sowie der Erleichterung des Redressements der Halsskoliose.

J. Riedinger (Würzburg).

---

4) **J. Rebattu** et **J. Rheuter.** Étude sur les déviations de la colonne vertébrale.

(Province méd. 1908. Nr. 15.)

Das Untersuchungsmaterial der Verff. erstreckt sich auf 170 Fälle von Deviationen der Wirbelsäule, meistens dem vorgerückten Alter an-

gehörend. Sie gelangen zu folgenden Schlüssen: Vom klinischen Standpunkt aus muß man streng zwischen reinen Skoliosen und Kyphosen unterscheiden. Die letzteren können sich mit einer leichten Skoliose vergesellschaften, aber diese Deviation ist immer sekundärer Natur. Kyphosen sowohl als Kyphoskoliosen lassen sich einteilen in allmählich entstehende, welche leichte Formen darstellen und durch senile Osteomalakie bedingt sind; zweitens in rasch eintretende Erkrankungen, deren Pathogenose eine verschiedenartige sein kann. Die Skoliosen entwickeln sich in frühester Jugend, und zwar in kurzer Zeit. Der Ätiologie nach scheint es sich gleichfalls um eine Art Osteomalakie zu handeln. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

5) **G. Eckstein** (Prag). Anatomische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Halsrippen und Skoliosen.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. hat in zwei Fällen das Zusammentreffen von Halsrippen und Skoliose gefunden, ohne daß ein Zusammenhang beider Zustände angenommen werden konnte. In zwei Fällen fand er Halsrippen ohne Skoliose. Verf. untersuchte nun im deutschen anatomischen Institut in Prag sämtliche Skelette und auf Halsrippen Bezug habende Präparate. Unter 35 Fällen fand er einen Befund, der den Bedingungen entsprach, unter denen scheinbar Halsrippen mit Skoliose zu verlaufen pflegen, und trotzdem konnte er in keinem derselben eine Skoliose nachweisen. Somit gelangte Verf. zu der für die Auffassung von der Entstehung der Skoliose sehr wichtigen Tatsache, daß Halsrippen allein nicht beschuldigt werden, sondern daß andere ätiologische Momente (Rachitis, Heredität, Mißbildungen usw.) für die Erklärung herangezogen werden müssen. **J. Riedinger** (Würzburg).

6) **K. Gerson.** Skoliosenbehandlung im Hause.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. schildert das Tagespensum eines skoliotischen Kindes, das aus der Behandlung vorläufig entlassen ist: frühmorgens aktive Redression, nach der Schule vor Tisch Seitenlagerung auf einem schiefen Brett mit Extension an einem Arm (dem Arm der konkaven Seite), nach dem Mittagessen Übung an einem Sandsack, nach Beendigung der Schularbeiten Liegen auf der konkaven Seite bei aufgestütztem Ellbogen. **J. Riedinger** (Würzburg.)

7) **P. Möhring.** Der tragbare Heilapparat bei der Skoliose. Ein Rückblick und Versuch einer Vereinheitlichung.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Ein guter Stützapparat muß nicht nur jeden Grad der Redression erhalten, sondern auch selbst weiter redressieren können, ohne zu sehr zu belästigen. Die Zeit des Hessingkorsettes ist nach Ansicht des

Verf.s vorüber, und der starre Panzer kommt nicht mehr in Frage. Demgegenüber empfiehlt Verf. einen Stützapparat mit folgenden Eigenschaften: Starke redressierende und Stützkraft, Vermeidung jeden überflüssigen und schädlichen Druckes, Erhaltung größtmöglicher Bewegungsfreiheit, Ermöglichung des Luftzutrittes, Leichtigkeit, Haltbarkeit, Billigkeit und überaus einfache Handhabung. Der Apparat läßt sich anwenden bei Skoliose, Kyphose, Tuberkulose und anderen Erkrankungen. Er besteht aus Beckengürtel, zwei Rückenstäben, Achselstücken, vorderem wagerechten Stab, Gummigurten. Eine Kopfstütze ist in den meisten Fällen entbehrlich, wenn es sich nicht um eine Erkrankung der Halswirbelsäule handelt. Unter Mithilfe der Redressionsbehandlung werden wenigstens mittelschwere Fälle wirklich geheilt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

8) **W. Böcker.** Zur Beurteilung von Unfallverletzungen im Bereiche des kindlichen Ellbogengelenks.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. betont die Wichtigkeit der Kenntnis der normalen Anatomie des kindlichen Ellbogengelenkes für die Diagnose der Frakturen unter Hinweis auf die hierüber veröffentlichten Arbeiten und weiterhin die Wichtigkeit der röntgenographischen Aufnahme von mindestens zwei Seiten. Zur Erläuterung des letzten Punktes wird ein Beispiel aus der Praxis angeführt. In zweifelhaften Fällen darf auch eine Röntgenaufnahme der gesunden Seite nicht versäumt werden. Im Alter von 11—13 Jahren sind die Verhältnisse am kompliziertesten. Im Anschluß an diese Erörterungen berichtet Verf. über den Bruch des Epicondylus internus bei einem 11jährigen Mädchen, der in der Deutung Schwierigkeit bereitet hatte.

J. Riedinger (Würzburg).

---

9) **N. Kaefer** (Odessa). Zur Behandlung der Vorderarmbrüche.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 19.)

K. verwendet als Stütze für die Extension des Vorderarmes das freie Ende eines an jeden Operationstisch anbringbaren Beinhalters, dessen nach oben gerichtetes freies Ende von dem Arm in der Ellbeuge umfaßt wird. Der Verband wird aus einer Gipsstärkenbindenlonguette hergestellt, die auf die mit Vaseline bestrichene Streckseite des Vorderarmes aufgelegt, glatt und faltenlos angestrichen und mit einer den senkrechten Eisenstab in den Verband hineinnehmenden Mullbinde festgewickelt wird, während ein Assistent den Gegenzug an der Hand ausübt. Bei dem typischen Radiusbruch erhält die Schiene Pistolenform. Zum Schluß wird noch eine nasse Stärkebinde angelegt und der Eisenstab herausgezogen. Der Verband ist für Massage und Übungen leicht abnehmbar.

Kramer (Glogau).

---

10) **K. Cramer.** Über kongenitale Supinationsstörungen.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. bespricht die einzelnen Ursachen der Behinderung der Supination des Vorderarmes mit Ausschluß des traumatischen, nämlich den totalen oder partiellen Defekt eines Vorderarmknochens, die angeborene Luxation des Radiusköpfchens ohne oder mit Verbildung des Radius, Verwachsung mit dem Humerus, Verwachsung beider Vorderarmknochen miteinander und rachitische Verkrümmungen der Vorderarmknochen. Drei kasuistische Mitteilungen betreffen: 1) partiellen Radiusdefekt, 2) Verwachsung beider Vorderarmknochen, 3) rachitische Deformität. **J. Riedinger** (Würzburg).

11) **H. Hornung.** Eine neue unblutige Methode zur Behandlung der Syndaktylie beim Neugeborenen.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Nach Besprechung der operativen Methoden, die nicht immer gute Resultate geben, empfiehlt Verf. einen nach Angabe Spitzy's hergestellten kleinen Apparat, der sich praktisch gut bewährt hat. Der Apparat besteht aus zwei dreiseitigen Prismen oder Keilen, die durch Schrauben einander bis zur Berührung zweier Längskanten genähert werden können. Nach der Anlegung des Apparates zwischen zwei Fingern kommt es bei allmählich stärkerem Anziehen der Schrauben zu einer Furchung, dann zu einer Schwimmhautbildung, schließlich zur Trennung. In einem Falle verliefen bis zur Trennung 14 Tage. Das Resultat war ein vorzügliches. **J. Riedinger** (Würzburg).

12) **J. Fränkel.** Kinematographische Untersuchungen des normalen Ganges und einiger Gangstörungen.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Der Kinematograph hat besonders deshalb für die Medizin einen Wert, weil er eine zusammengesetzte Bewegung in einzelne Phasen zerlegt und diese getrennt mit genügender Deutlichkeit erkennen läßt. Die analytische Verwendung des Kinematographen ist bisher nur von neurologischer Seite geübt worden. Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist, die Methode im Dienste der Orthopädie zu erproben. Die Aufnahmen wurden in der Hoffa'schen Klink gemacht und betreffen den normalen Gang, den Gang bei Luxatio coxae congenita, Coxa vara, Coxitis und bei Lähmungen. An der Hand von Abbildungen werden einige belehrende Erläuterungen hierzu gegeben.
J. Riedinger (Würzburg).

13) **J. Schoemaker** (im Haag). Die Trochanter-Spinalinie als diagnostisches Hilfsmittel.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Zur Bestimmung des Trochanterstandes zieht S. bei Rückenlage des Pat. eine gerade Linie von der Spitze des Trochanters am Rande

der Spina ant. sup. entlang bis zur Mittellinie (Trochanter-Spinalinie). Bei normalen Menschen schneiden sich die Linien etwa in der Höhe des Nabels in der Mittellinie des Körpers. Ist ein Trochanter in die Höhe gerückt, so ist die Kreuzungsstelle der Linie dieser Seite in der Mittellinie des Körpers nach unten verschoben, und zwar um eine Strecke, die etwa dreimal so lang ist als die Strecke der Verschiebung der Trochanterspitze nach oben. Auf kleinere Unterschiede kann wegen der Leichtigkeit ungenauer Messung kein Wert gelegt werden. Die Messung kommt hauptsächlich bei einseitigem Hochstand des Trochanters in Betracht. Die Verschiebung nach hinten läßt sich nicht messen. Für die Praxis kann der Einfluß dieser Verschiebung vernachlässigt werden. Bei den Verschiebungen der Trochanterspitze nach innen und unten macht sich fast nur die nach innen auf den Verlauf der Trochanter-Spinalinie geltend. Verf. zieht die Linie durch eine kratzende Bewegung des Mittelfingers oder markiert sie durch Anlegung eines Bindfadens. Bei einseitigem Hochstand wird der Abstand der beiden Kreuzungspunkte in der Mittellinie des Körpers gemessen. Die Zahl wird durch 3 dividiert, und man hat dann ungefähr das Maß der Verschiebung des Trochanter in die Höhe. Bei Schenkelhalsbruch, Luxatio iliaca und Coxa vara endet die Linie unterhalb des Nabels. Bei Coxa valga dagegen geht sie steil in die Höhe bis zum Brustbein. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

14) **Ghillini** (Bologna). Experimentelle und angeborene Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Seit etwa 15 Jahren paarte G. Kaninchen, bei denen er einseitige oder doppelseitige Hüftverrenkung vorgenommen hatte, um Nachkommen mit gleicher Deformität zu erhalten. Die Resultate waren in bezug auf die Vererbung natürlich negativ, jedoch für die pathologische Anatomie dieser Deformität von Bedeutung. Verf. fand ähnliche Veränderungen wie beim Menschen, aber auch Abweichungen, die sich daraus erklären, daß ursprünglich normale anatomische Verhältnisse vorlagen und die Deformität zu den erworbenen, traumatischen zu zählen ist. In manchen Fällen war z. B. der obere Abschnitt des Femur atrophisch, der untere dagegen kompensatorisch verdickt. In anderen Fällen war der Pfannenboden nicht verdickt, sondern verdünnt usw. Bei allen Experimenten erzielte Verf. Anteversion des Kopfes. Er erinnert daran, daß er einer der ersten war, der nach der Reposition des Kopfes bei Anteversion Fixation des Oberschenkels in Innenrotation empfahl. Er hält sich auch heute noch für berechtigt, zu erklären, daß es unmöglich ist, eine wahre, richtige Restitutio ad integrum im anatomischen Sinne zu erreichen.

Nach den Ausführungen des Verf.s zeigen die Experimente, wie man den Oberschenkel nach der Reposition fixieren muß und wie man eine Nearthrose bilden kann, die das normale Gelenk ersetzt. Sie



sollen außerdem eine Bekräftigung der Theorien der mechanischen Entstehung der Deformität sein. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

15) **G. Graetzer.** Zur Ätiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. kann der Theorie Drehmann's, der die Verrenkung über dem oberen Pfannenrand auf das längere Fortbestehen der ursprünglichen Coxa valga zurückführt, nur soweit folgen, als sie in der Coxa valga eine Vorstufe der Verrenkung erblickt. Die Ursache der Verrenkung sieht er in der Fortwirkung der die Adduktion im fötalen Leben behindernden Kraft, die nur als Zugwirkung amniotischer Verwachsungen gedacht werden kann. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

16) **G. Drehmann.** Weitere Beiträge zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. schildert in anschaulicher, fesselnder Weise seine Erfahrungen, die in der Hoffa'schen Klinik beginnen, in der v. Mikulicz'schen Klinik fortgesetzt und schließlich in eigener Praxis gegemacht wurden. Infolge der Behandlung von 600 Fällen hat Verf. ein sicheres Urteil über den Wert der Lorenz'schen unblutigen Behandlung der kongenital verrenkten Hüften gewonnen. Er kann mit großer Befriedigung auf seine Endresultate zurückblicken; denn die unblutige Methode hat mehr geleistet, als erwartet wurde. Bei den sich noch vielfach widersprechenden Meinungen über die zweckmäßigste Art des Vorgehens bei der Reposition der Verrenkung muß es für jeden Orthopäden von größtem Interesse sein, ein so abgeklärtes Urteil zu vernehmen, wie es D. abzugeben in der Lage ist. Für den noch weniger Erfahrenen muß besonders die Schilderung der Methode der Einrenkung und der bei der Einrenkung stattfindenden Vorgänge von Wert sein, da die Schilderung einfach ist und einen direkten Weg zeigt. Nach der Einleitung werden folgende Kapitel abgehandelt: Kritik der unblutigen Methode, Statistik und Ätiologie, Selbstheilungsfälle, erster Nachweis und bestes Alter zur Einrenkung (Ende des 2. Lebensjahres), Ursachen der Mißerfolge, Unglücksfälle und Vermeidung derselben, Methode der Einrenkung, »rechtwinklige Flexionsabduktion«, bei schlechteren Pfannenverhältnissen »überrechtwinklige Flexionsabduktion«, Heilungsvorgänge, Behandlung der primär schlecht geheilten Fälle, Endresultate (bei einseitiger Verrenkung sind 93,26% funktionell normal und 90,38% anatomisch normal geheilt; bei doppelseitiger Verrenkung beträgt der Prozentsatz der guten Heilungen 82%, der beiderseits anatomisch normal Geheilten 71,4%; der Berechnung liegen 132 Endresultate der Privatpraxis zugrunde), ferner Schlußbemerkungen und tabellarische Übersicht. Die Altersgrenze bei einseitiger Ver-

renkung wird auf 10, bei doppelseitiger auf etwa 6 Jahre angegeben. Doppelseitige Verrenkungen werden in einer Sitzung eingerenkt. Vorbereitende permanente Extension wird nur bei älteren Fällen angewandt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

17) **R. Zuelzer.** Betrachtung über die Behandlung des Genu varum infantile, mit besonderer Berücksichtigung des O-Beinkorrektionsapparates.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. hat nach dem Prinzip seines X-Beinkorrektionsapparates auch einen Apparat für O-Beine konstruiert (s. Zentralblatt für Chirurgie 1907, p. 1255). Das Kind wird auf ein Brett so gelagert, daß mit Hilfe von Gummibinden einige Stunden lang ein korrigierender Zug einwirkt. Die Füßchen werden durch einen weichgepolsterten, schlittenartig verschieblichen Klotz auseinander gehalten. Bei guter Fixation läßt sich eine kräftige Wirkung erzielen. Die Behandlung wird in der Familie durchgeführt. Bei Klump- oder Plattfuß wird durch senkrecht gestellte, giebeldachähnlich zueinander geneigte Bretter der Fuß entweder in Pronations- oder in Supinationslage gebracht.

J. Riedinger (Würzburg).

---

18) **A. Alsberg.** Beitrag und kritische Bemerkungen zur Apophysitis tibialis adolescentium.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Anknüpfend an die Mitteilungen von Ludloff, Schlatter und anderen Autoren teilt Verf. zwei eigene Beobachtungen mit. Die Erkrankung tritt im Wachstumsalter, fast nur bei Knaben im Alter von 12—14 Jahren, auf und wird häufig mit einer Fraktur oder Infraktion verwechselt. Sie entsteht allmählich. Im Röntgenbild zeigen sich Unregelmäßigkeiten in der Form des zungenförmigen Fortsatzes und in der Breite der Knorpelfuge zwischen Fortsatz und Diaphyse. Das rechte Bein ist häufiger befallen. Oft tritt das Leiden symmetrisch auf. Die Pathologie des Prozesses harrt noch der Aufklärung. Verf. wählt den Namen »Apophysitis tibialis adolescentium« statt »inkomplette Abrißfraktur«. Die letztere Bezeichnung ist zu beanstanden.

J. Riedinger (Würzburg).

---

19) **H. Lehr.** Über eine Verdickung des Taluskörpers als Ursache von Klumpfußrezidiven.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie.)

Als Ursache mancher rezidivierender Fälle von Klumpfuß läßt sich die im Verhältnis zur Knöchelgabel zu große Ausdehnung des Talus nachweisen. Von Schanz wird in solchen Fällen der Talus durch schichtweises Abtragen von der äußeren Seite mit Messer oder Meißel operativ verkleinert. Oft ist auch die Durchschneidung des Lig. deltoideum, sowie die subkutane Einkerbung der Fascia plantaris



an mehreren Stellen geboten. Der Oberschenkel wird bei leichter Beugestellung des Kniegelenkes in den Verband mit einbegriffen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

20) **A. Saxl** (Wien). Supramalleoläre Infraktion der Fibula, ein Hilfsmittel beim modellierenden Redressement des Klumpfußes.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Nach kurzem Hinweis auf die wichtigsten Punkte des Lorenzschen modellierenden (nicht forcierten) Redressements weist Verf. auf die Schwierigkeit in manchen Fällen hin, das Fersenbein in überkorrigierte Stellung zu bringen. In solchen hartnäckigen Fällen wird von Lorenz zu dem Redressement des Fußes noch eine Infraktion der Fibula knapp oberhalb des Knöchels hinzugefügt. Dieser paraartikuläre Eingriff gestattet, dem Fersenbein den erwünschten Grad von Pronation zu geben. Er darf nur als Schlußakt in ausgewählten Fällen zur Anwendung kommen. Frühzeitige Knochenschädigung gestattet nicht das Redressement fortzusetzen. Die Infraktion kann instrumentell durch den Osteoklasten oder auch manuell auf dem dreieckigen Keil ausgeführt werden. Bei der Anlegung des Verbandes darf man nicht zu stark pronieren lassen. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

21) **E. Mayer.** Beiträge zur Entstehung und Symptomatologie der Plattfußbeschwerden.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Unter Benützung des Hebelgesetzes formuliert Verf. mathematisch die in Funktionsstörungen bestehenden Folgen des Mißverhältnisses zwischen Körperlast und Trag- oder Zugfähigkeit. Auch die Lokalisation der Schmerzen läßt eine Berechnung zu.

J. Riedinger (Würzburg).

---

22) **P. Haglund** (Stockholm). Über den sogenannten Calcaneussporn.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Chrysospathes hält den spornartigen Knochenauswuchs der unteren hinteren Fläche des Fersenbeines für eine Abnormität, verursacht durch Bänder- und Muskelzug (s. Zentralblatt für Chirurgie 1907, p. 1255). Der Ausgangspunkt soll die Epiphyse am hinteren Abschnitt des Calcaneus sein. H. bestreitet dies auf Grund eines Studiums von 17 Röntgenbildern und gibt an, daß der Sporn vom Korpuskern des Calcaneus ausgeht und auf einen osteoarthritisartigen Prozeß zurückzuführen ist. Die Gründe für diese Annahme werden näher erörtert. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

23) **A. Blencke.** Bemerkungen über den »Calcaneussporn«.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. hat anatomische und röntgenologische Untersuchungen über die Epiphyse am hinteren Abschnitt des Calcaneus angestellt und faßt das bisher schon Bekannte hierüber zusammen. Mit der Diagnose eines Knochenbruches sollen wir vorsichtig sein. Die Möglichkeit eines solchen ist andererseits nicht abzustreiten. Im allgemeinen ist der Calcaneussporn, die zackenartige Verlängerung des Tuberculum majus calcanei, nicht sehr häufig zu beobachten. Er kann schmerzlos verlaufen, spontan schmerzhaft werden oder nach einem Trauma Beschwerden verursachen. Zuweilen ist er Begleiterscheinung des Plattfußes. Er kann ferner bedingt sein durch Gonorrhöe, Arthritis und Arteriosklerose, sogar durch Tuberkulose. An einem Calcaneus können auch mehrere Fortsätze auftreten. Der Sporn wird einseitig und doppelseitig beobachtet. Nur in der Minderzahl der Fälle handelt es sich um eine Verlängerung der Calcaneusepiphyse, wie schon Chrysospathes nachgewiesen hat. Meist sind es Knochengebilde, die sich in späteren Jahren entwickeln. Bei der röntgenologischen Untersuchung von 673 Füßen wurde der Sporn in 19 Fällen gefunden (2,8%). Die Vielgestaltigkeit des Leidens wird an zahlreichen Röntgenbildern veranschaulicht. Einige charakteristische Krankengeschichten werden ausführlicher mitgeteilt. Durch gute Beobachtungen und erschöpfende Benutzung der Literatur bildet die Arbeit einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der erwähnten Veränderungen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

24) **Taubert.** Überzählige Carpalia und Tarsalia, und Sesambeine im Röntgenbilde.

(Med. Wochenschrift 1908. p. 702, 751, 794.)

T. bezweckt, die chirurgische Differentialdiagnose bei Verdacht auf Knochenbruch u. dgl. zu erleichtern durch klare Abgrenzung der inkonstanten Skelettstücke (Varietäten) — meist überzählige Hand- und Fußwurzelknochen —, der knorpelig-knöchernen Sesambeine, der bindegewebigen Sesamoide, endlich aller möglichen ähnlichen Gebilde anderer Herkunft (Pseudosesamoide). An der Hand der einschlägigen anatomischen und röntgenologischen und eigenen Erfahrungen sowie unter Beigabe von Skelettskizzen und Röntgenabbildungen werden die in Betracht kommenden Körperabschnitte übersichtlich besprochen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

25) **K. Lengfellner.** Die wissenschaftlichen Prinzipien bei Herstellung von Schuhwerk mit Berücksichtigung von Jugend- und Militärschuhwerk.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Das Ideal eines Schuhwerkes kann nur in dem Schuhwerk liegen, das nach Maß unter Benützung eines eigenen Leisten hergestellt ist.

Der Leisten muß nach einem Gipsabdruck gemacht werden, dessen Technik Verf. beschreibt. Das Negativ wird mit einer Masse aus Gips und Leim ausgegossen. Der Ausguß wird entsprechend modelliert und kann als Leisten benutzt werden. Die bisher üblichen sog. orthopädischen Leisten sind zu verwerfen, weil der Fuß in Schuhen, die nach solchen Leisten hergestellt sind, keinen Halt hat. Verf. legt den Kern der Schuhfrage in die richtige Anlage eines Leistengewölbes. Um das Verfahren der Anfertigung eines Leistens zu vereinfachen, genügt es auch, die gewöhnlichen Maße zu nehmen und das Sohlen- und Schuhgewölbemaß durch den einfachen Gipsbreiabdruck zu erhalten, den Verf. schon früher beschrieben hat. Nach dem Gipsbreimodell wird der Leisten geformt. Wichtig ist bequemes Ballen- und Zehenmaß, sowie der Bau der Fersenpartie und des Absatzes. Letzterer soll breit und niedrig sein. Auf Kosten der Verlängerung des Schuhes kann man vorn eine gefällige halbrunde Form wählen. Der Schuh muß sich auch nach der Achse des Fußes richten. Die meisten Füße haben eine gerade Achse. Kinder sollen von der ersten Kindheit an zweckmäßiges Schuhwerk bekommen. Das Militärschuhwerk entspricht den Anforderungen an ein gutes Schuhwerk nicht.

J. Riedinger (Würzburg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus Dr. Teske's chirurg.-orthop. Privatklinik in Plauen.

Beitrag zur Ätiologie des angeborenen Schulterblatthochstandes.

Von

Dr. Hilmar Teske.

Von dem 1863 zuerst durch Eulenburg beschriebenen, aber erst durch die Abhandlung von Sprengel (1891) bekannt gewordenen Schulterblatthochstande konnte Ehrhardt 1904 schon 92 Fälle zusammenstellen, von denen 88 als angeborene, 4 als erworbene beschrieben wurden. Zu ersteren kommen jetzt noch die Fälle von Graetzer, Bassenge, Sipari u. a., zu letzteren der Fall von Cohn. Wie sehr sich übrigens bei genauer Betrachtung die Grenze zwischen angeborenem und sog. erworbenem Schulterblatthochstand verwischt, zeigt der letztgenannte Fall; auch in verschiedenen anderen Fällen ist die Unterscheidung nur eine willkürliche (Ehrhardt).

Trotz der reichlichen Literatur bedarf die Ätiologie des vorliegenden Krankheitsbildes noch mancher Aufklärung. Am meisten fanden die Erklärungen Anerkennung, welche die Ursache sehen

1) in rein mechanischer Störung,

2) in erworbener Störung der Entwicklungsmechanik.

Die erste, von Sprengel aufgestellte Erklärung erklärt den Schulterblatthochstand bekanntlich als intra-uterine Belastungsdeformität infolge zu geringer Fruchtwassermenge. Fälle von erworbener Störung der Entwicklungsmechanik — kompliziert durch Defekte des Radius, der Rippen, knöcherne oder bandartige

Verbindung des oberen Skapularwinkels mit den Halswirbeln u. a. —, bei denen intra-uterine Belastungsanomalien (Ehrhardt) und amniotische Verwachsungen (Graetzer) als Ursache des Schulterblatthochstandes angesehen wurde, sind in größerer Anzahl beschrieben. Als bestimmt in diese Kategorie gehörigen, weil nach jeder Richtung hin untersucht, will ich hier kurz den Fall von Graetzer anführen, der bei einem angeborenen doppelseitigen Schulterblatthochstande Schiefhals, Muskeldefekte, Rippendefekte und röntgenologisch Spaltbildungen der Wirbelsäule usw. fand und als Ursache der Deformitäten amniotische Verwachsungen annahm.

Die beiden genannten Erklärungsarten für die abgehandelte Schulterblattanomalie brachten aber noch nicht volle Klarheit in das Krankheitsbild.

Eine bisher nicht beschriebene Ätiologie weist der Fall von Cohn auf, insofern als dabei meines Erachtens der Schulterblatthochstand auf eine kongenitale Mißbildung zurückgeführt werden muß: Bei einem jetzt 15jährigen Mädchen soll seit dem 11. Lebensjahre ein Hochstand der rechten Schulter aufgetreten sein, der jetzt etwa 5 cm beträgt. Bei der Röntgenuntersuchung fand sich zwischen 6. und 7. Halswirbel ein längliches dreieckiges Wirbelrudiment, dessen Spitze nach links



gerichtet war. Wenn nun beide M. levatores gleich lang sind, folgert C., muß das rechte Schulterblatt um die Höhe des eingesprengten Wirbelkeils in die Höhe gezogen werden. Warum der Hochstand erst im 11. Lebensjahre bemerkbar wurde, das erklärt er analog der Böhm'schen Skoliosentheorie.

Ich bin nun in der Lage einen Fall von angeborenem Schulterblatthochstand zu veröffentlichen, der es fraglich erscheinen läßt, ob in dem Falle von Cohn seine mechanische Erklärung der Levatorwirkung zutrifft.

Ein 3jähriges, gut entwickeltes Mädchen wird mir wegen Schulterblatthochstandes zugeführt; in seiner Familie sollen keine Mißbildungen vorgekommen sein. Die Mutter hat zwei Frühgeburten und vier normale Geburten durchgemacht. Bei der 7. Schwangerschaft will sie sehr durch einen Hängebauch gelitten haben. Über die Menge des Fruchtwassers bei der Geburt weiß sie nichts anzugeben. Das Kind schien bei der Geburt normal entwickelt, nur fiel es auf, daß es »keinen Hals« hatte. Als es $1/2$ Jahr alt war, wurde rechtsseitiger Schulterhochstand und linksseitiger Schiefhals bemerkt.

Bei der Untersuchung fand sich rechtsseitiger Schiefhals, Gesichtsskoliose, linkes Ohr bedeutend kleiner als das rechte. In der rechten Oberschlüsselbeingrube findet



man hinten oben einen knöchernen Vorsprung, der sich als innerer oberer Winkel der Scapula herausstellt. Letztere steht etwa 4 cm höher als die linke und reicht vom 6. Halswirbel bis zum 4. Brustwirbel etwa. Sie ist etwas kleiner als links, ihr unterer Winkel steht nur wenig vom Thorax ab. Der rechte Arm kann nur um 110° erhoben werden, bei weiterer Hebung verhakt sich anscheinend der nach vorn umgebogene obere innere Winkel des Schulterblattes an der 1. Rippe. Die elektrische Untersuchung der Schulterblattmuskeln ergibt keine Defekte.

Das Röntgenbild zeigt beiderseitige 7. Halsrippe; der innere obere Winkel des rechten Schulterblattes ragt etwa fingerbreit über den Schlüsselbeinschatten hervor. Die fünf rechten obersten Rippen bilden hinten keine gleichweiten Zwischenrippenräume, sondern sind in unregelmäßiger Krümmung kranialwärts ausgebogen; auf der linken Körperseite sind sie normal. Die 5. rechte Rippe teilt sich etwa in der Schulterblattlinie gabelförmig. Die obere Branche steigt über die 4. Rippe in die Höhe und halbiert den 3. Interkostalraum, während die 4. Rippe den weiten Zwischenraum zwischen den Branchen der Gabel halbiert. Zwischen 8. und 9. Brustwirbel ist ein kurzes dreieckiges Wirbelrudiment eingeschoben, gut von der Höhe der ihm anliegenden Brustwirbel. Die Basis des Keils liegt nach rechts, die Spitze reicht nach links bis etwa zur Medianlinie. Die Halswirbelsäule zeigt eine leichte Cervicalskoliose. Einer Behandlung entzog sich der kleine Pat.

Der Fall von Cohn und der meinige haben das überzählige Wirbelrudiment gemeinsam. Im erstgenannten Falle saß es zwischen 6. und 7. Halswirbel, so daß C. (s. o.) an durch Levatorwirkung bedingten Schulterblatthochstand denken konnte. Gegen diese Folgerung kann man einwenden, daß die beiden Mm. levatores nicht die gleich langen, starren Branchen eines Meßzirkels sind, sondern elastische, kontraktile Schläuche. Jedenfalls lehrt mein Fall, daß die Ansicht Cohn's, der angeborene Schulterblatthochstand beruhe auf Wirbelanomalien, die zwischen 5. Halswirbel und dem Brustwirbel lokalisiert sind, der durch eine Horizontale durch die obere Kante des Schulterblattes der normalen Seite gekennzeichnet ist, nicht verallgemeinert werden darf.

Wenn man beide Fälle gemeinsam betrachtet, wird man zu der Ansicht kommen, daß bei ihnen der Schulterblatthochstand als kongenitale Mißbildung entstanden ist, neben welcher noch andere kongenitale Mißbildungen (Wirbelrudimente usw.) in variabler Zahl bestehen können. Die Sick'schen Fälle (zit. bei Ehrhardt) von Schulterblatthochstand bei mehreren Gliedern einer Familie gehören gleichfalls in das Gebiet der kongenitalen Mißbildung.

Bezüglich der Ätiologie des Schulterblatthochstandes haben wir also genau beschriebene Fälle, die in zwei Klassen zerfallen:

1) Durch erworbene Störung der Entwicklungsmechanik (Hemmungsmißbildung) entstandene,
2) als kongenital angelegte Mißbildung entstandene.

Zu der ersten Klasse würde der Fall von Graetzer, zu der zweiten der von Cohn, der meinige, die Fälle von Sick gehören.

Weitere Beobachtungen werden die Ätiologie des Schulterblatthochstandes nur dann fördern können, wenn neben Anwendung aller Untersuchungsmethoden das Röntgenbild klar ergibt, ob der untersuchte Fall einer dieser beiden Klassen angehört bzw. dieses ausschließen läßt, was dann für die Sprengel'sche Theorie hinsichtlich dieses Falles sprechen könnte.

Literatur.

Bassenge, Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 25. p. 1025. Böhm, Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 1. Derselbe, Berliner med. Gesellschaft 23. Oktober 1907. Allgemeine med. Zentralzeitung 1907. Nr. 44. Cohn, Diese Zeitschrift 1907. Nr. 32. Derselbe, Berliner med. Gesellschaft 10. Juli 1907. Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 29. Graetzer, Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1907. III. Supplement. Ehrhardt, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. Hft. 2. Sipari, referiert Zentralblatt für Orthopädie 1908. Nr. 3.

II.

Ein osteoplastischer Chopart.

Von

Prof. Dr. Carl Bayer in Prag.

Überblickt man die Reihe von Modifikationen der Chopart'schen Enukleation, die aus der Anpassung zur Verfügung stehender Weich- und Knochenteile den Verhältnissen bisher hervorgegangen sind, so findet man, daß Neues kaum mehr geboten werden kann. Auch ist es nicht der Mühe wert kleine Abänderungen eingebürgerter Modifikationen mitzuteilen, da sie im Notfalle förmlich selbstverständlich sind, ohne alle Berechtigung weiterer Ansprüche. Und doch drängt es mich, über eine Abänderung des typischen Chopart zu berichten, die mir die Ausführung der Operation in einem Fall ermöglicht hat, wo sie unausführbar schien. Wie alle Modifikatoren zwang auch mich die Not, und hatte auch ich wie sie den lebhaften Wunsch zugleich, die Vorzüge einer Enukleation nach Chopart nicht ohne weiteres aufzugeben: Caries metatarso-tarsea mit fungöser Weichteilerkrankung und

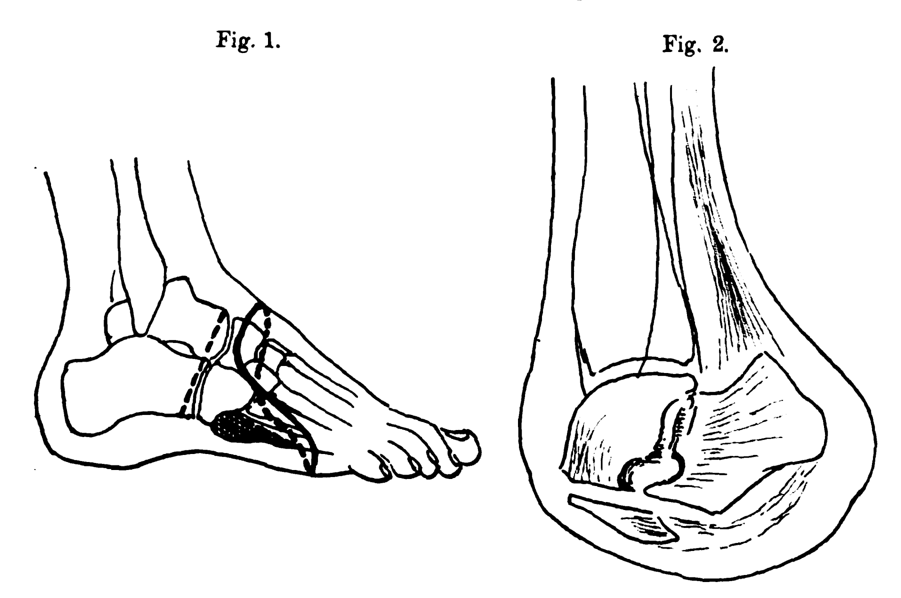


Fig. 1. Fig. 2.

zahlreichen Fisteln an Dorsum und Planta, so daß nur der Metatarsus V gesunde dorsale, äußere und plantare Deckung hatte. Auf den ersten Blick schien als einzig berechtigter Eingriff ein Pirogoff möglich; doch lehrte mich genaueres Studium der Verhältnisse, daß sich ein Chopart wohl ausführen ließe, wenn es gelänge die Haut der Gegend des Metatarsus V, event. mit einem Teile dieses Knochens zur Deckung auszunützen, ohne eine plantare Narbe zu setzen. Das war nur dann möglich, wenn es gelang, die zur Verfügung stehende Deckung durch eine atypische Schnittführung so zu einem Lappen zu gestalten, daß er sich nicht bloß einwärts, sondern zugleich und hauptsächlich aufwärts schlagen ließ. Dank dem Tiefstand des äußeren Fußrandes konnte diese Aufgabe durch den in Fig. 1 skizzierten Ovalärschnitt leicht gelöst werden. Mit diesem war zugleich auch alles kranke Gewebe radikal entfernt.

Die Operation wurde am 1. Mai l. J. an einem 32 Jahre alten Manne im Spitale der Barmherzigen Brüder ausgeführt. Nach erfolgter Enukleation im

Chopart'schen Gelenke wurde der Metatarsus V schräg durchsägt, so daß die ganze Tuberositas quinti im Zusammenhange mit dem Lappen blieb; dann wurden die Gelenkknorpel von Talus und Calcaneus abgesägt. Jetzt ließ sich das Wundoval als Lappen behandeln, der, aufwärts geschlagen, mit seinem Tuberositasknochendeckel der Sägefläche des Talus und Calcaneus sehr gut sich anschmiegte. Die lineär vernähte Wunde verlief vorn innen. Die Planta war frei, die Vorzüge eines Chopart waren gerettet.

Mag auch dem Knochendeckel bei dieser Art der Schnittführung keine Wichtigkeit zugeschrieben werden, so ganz wertlos scheint er mir nicht zu sein. Erstens füllt er eine sonst unvermeidliche hohle Stelle im Lappen natürlich aus und gestaltet seine Wundfläche glatt. Zweitens kann er vielleicht bei tadelloser Anheilung an den Calcaneus einen natürlichen Schutz bieten gegen spätere Exostosenbildungen, wie sie nach Chopart'scher Enukleation nicht selten vorkommen. Die Erhaltung der Ansatzstelle des M. peroneus brevis, dessen halbe Funktion als Strecker des Fußes nicht ganz zu unterschätzen ist, kommt endlich sogar mit Rücksicht auf das sog. Renversement sehr in Betracht. — Durch Annähen des Sehnenstumpfes des M. tibialis anticus, event. der Stümpfe aller Extensoren (Larger) an den oberen Rand des Knochendeckels, könnte diese Gegenwirkung noch wesentlich erhöht und zugleich der Neigung des Chopartstumpfes zur Valgusstellung wirksam gesteuert werden.

Die Skizze (Fig. 2), nach dem Röntgenbild des prima geheilten Stumpfes angefertigt, zeigt die Lage des Knochendeckels. Der Stumpf ist von guter Form, beim Anschlagen auf die Sohlenfläche und Ferse schmerzfrei, aktiv streckfähig.

Ich bin der Meinung, daß diese Chopartmodifikation mit den bisher eingebürgerten (cf. H. Petersen, Deutsche Chirurgie Liefg. 29a p. 187 u. ff.) ganz gut konkurrieren kann.

---

26) VII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Berlin, 24. und 25. April 1908.

Vorsitzender: Schulthess (Zürich), Referent Drehmann (Breslau).

I. Projektionsvorträge. Abendsitzung am 24. April.

1) Schultze (Duisburg): Zur Behandlung der Deformitäten der unteren Extremität.

a. Die unblutigen Methoden, die Osteoklase und das Redressement forcé, kommen bei Behandlung der Deformitäten in erster Linie in Frage.

b. Die Reduktionsapparate sind durch die Osteoklase und das Redressement überholt worden.

c. Der Indikationenkreis soll möglichst weit gesteckt werden. Erreicht wird dies durch die entsprechenden Hilfsmittel.

d. Die Hilfsmittel bestehen in bestimmten maschinellen Vorrichtungen, welche in Verbindung mit der manuellen Methode oder ohne dieselbe zur Anwendung gelangen.

e. Die Maschine muß ein Präzisionsapparat sein, welcher sicherer und exakter arbeitet als die Hand. Durch Verbindung mit der manuellen Methode wird der Wert der Maschine erhöht.

f. Um eine Vollkorrektur zu erreichen, ist eine absolute Mobilisation und Überkorrektur erforderlich.

g. Der Beckenfixator entspricht den an ihn gestellten Forderungen, sein Wert wächst durch die Verbindung einer nach jeder Richtung beweglichen Extensionsvorrichtung.

h. Bei Flexionskontrakturen der Hüfte, bei Luxatio congenita, paralytica und destructiva leistete der Beckenfixator gute Dienste, ebenso bei rachitischer Verkrümmung des Oberschenkels.

i. Der Osteoklast I wirkt durch seine vielseitige Konstruktion präziser als die bisher gebräuchlichen Apparate. Indiziert ist er für die Korrektur des Genu varum und valgum, des Pes equino-varus, Pes cavus und valgus.



k. Ein für die Korrektur des Klump- und Hohlfußes nicht zu entbehrender Apparat ist der Osteoklast II.

Derselbe verbindet die maschinelle und manuelle Methode. Letzteres ist nur möglich geworden durch die Einlage der Gummikissen.

Jeder Widerstand wird durch den Apparat ganz allmählich und schonend beseitigt, so daß die schwersten und hartnäckigsten Deformitäten der Füße keine Kontraindikation bedeuten.

Die Unterschenkelgamasche sowie der Fersenzug sind unentbehrlich und von erhöhter Bedeutung durch die regulierbare Zugvorrichtung.

l. Die durch den Osteoklasten I und II begründete Behandlung des Klumpfußes bedeutet ein neues Verfahren, welches darin gipfelt, daß das manuelle Redressement durch die Kraft der Maschine einen höheren Wert erhält, und zwar durch exakte, präzise Wirkung.

m. Der Plattfußosteoklast ist ebenso wirksam und garantiert in Verbindung mit dem zentrifugal wirkenden Fersenzug eine volle Rekonstruktion des Gewölbes.

Auch hier ist das manuelle, verbunden mit dem maschinellen Redressement von ausschlaggebender Bedeutung.

n. Jeder Klumpfuß sowie jeder Plattfuß ist zu rekonstruieren. Die unblutige Methode ist hier allein die Methode der Wahl. Die blutige Behandlung zerstört den anatomischen Aufbau.

Die Indikation für die blutige Behandlung der Pedes equino-vari und valgi ist durch die Verbesserung der modernen Technik vollkommen ausgeschaltet.

Nach meiner Auffassung ist die blutige Behandlung des Pes varus und valgus ein Kunstfehler. (Selbstbericht.)

2) Joachimsthal (Berlin): Die angeborene Hüftluxation als Teilerscheinung anderer angeborener Anomalien.

Kombination mit Caput obstipum, Knieluxation, Klumpfuß u. dgl. Die Prognose dieser Luxationen ist nicht schlechter als die der unkomplizierten.

Diskussion. Bade (Hannover) beobachtete am 2. Lebenstage Knie- und Hüftluxation kombiniert. Die letztere wurde bald reponiert und war schon nach 2 Tagen nicht mehr zu reluxieren.

3) Guradze (Wiesbaden): Erfolge der Oberschenkelosteotomie.

Nach Besprechung der für die Oberschenkelosteotomie in Betracht kommenden Gesichtspunkte demonstiert der Vortr. an der Hand einer großen Anzahl von Photographien und Röntgenaufnahmen die Erfolge dieser Operation. Die behandelten Fälle gehörten zu den Krankheitsgruppen: 1) der Coxa vara, 2) der Beugekontraktur nach tuberkulöser Koxitis, 3) der Oberschenkelverkürzung, 4) der Folgeerscheinung traumatischer Hüftgelenksluxation, 5) des Genu valgum, 6) des Genu varum. (Selbstbericht.)

Diskussion. Müller (Stuttgart) begrüßt es, daß im Gegensatz zum Vortrag von Schultze auch die blutigen Methoden gebührend hervorgehoben werden.

Lorenz (Wien) empfiehlt die subkutane Methode der Osteotomie mit besonders konstruiertem schmalen Meißel.

Gocht (Halle) ist für Keilresektion bei rezidivierendem Klumpfuß.

Bade (Hannover) empfiehlt stumpfes Vorgehen nach Inzision der Haut an der Außenseite des Klumpfußes.

Drehmann (Breslau) verwirft einen prinzipiellen Standpunkt, ob blutig oder unblutig vorzugehen ist. Die Entscheidung ist von Fall zu Fall zu treffen. Beide Methoden muß der Orthopäde genügend beherrschen. Er warnt vor der Keilresektion bei kindlichen Klumpfüßen, da er infolge ungleichen Wachstums bei einem vor 15 Jahren operierten Fall eine das Gehen sehr erschwerende höchstgradige Plano-valgusdeformität beobachtete. Die blutigen Methoden sind bei rachitischen Verbiegungen älterer Kinder und zur Korrektur koxitischer Deformitäten viel schonender.



4) A. Schanz (Dresden): Korrektionsresultate an schweren Skoliosen.

Vortr. demonstriert zuerst eine Serie von Bildern, welche das mittels Redressements im Jahre 1902 erzielte Korrektionsresultat an einer schweren Skoliose und die Erhaltung des Resultates bis jetzt (1908) zeigen.

Obgleich das Redressement sehr gute Korrektionsresultate ergibt, und obgleich diese Resultate als Dauererfolge erhalten werden können, so ist S. doch schon lange zu der von ihm auch wiederholt ausgesprochenen Überzeugung gekommen, daß das Redressement nicht das letzte in der Behandlung der schweren Skoliosen sein kann. Die Korrektur muß auch ohne so forcierte Mittel erreicht werden können. Es handelt sich nur darum, Druck und Zug in geeigneter Richtung, genügender Stärke und Dauer an die Wirbelsäule heran zu bringen. Die Schwierigkeit, welcher derartige Versuche begegnen, liegt in der auf der Wirbelsäule liegenden Rumpflast. Die Wirbelsäule setzt infolge dieser Belastung dem Druck, welcher durch Vermittlung der Rippen an sie heran gebracht werden muß, einen so großen Widerstand entgegen, daß die druckvermittelnden Rippen eher unbeabsichtigte Veränderungen eingehen und dadurch die aufgewendete Kraft konsumieren, ehe die Wirbelsäule nachgibt.

Wenn diese Rechnung richtig ist, so muß Korrektionsdruck der bezeichneten Art leistungsfähig werden, wenn die Belastung der Wirbelsäule aufgehoben wird.

Auf diese Voraussetzungen gründen sich neue Versuche des Vortr. Er hat einen portativen Apparat konstruiert, welcher die Wirbelsäule kräftig extendiert und dabei einen detorquierenden Druck ausübt. Dazu kommt ein gut fixierendes, kräftig redressierendes und extendierendes Gipsbett. Außerdem ist nur Massage zur Anwendung gekommen.

Die demonstrierten Bilder zeigen gute Resultate.

S. schließt mit dem Hinweise darauf, daß die Korrektur der schweren Deformitäten die Frage ist, vor deren Lösung die Skoliosenforschung steht. Er fordert auf, sich dessen bewußt zu bleiben und sich weder durch Mißerfolge noch durch die in der Skoliosenbehandlung immer wieder vorkommenden Seitensprünge von der ruhig auf die Lösung dieses Problems gerichteten Fortarbeit abbringen zu lassen. (Selbstbericht.)

5) Cramer (Köln): Über Rückgratsverkrümmungen bei lumbosakralen Assimilationswirbeln.

Demonstration einer Reihe von Becken, deren Kreuzbeine angeborene Anomalien zeigen, sog. Assimilationsbecken. Diese müssen zur Skoliose führen.

Diskussion. Boehm (Berlin) weist auf seine diesbezüglichen Mitteilungen zur Ätiologie der Skoliose hin.

6) Schulthess (Zürich): Eine Form von Berufsskoliose.

Skoliose bei italienischen Gondelführern.

II. Hauptsitzung am 25. April.

a. Vormittagssitzung.

1) Otto Fischer (Leipzig): Über die Wirkung der Muskeln.

Da, wie Redner hervorhob, die Wirkungsweise eines Muskels sich nicht mit wenigen Worten beschreiben läßt, sondern man vielmehr über einen jeden Muskel eine Monographie schreiben müßte, um das Thema in nur einigermaßen erschöpfender Weise zu behandeln, so mußte sich der Vortrag auf die Hervorhebung einiger Punkte beschränken, welche bei der Beurteilung der Muskeltätigkeit vielfach nicht in genügendem Maße berücksichtigt worden sind und deren Außerachtlassung in der Regel zu falschen Vorstellungen über die Tätigkeit der Muskeln führen muß, und auch tatsächlich geführt hat. Als ein erster derartiger Punkt wurde die zweiseitige Kraftentfaltung eines Muskels angeführt. Ein Muskel zieht stets mit einer Kraft am Ansatz in der Richtung nach dem Ursprung hin und einer gleich großen Kraft am Ursprung in der Richtung nach dem Ansatz hin. Daher wird



in der Regel nicht nur der Ansatz, sondern auch der Ursprungskörperteil durch den Muskel in Bewegung gesetzt. Als zweite bemerkenswerte Tatsache wurde hervorgehoben, daß ein Muskel bei seiner Kontraktion in erster Linie die Körperteile selbst in Bewegung zu setzen sucht, und demnach die Wirkung auf die Gelenke erst eine sekundäre Erscheinung ist. Der Muskel sucht im allgemeinen einen jeden in seinen Wirkungsbereich fallenden Körperteil zu drehen, indem er auf denselben mit einem Kräftepaar einwirkt. Hat man für einen Muskel die Körperpaare für alle ihm unterstellten Köperteile bestimmt, so hat man damit seine Tätigkeit nur gekennzeichnet, so weit sich dieselbe auf die Hervorrufung und Sicherung einer Ruhehaltung und Gleichgewichtsstellung bezieht. Auf die bewegende Wirkung übten dagegen außerdem die Massen der einzelnen Körperteile, die Massenverteilung innerhalb eines jeden derselben und noch andere Momente, wie die Arten der Gelenkverbindungen, bestimmte Bedingungen für die Beweglichkeit einen maßgebenden Einfluß. Aus der Tatsache, daß ein Muskel in erster Linie die Körperteile zu drehen sucht, folgt dann weiter, daß er in der Regel auch auf Gelenke einwirkt, über die er gar nicht hinwegzieht, eine Tatsache, welche bisher nur wenig bekannt und selten richtig verstanden worden ist.

Als weiterer, speziell für die Methodik der orthopädischen Chirurgie wichtiger Punkt wurde hervorgehoben, daß für die Wirkung eines Muskels nur dasjenige Stück desselben maßgebend ist, welches sich ungehindert von einem Körperteil zum benachbarten zu erstrecken vermag. Es ist daher im Prinzip durchaus möglich, einen Muskel betreffs seiner Wirkungsart vollkommen durch einen anderen zu ersetzen, wenn man nur durch geeignete Mittel, wie Verlegen der Endsehne und Erzeugen künstlicher Bandschlingen, das maßgebende Stück des zu ersetzenden Muskels oder bei mehrgelenkigen Muskeln deren maßgebende Stücke richtig herstellt.

In einem zweiten Teile des Vortrages wurde auf die unter dem Einfluß der Muskeln eintretenden Bewegungen des menschlischen Körpers eingegangen. Es wurde dabei hervorgehoben, daß es im wesentlichen zweierlei Aufgaben sind, welche dabei in Frage kommen und für die Praxis Bedeutung besitzen. Die eine Gruppe von Aufgaben nimmt die Spannung des Muskels als gegeben an und fragt nach den bei der Kontraktion eintretenden Gliederbewegungen. Die andere Gruppe von Aufgaben setzt dagegen die Bewegungen als bekannt voraus und fragt nach den Muskeln und den Muskelspannungen, welche zur Hervorbringung dieser Bewegungen erforderlich sind. Für beide Arten von Problemen wurden Beispiele angeführt. (Selbstbericht.)

Diskussion: Lange (München) betont die Wichtigkeit der Muskelwirkung der Sehnenüberpflanzung. Die Ursache der Mißerfolge sind häufig Verwachsungen der Sehne, deshalb Umlagerung mit Fettschicht.

J. Riedinger (Würzburg) weist auf die Bedeutung der Ergebnisse exakter Forschung auch für die Orthopädie hin, die in vielfacher Hinsicht angewandte Wissenschaft ist. Ferner berührt er die Frage der Muskelwirkung beim Zustandekommen von Muskelzerreißungen

Fränkl (Berlin) betont die Wichtigkeit der Kinematographie zur Beurteilung der Muskelwirkung.

Joachimsthal (Berlin) weist auf die selbstregulatorischen Vorgänge am Muskel bei Änderung der Gelenkfunktion hin, wie er sie früher am Wadenmuskel beschrieben hat.

Muskat (Berlin) weist auf die Funktionsänderung hin, welche bei der Überpflanzung mit Muskelspaltung entsteht.

Vulpius (Heidelberg) betont die Wichtigkeit, welche der Verlauf der Endsehne bei der Muskelwirkung spielt und empfiehlt deshalb die Verpflanzung auf die Sehne gegenüber der periostalen Methode. Die Lange'schen Verwachsungen werden dadurch ebenfalls vermieden.

Schulthess (Zürich) empfiehlt, die Bewegungsphysiologie in den Lehrplan der Orthopädie aufzunehmen.

2) Böcker (Berlin): Über Myositis ossificans traumatica.

Vorstellung eines Falles traumatischer Muskelverknöcherung nach blutiger Reposition einer veralteten Ellbogenluxation. Ätiologisch kommt Periost und Muskelbindegewebe in Betracht.

Diskussion. Bardenheuer (Köln) führt die Verknöcherung auf Periostverlagerung zurück und glaubt durch seine Extensionsbehandlung derartige Verlagerung vermeiden zu können.

Drehmann (Breslau) glaubt auf Grund histologischer Untersuchungen das Perimysium als callusbildend ansehen zu müssen. Er sieht ein Analogon in dem knöchernen Callus bei Rippenknorpelbrüchen.

Wullstein (Halle) beobachtete Entstehung aus dem Muskel allein, in anderen Fällen sind wohl beide beteiligt; er rät, mit frühzeitiger Massage vorsichtig zu sein. Außerdem demonstriert er eine Myositis ossificans bei Syringomyelie an einem Amputationspräparat.

Machol (Bonn) betont die Wichtigkeit der Röntgendurchleuchtung zur Stellung der Prognose.

3) J. Riedinger (Würzburg): Über Veränderungen an Kaninchenextremitäten nach Durchschneidung des Intermediärknorpels.

Der Vortr. hat die Frage, ob nach traumatischen Epiphysenlösungen Wachstumsstörungen auftreten oder nicht, experimentell untersucht, indem er bei Kaninchen die Knorpelfuge am unteren Ende der Ulna auf blutigem Wege durchtrennte und die Kaninchen in verschiedenen Zeiten behufs röntgenologischer und mikroskopischer Untersuchung tötete. In den meisten Fällen ging der Schnitt durch die Verkalkungszone; die Verletzung heilte unter Knorpelwucherung und Callusbildung. Am 28. Tage zeigten sich mikroskopisch keine Veränderungen mehr. Die Ossifikation ist keine regelmäßige, sondern, ähnlich wie bei der Rachitis, eine ungleichmäßige. Die Verbiegungen der Knochen waren den rachitischen ebenfalls ähnlich. Wachstumsstörungen waren insofern vorhanden, als während der Dauer der Heilung und der unregelmäßigen Ossifikation das endochondrale Knochenwachstum sistierte. Dieser Ausfall ist an den schnell wachsenden Kaninchenknochen von bleibendem Einfluß, wie Präparate vom 360. und 510. Tage erkennen ließen. An ausgewachsenen Knochen ist an exostosen- oder spindelförmigen Verdickungen der Übergang zur normalen Tätigkeit des Intermediärknorpels zu erkennen. Nach Heilung der Verletzung wächst der Knochen wieder mehr in gerader Richtung, was wieder einen Vergleich mit den Wachstumsverhältnissen rachitischer Knochen zuläßt.

Sehr gefährdet ist der Intermediärknorpel bei Verletzung der Epiphyse, da es zu Atrophie der Epiphyse und zu brückenförmiger Verbindung mit der Diaphyse kommen kann. Bei teilweiser Zerstörung des Knorpels tritt Degeneration desselben und frühzeitige Verknöcherung ein. Bei derartigen Störungen kommt es zu starker Verkrümmung, Verkürzung und Verdickung der Knochen. — Die Ergebnisse der Experimente lassen erkennen, daß Wachstumsstörungen nach Epiphysentrennungen beim Menschen nicht zu befürchten sind, solange der Intermediärknorpel nicht Bedingungen ausgesetzt ist, die ihn zur Degeneration oder zur Atrophie bringen, wie Entzündung, stärkere Verletzung des Knorpels, Verletzung der Epiphyse und Verschiebung. Die Trennungsstelle liegt beim kindlichen Knochen ebenfalls nicht im Knorpel selbst, sondern an der Grenze der Diaphyse in der jüngsten Knochenschicht. (Selbstbericht.)

Diskussion. Lorenz (Wien) teilt mit, daß er mit der Epiphyseolyse am Femur keine Wachstumsstörungen beobachtet hat. Da jedoch die Möglichkeit einer solchen Störung vorliegt, hat er die Methode verlassen. Vom intraartikulären Redressement ist ebenfalls abzusehen, obwohl dieses die Krümmung direkt im Scheitelpunkt angreift, wegen der Gefahr des Rezidivs und Bändererschlaffung.

Gocht (Halle). Ein Fall von Osteomalakie bei einem 40jährigen Manne.

Der schon 9 Jahre kranke Mann wurde bisher als Rheumatiker und Gichtiker behandelt, bis durch die Untersuchung am 6. Februar 1908 festgestellt wurde,

daß eine osteomalakische Erkrankung den Beschwerden zugrunde lag. Beide Schenkelköpfe waren von den Schenkelhälsen gelöst und die Beckeneingangsfigur zu einer herzförmigen beiderseitig eingedrückt. Knochenstruktur ganz verwischt. — In Narkose wurden am 12. Februar die Beine in größtmögliche Speizstellung überführt und im Gipsverband fixiert. Vom 7. März an zwei Schienenhülsenapparate mit Beckenteil. Außerdem erhielt Pat., der heute schon schmerzfrei ist und stundenlang gehen kann, hohe Dosen von Phosphor. (Selbstbericht.)

Diskussion. Alsberg (Kassel) beobachtete Osteomalakie bei einem Manne nach Trauma mit hochgradiger Phosphaturie und letalem Ausgange.

Schulthess (Zürich) fand als erstes Symptom Erhöhung der Muskelreflexe an den Beinen, empfiehlt frühzeitige Phosphorbehandlung.

5) Werndorff (Wien): Über Ostitis fibrosa Recklingshausen.

10jähriger Knabe mit multiplen Knochendeformitäten. Tumorbildung und Chondrodysplasie, mehrkammerige Cysten. Histologisch Riesenzellensarkome und fibröses Gewebe.

Diskussion. Joachimsthal (Berlin) demonstriert ein Röntgenbild mit Cystenbildung im Oberschenkel und konsekutiver Coxa valga. Lues angenommen.

6) v. Aberle (Wien): Über einen eigentümlichen Knochen- und Gelenkprozeß.

v. A. berichtet über einen eigentümlichen Knochen- und Gelenkprezeß, den er an einem 40jährigen Pat. beobachtete. Wie das Röntgenbild zeigte, war das ganze untere Ende der Elle spontan, ohne jede Eiterung spurlos verschwunden. Vor 15 Jahren hatte sich der gleiche Prozeß am rechten Ellbogengelenk abgespielt. Obgleich Syphilis als Grund der Affektion nicht auszuschließen, trotzdem das Bild dafür nicht beweisend ist, dürfte es sich um den äußerst seltenen Fall von Knochenschwund infolge einer Ernährungsstörung von seiten des Nervensystems ohne nachweisbares Rückenmarksleiden handeln, wie solche Störungen bei Lepra, Syringomyelie und Tabes vorkommen. Die Annahme wird um so wahrscheinlicher, als der französische Autor Gasne einen ähnlichen Fall beobachtet hat, bei welchem die ganze Handwurzel und die unteren Enden beider Vorderarmknochen spurlos verschwunden waren. (Selbstbericht.)

7) Chrysospathes (Athen): Beitrag zu den intra-uterin entstehenden Frakturen und Knochenverbiegungen.

Nach Beschreibung eines mit obigen Knochendeformitäten behafteten, durch Röntgenstrahlen untersuchten Säuglings versucht Verf. seinen Fall unter die bisher bekannten fötalen Knochenerkrankungen unterzubringen. — Zugleich und auf Grund dieses seines Falles sucht er zu eruieren, inwieweit die Nomenklatur der in Frage kommenden Erkrankung, bzw. Erkrankungen, berechtigt ist. — (Selbstbericht.)

8) Cramer (Köln): Über Heilung von Wunden des Gelenkknorpels.

C. studierte an experimentell ezeugten Gelenkwunden bei 3—4 Monate alten Kaninchen die aseptische Heilung der Knorpelwunden. Wenn durch die Verletzung zu gleicher Zeit der Markraum mitgetroffen ist, so wuchert aus diesem Bindegewebe herein und füllt den Defekt, wenn aber die Knorpelverletzung ohne gleichzeitige Verletzung des Knochens zustande kommt, so kommt es zu keiner Vereinigung, die Wundflächen klaffen. Am Knorpel ist keine Veränderung, keine Regeneration, nie Karyokinesen, kein Knorpelcallus.

9) Heusner (Barmen): Über einige neue Schienen und Verbände.

Demonstration neuer Schienen zum Ersatz des Gipsverbandes (Aluminiumschiene mit Matratzengurt überzogen).

10) Evler (Treptow a. R.): Über die Verwendbarkeit des Chromleders zu orthopädischen Apparaten, insbesondere zu Schienenhülsenstreckverbänden, welche unmittelbar dem Körper an- und nachzupassen sind.

Nochmalige Empfehlung des Chromleders zu Apparatezwecken.

Demonstration einer erwachsenen Pat. mit angeborener Hüftluxation, welche einen Chromlederstützverband trägt.

11) Foerster (Breslau): Über eine neue Methode der Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion der hinteren Wurzeln.

F. faßte auf Grund neurologischer Erfahrung über die Hemmungswirkung der Pyramidenbahnen auf die motorische Kraft den Plan, spastische Lähmungen durch Resektion der hinteren Wurzeln zu beeinflussen. An der reflektorischen Erregbarkeit beteiligen sich mehrere Wurzeln, es genügt, eine oder zwei auszuschalten, um eine Herabsetzung der spastischen Kontraktur zu erreichen.

Die theoretischen Erwägungen wurden durch die Operation bestätigt. Sofort nach der Operation waren die Spasmen verschwunden, wenn es auch noch einer lange Zeit durchgeführten Übungstherapie bedurfte, um das Gehen einzuüben.

Zwei vorgestellte Fälle zeigten ein gutes Resultat.

Diskussion. Tietze (Breslau) führte auf Veranlassung Förster's die Operation aus.

Die Technik ist schwer, und die Operation selbst vorläufig noch ein sehr schwerer Eingriff. Einige Fälle endeten letal

Neben der Operation ist der funktionelle Erfolg auf ausgedehnte Übungstherapie zurückzuführen.

b. Nachmittagssitzung.

12) Karch (Aachen): Die heutige Technik der plastischen Sehnenoperationen.

K. demonstriert Instrumente zur Erleichterung der Sehnenverkürzung, empfiehlt ferner die Verbindung der Sehnenverpflanzung mit der Curettage der Gelenke, besonders am Fuß.

13) Bade (Hannover): Zur Technik der Arthrodesenoperationen.

Die Festigkeit soll für die einzelnen Gelenke verschieden sein, Fuß und Hüfte sollen federnde Bewegung haben, dagegen Knie und Schulter ganz fest sein. Abtragung des Knorpels mit Messer und Knochenschaber, keine Naht, Fixation 3—5 Monate in Gipsverband.

14) Hermann (Potsdam): Demonstration eines Meßapparates der Beinlängen.

15) Muskat (Berlin) demonstriert eine neue Methode, Fußabdrücke herzustellen.

16) Gocht (Halle): Weitere pathologisch-anatomische Untersuchungen aus dem Bereiche des kongenital verrenkten Hüftgelenkes.

An der Hand von Abbildungen aus dem Grundriß zum Studium der Geburtshilfe von Bumm werden die normalen Haltungen der Frucht im Uterus besprochen und an Wachsmodellen die Verbiegungsmöglichkeiten im Bereiche des Hüftgelenkes bei verschiedenen Haltungen. Außerdem wird ein Präparat demonstriert, welches von einem vierjährigen Kinde mit rechtsseitiger Hüftluxation stammt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind in folgenden Schlußsätzen niedergelegt:

a. Die gewöhnliche Haltung des Fötus in utero ist charakterisiert durch Flexion, Außenrotation und geringe Adduktion der Hüftgelenke.

b. jede gewaltsame Forcierung dieser Normalhaltung müßte (bei tatsächlich zugegebener Druckmöglichkeit) zu einer Retroversion des oberen Femurendes führen.

c. Bei fehlerhafter forcierter Einwärtsrotation des Hüftgelenkes resultiert eine Anteversion des oberen Femurendes.

d. Die auf Verdrehung im Schenkelschaft beruhende Anteversion müßte als intra-uterin und primär entstanden angesehen werden, gegenüber den sekundär intra-vitam entstandenen Verdrehungen im Bereiche des Schenkelkopfes und Halses.

e. Bei starker Anteversion des oberen Femurteiles muß es unter Umständen zu einer Retroversion des Schenkelhalses und Kopfes kommen.

f. Die frühzeitig im 3.—4. Monat entstehenden Hüftluxationen neigen am meisten zur Nearthrosenbildung; je später die Luxation entsteht, um so mehr wird eine Nearthrosenbildung vereitelt.

Übereinstimmend mit früheren Resultaten ergibt sich, daß auch bei dem vorliegenden Präparat

g. das Lig. ileo-femor. sup. stark verkürzt und sehr kräftig ist;

h. dasselbe Lig. ileo-femor. sup. bei fast allen energischen Hüftgelenksbewegungen stark angespannt wird;

i. dasselbe Band bei den ultra-physiologischen Bewegungen dem Schenkelkopf als verankertes Führungsband dient;

k. die annähernd rechtwinklige Beugestellung des Hüftgelenkes zur Entspannung der ganzen Hüftkapsel, ganz besonders der vorderen Partien, führt. In dieser Haltung und Enthaltung wird also das Kapselinnere und die vordere untere Pfannentasche am geeignetsten sein, den Schenkelkopf wieder aufzunehmen und in die eigentliche Primärspanne eintreten zu lassen.

l. Die Auswärtsrotation bei starker Abduktionsstellung stellt sich auch bei diesem reinen Kapselpräparat als die natürlichste zur Retention des wieder eingerenkten Schenkelkopfes her. Jede Einwärtsrotation hebelt und schiebt den Kopf vom Pfannengrunde. (Selbstbericht.)

17) Ludloff (Breslau): Zur blutigen Reposition der angeborenen Hüftluxation.

L. spricht über die Erfahrung mit einer neuen Modifikation der blutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation.

Da in einzelnen Fällen die souveräne Lorenz'sche unblutige Repositionsmethode versagt und es unmöglich ist, den Kopf richtig in die Pfanne einzustellen, hat Verf. für solche Fälle folgende Operationsmethode ersonnen und einige Male praktisch ausgeführt.

Wenn der Versuch der unblutigen Reposition nicht geglückt ist, wird das betreffende Bein in hochgradiger Abduktion und Hyperextension einige Wochen eingegipst, darauf nach genügender aseptischer Vorbereitung in dieser Stellung operiert:

Zirka 12 cm langer Schnitt von unten vom Poupart'schen Bande an in der Achse des Oberschenkels am lateralen Rande des »Adductor magnus«, stumpf in die Tiefe bis zur »Incisura acetabuli«, Eröffnung der Gelenkkapsel an dieser Stelle. Man sieht dann von vorn in die Pfanne hinein und hat dieselbe in ganzer Ausdehnung ungemein übersichtlich vor sich.

Bei Repositionsmanövern sah man dann in diesen Fällen, daß der Kopf von hinten nicht in die Pfanne treten konnte, weil die Verbindung zwischen dem oberen Kapselrecessus und der übrigen Kapselhöhle kaum erbsengroß war. Bei allen Versuchen wurde die Kapsel und der »Limbus castilaginus« mit in die Pfanne vorgetrieben; der Kopf konnte aber nicht durch den »Isthmus« hindurchtreten. Es wurde nun der Isthmus durch Einkerben des Limbus erweitert und der deformierte Kopf mit dem Knochenhaken in die Pfanne hineingezogen, darauf die Wunde exakt vollständig geschlossen, ohne Drainage oder Tamponade, und ein Gipsverband in dieser primären Lorenz'schen Abduktionsstellung angelegt.

Weder am reponierten Kopf noch an der Pfanne wurden irgendwelche verbessernde operative Maßnahmen vorgenommen, sondern beide vollständig intakt gelassen.

Die Fälle sind alle reaktionslos per primam geheilt.

Das Endresultat muß noch abgewartet werden, vorläufig stehen die Köpfe in der Pfanne.

Die Vorzüge dieser Operationsmethode gegen die von hinten oben sucht der Verf. in

1) vollständiger Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit der Pfanne,

2) Schonung aller Kapsel-, Bänder- und Weichteile, welche für die Retention und spätere Funktion wichtig sind,

3) in dem fast unblutigen Verfahren; denn nach dem Hauptschnitt fließt kaum noch Blut, da man stumpf zwischen den Muskeln in die Tiefe geht und alle größeren Gefäße und Nerven lateral und dorsal von dem Schnitt bleiben.

Diese größere Übersichtlichkeit der Pfanne bei vorderem Schnitt im Gegensatz zu dem Arbeiten in der Tiefe bei den Schnitten von hinten und oben ist geeignet, noch neue Aufschlüsse über die Repositions- und Retentionshindernisse zu geben; so wurde z. B. an einem Präparat die Einkrempelung des Limbus am hinteren und oberen Pfannenrand konstatiert.

Es braucht nicht hervorgehoben zu werden, daß bei diesem anatomischen Befund jede genügende Retention ausgeschlossen wird und diese Einkrempelung vielleicht die Ursache für manche hartnäckigen Reluxationen ist. (Selbstbericht.)

18) Fröhlich (Nancy): Was aus einigen geheilten angeboren Hüftluxationen werden kann.

Unter 240 Fällen waren 10 mit späterer Verschlechterung des anfänglich guten Resultates; und zwar stellte sich ein: Coxa vara in 4, totaler Schwund des Schenkelhalses in 2, Coxitis tuberculose in 2 Fällen, traumatische Luxation und Poliomyelitis ant. je einmal.

Diskussion. Wullstein (Halle) stellt eine erwachsene Pat. vor, welcher er im Alter von 9 Jahren eine doppelseitige Hüftluxation reponierte. Das funktionelle Resultat ist normal, dagegen durch das Röntgenbild eine beiderseitige Coxa vara festzustellen.

19) Becher (Münster) berichtet über drei Fälle von pathologischen Hüftluxationen, die durch ihre Seltenheit, die Schwere der Krankheit und das erreichte günstige funktionelle Resultat bemerkenswert sind. Ermöglicht wurde die Reposition auf unblutigem Wege durch die vorhergehende permanente Gewichtsextension, wie sie Vortr. veröffentlicht hat. Es handelt sich um folgende Fälle.

a. 16jähriger, 171 cm großer junger Mann, der das Bild einer traumatischen Verrenkung bot: Rechtes Bein stark verkürzt, auf das äußerste nach innen rotiert und adduziert, so daß die Ferse nach vorn und außen stand und Pat. nur mit Krücke gehen konnte. Die Ätiologie ist nicht klar; die Luxation bestand seit ca. 13 Jahren, angeborene Luxation ist ausgeschlossen. Pat. ist auf dem Wege völliger anatomischer und funktioneller Wiederherstellung.

b. 6jähriges Mädchen. Rechtsseitige, seit $1^1/_2$ Jahren bestehende Luxatio coxae infolge multipler Gelenkvereiterungen. Es gelang leicht, das Kopffragment einzurenken, wobei starkes Reiben und Knirschen im Gelenk entstand. Bewegliches Gelenk, schmerzfreier Gang, leicht verkürztes Bein.

c. 6jähriges Mädchen mit rechtsseitiger Hüftluxation durch Narbenzug infolge von Verbrennung vor 4 Jahren. Das Bein stand in fast rechtwinkliger Flexions- und Adduktionskontraktur. Einrenkung gelang, doch erfolgte Reluxation nach vorn und oben. Das funktionelle Resultat ist sehr zufriedenstellend. Verletzte geht mit etwas steifer Hüfte, leicht verkürztem Bein, zeigt aber das Trendelenburg'sche Phänomen nicht mehr.

20) A. Lorenz (Wien): Grundsätze der Behandlung veralteter traumatischer Hüftgelenksverrenkungen.

Die blutige Reposition irreponibler traumatischer Hüftverrenkungen ist eine eminent lebensgefährliche Operation, welche nur in vereinzelten Fällen rezenter Luxation bei noch jugendlichen Individuen vollständig befriedigende Resultate aufzuweisen hat. Für den Fall der als unbedingt nötig erkannten blutigen Reposition sollte die übliche Methode der Skelettierung des oberen Femurendes durch die Methode der absoluten Muskelschonung ersetzt werden. Noch besser sollte die Indikation zur blutigen Reposition vollständig fallen gelassen werden. An ihre Stelle hat im Falle des Mißlingens der anatomischen Reposition die Pseudoreposition, d. h. die Transposition des Schenkelkopfes in laterale Apposition oder noch besser in subspinale Stellung zu treten. Die subspinale Transposition erfolgt, wie die anatomische Reposition, durch Umwandlung der Luxatio iliaca in eine Luxatio obturatoria und durch Verlagerung des Schenkelkopfes vom Foramen obturatum über den unteren Pfannenrand in die Pfanne bzw. auf die Pfannengegend. Durch Druckschwund interponierter Weichteile kann die subspinale Transposition sekundär zur anatomischen Reposition werden. Die

unblutige Therapie hat auch in der veralteten traumatischen Luxation den unbedingten Vorzug vor der blutigen. Mitteilung eines einschlägigen Falles.

(Selbstbericht.)

21) Deutschländer (Hamburg): Zur Frage des traumatischen Plattfußes.

Vortr. berichtet auf Grund von 14 Beobachtungen über Funktionsstörungen des Fußes, die bisher unter den Begriff des traumatischen Plattfußes subsummiert wurden, denen aber nach Ansicht des Vortr. eine Sonderstellung zukommt. Das Wesentliche dieser Funktionsstörungen besteht darin, daß nach einem meist geringfügigen Trauma des Fußes schwere Behinderungen des Gehaktes und plattfußähnliche Beschwerden auftreten, die aber im Gegensatz zum traumatischen Einfluß oft jahrelang unverändert bestehen, ohne daß eine Veränderung des Fußgewölbes eintritt. Wie die Röntgenuntersuchung ergab, handelte es sich dabei um Brüche des Chopart'schen Gelenkes, die teils am Naviculare, teils am Processus anterior calcanei lokalisiert waren. Derartige Brüche, die übrigens häufiger vorkommen, als man bisher annimmt, werden vielfach verkannt und geben bei längerem Bestande in der Regel zu einer chronischen deformierenden traumatischen Entzündung des Chopart'schen Gelenkes Anlaß. Diese Gelenkerkrankung ist es nun, auf die die Beschwerden und Funktionsstörungen des Fußes zurückzuführen sind, nicht aber die supponierte Nachgiebigkeit des Fußgewölbes, die übrigens niemals erwiesen werden konnte, und aus diesem Grunde sind derartige Zustände auch nicht in die Gruppe des Plattfußes einzubeziehen. Auch die Prognose und Therapie wird ausschließlich von der Arthritis deformans beherrscht. Therapeutisch haben daher nicht die Grundsätze der Plattfußbehandlung, sondern die der chronischen deformierenden Gelenkentzündung zur Anwendung zu kommen (Mobilisation, Gymnastik, Massage, Heißluftbehandlung u. a.). In zwei Fällen wurde die künstliche Verödung des Chopart'schen Gelenkes mittels Arthrodese mit gutem Erfolg ausgeführt, Die Chopart'schen Gelenkbrüche und ihre Folgezustände verdienen besonders aus Rücksicht auf unser Versicherungswesen größere Beachtung.

(Selbstbericht.)

22) J. Riedinger (Würzburg): Demonstration eines neuen Redressionsapparates zur Behandlung des Klumpfußes und anderer Deformitäten der unteren Extremitäten.

23) H. Riedel (Linz a. d. Donau). Zur operativen Behandlung des Hallux valgus.

Die Ätiologie des Hallux valgus ist bis jetzt noch nicht sichergestellt. Man kann zwei Typen des Hallux valgus unterscheiden, den angeborenen und den erworbenen, die beide mit oder ohne Plattfuß kombiniert vorkommen.

Die für schwere Fälle von Hallux valgus bis jetzt angegebenen Operationsmethoden sind sehr zahlreich, ein Beweis, daß keine derselben vollkommen befriedigende Resultate ergibt.

Da das Wesen des Hallux valgus nicht nur in der abnormen Zehenstellung, sondern auch ganz besonders in der Adduktionsstellung des Metatarsus I beruht, erscheint ein einfaches Verfahren indiziert, welches gleichzeitig beide Abnormitäten beseitigt. Dies bewirkt die vom Vortr. im Verein mit Primararzt Dr. A. Bremer ersonnene Operationsmethode, welche darin besteht, daß ein Keil mit lateraler Basis aus dem ersten Keilbein ausgeschlagen wird.

Es wurde danach zwar erst ein Fall doppelseitig und mit dem besten Dauererfolg operiert, doch erscheint die Methode rationell und wird den Kollegen zur Weiterprüfung und Übung empfohlen. (Selbstbericht.)

24) S. Kofman (Odessa): Erfahrungen über die Behandlung des spondylitischen Buckels nach Calot.

K. hebt die Vorzüge der Behandlung der Pott'schen Krankheit nach Calot, die Einfachheit, die absolute Ungefährlichkeit und Sicherheit der Wirkung hervor. Er schildert das Wesen der Methode, die hauptsächlich in der zarten, allmählichen Einwirkung auf den Gibbus besteht.

K. hat Calot in Berck s. M. besucht und hatte reichliche Gelegenheit, Einsicht in die Wirkung der Methode zu gewinnen. Er selbst wendet die Methode seit einem Jahr an; er hatte sie in 31 Fällen erprobt, von denen neun in bezug auf den Gibbus als geheilt zu betrachten sind. Statt des Gibbus resultiert eine Delle. Es werden zwei photographische Bilder einer 14 Jahre alten Pat. mit einem 4 Jahre datierenden Gibbus vor der Behandlung und nach Abschluß derselben ohne Gibbus demonstriert. Die Calot'sche Methode ist als die alleinherrschende der nächsten Zukunft zu betrachten. (Selbstbericht.)

25) A. Codivilla (Bologna): Über Pseudarthrosenbehandlung mittels Muskel-Periost-Knochenlappen nach den italienischen Methoden.

Bei einer erheblichen Anzahl von Fällen von Pseudarthrosen und breiten Knochendiskontinuitäten, die ich zu behandeln Gelegenheit hatte, habe ich je nach den speziellen Indikationen des einzelnen Falles die verschiedenen bis jetzt angegebenen Methoden angewendet. Wiesen die Enden der Knochensegmente Zeichen einer ungenügenden formativen Vitalität auf, so habe ich die Bildung plastischer Lappen aus dem diskontinuierlichen Knochen oder die Überpflanzung von Knochen ohne nutritiven Lappen für unangezeigt gehalten.

Hingegen haben sich freie Periostüberpflanzungen aus einem gesunden Knochen, der Transport eines nahen normalen Knochens, eines mit Hautlappen versehenen Knochens nach Reichel oder eines mit provisorischen Muskellappen ausgestatteten Knochenstückes aus einer entfernten Körpergegend bestens bewährt.

Letzteres Vorgehen hat dem Reichel'schen gegenüber folgende Vorzüge: Es gestattet die Bildung eines mit viel reichlicheren Gefäß- und Nervenverbindungen ausgestatteten Lappens, der dem Knochen eine größere Oberfläche zur Gewinnung neuer nutritiver Verbindungen bietet, und es hat auch ein weit größeres Anwendungsgebiet.

Ich gestatte mir, die Radiogramme zweier einschlägiger Fälle zu demonstrieren: In einem derselben wurde der Muskellappen dem äußeren Skapularrand entnommen. Es handelte sich um eine bedeutende Diskontinuität des Humerus; der Muskellappen wurde 20 Tage nach der Operation getrennt.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine angeborene tibio-fibulare Pseudarthrose; der Lappen für die fibulare Pseudarthrose wurde aus der Fibula der gesunden Seite gebildet. Die Trennung des Muskels geschah nach 25 Tagen.

Die tibiale Pseudarthrose wurde mit periostalen Überpflanzungen versorgt. Die radiographische Untersuchung läßt zweifellos die Vitalität der überpflanzten Elemente erkennen. (Selbstbericht.)

26) Chlumsky (Krakau): Über den schlechten Einfluß der schwedischen Gymnastik und ähnlicher Lockerungsverfahren auf die Skoliose.

C. zeigt Photographien von zwei Pat., bei welchen anscheinend nach schwedischer einseitiger Gymnastik und dem Klapp'schen Kriechverfahren eine bedeutende Zunahme einer vorher kaum bemerkbaren Skoliose eintrat.

III. Sitzung zur Frage der Krüppelfürsorge.

Getrennt von der wissenschaftlichen Sitzung wurde eine Sitzung zur Krüppelfrage abgehalten, zu welcher die Vertreter der einzelnen Bundesstaaten und die Leiter der größeren Krüppelanstalten eingeladen waren. Verbunden war mit dieser Sitzung eine Ausstellung von Plänen, Apparaten und Arbeitserzeugnissen aus Krüppelanstalten, welche von Anstalten des In- und Auslandes reichlich beschickt war.

Auf dem vorigen Kongreß waren Biesalski und Rosenfeld mit dem Referat über die Krüppelfrage betraut worden.

1) Biesalski (Berlin) hält das einleitende Referat über die amtliche Zählung jugendlicher Krüppel in Deutschland, welche auf eine Eingabe der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge veranstaltet worden ist. Es wurde in sämtlichen Bundesstaaten gezählt. Dazu sind fast ¼ Million Zählkarten von dem Bureau des

Berlin-Brandenburgischen Krüppel-Heil- und Fürsorge-Vereins, in welchem die technischen Arbeiten geleistet wurden, versandt worden. Die Bearbeitung hat 2 Jahre gedauert.

Es sind in Deutschland ohne Bayern, Baden und Hessen, welche eine Zählung nach anderen Gesichtspunkten veranstaltet haben, 75000 Krüppel unter 15 Jahren gezählt worden. Davon sind 42000 nach ärztlichem Urteil der Behandlung und Erziehung in einem Krüppelheim bedürftig.

Der Bearbeitung der Statistik hat der Vortr. eine neue Begriffsbestimmung des Wortes »Krüppel« zugrunde gelegt: »Ein Krüppel ist ein in der Bewegung seines Rumpfes oder seiner Gliedmaßen aus angeborener oder erworbener Ursache behinderter Kranker, bei welchem die Wechselwirkung zwischen dem Grade seines Gebrechens und der Lebenshaltung seiner Umgebung eine so ungünstige ist, daß die ihm verbliebenen geistigen und körperlichen Kräfte zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbständigkeit nur in einer Anstalt entwickelt werden können, welche über die eigens für diesen Zweck notwendige Vielheit ärztlicher und pädagogischer Einwirkungen gleichzeitig verfügt.« Darin ist zugleich der Begriff Krüppelheim definiert, und es kann nunmehr verhindert werden, daß die öffentliche Fürsorge Kindern zuteil wird, welche deren gar nicht bedürfen. Der Zweck aller Krüppelfürsorge ist, die Krüppelkinder erwerbsfähig, sie aus Almosenempfängern zu Steuerzahlern zu machen und die öffentliche Armenpflege zu entlasten. Vor allem muß betont werden, daß der Krüppel ein Kranker ist, und daß nur solche Krüppelfürsorge Anspruch auf diesen Namen hat, welche in allererster Reihe sich der vielfachen Möglichkeiten bedient, die in neuerer Zeit in der Orthopädie geschaffen sind zur Heilung krüppelhafter Gebrechen.

Zweitens müssen Krüppelheime sich des Unterrichts der Schwachbefähigten annehmen, der vielfach mit dem Krüppelgebrechen zusammen vorkommt.

Als Ersatz für das Wort »Krüppel«, das für die meisten Menschen einen grausigen Beigeschmack hat, schlägt B. das Wort »Hilfling« vor.

Über 9000 Kinder haben selbst Aufnahme in ein Heim gewünscht. Es sind aber nur 2826 Betten in 32 Krüppelheimen in Deutschland vorhanden für etwa 50000 heimbedürftige Krüppel des jugendlichen Alters. Im vorschulpflichtigen Alter gibt es in Deutschland 13000 Kinder, auf welche ärztlich und pädagogisch eingewirkt werden kann, ein Hinweis darauf, daß die Vorbeugung des Krüppeltums (Ambulatorien, Beratungsstellen) eine wichtige Aufgabe ist.

Die Zählkarten werden ihren Heimatländern durch die Regierungen zugestellt werden, so daß ohne weiteres die praktische Krüppelfürsorge mit dem Staat in amtliche Berührung kommt. Daraus wird, zumal jetzt jede Landschaft unanfechtbare Mindestzahlen hat, ein Aufschwung der Krüppelfürsorge resultieren. Schon jetzt sind, weil die Erhebung der Statistik in den weitesten Kreisen des Reiches bei Behörden sowohl wie in den Familien das Vorhandensein und die reichen Aussichten einer geordneten Krüppelfürsorge bekannt gemacht hat, zwölf neue Krüppelheime im Bau begriffen oder geplant. Dazu gehört die Berliner Anstalt, welche im Verlauf von einem Jahre 100 Betten belegt hat.

(Selbstbericht.)

2) L. Rosenfeld (Nürnberg): Bisherige Krüppelfürsorge und rationelle Hilfe aus dem heutigen Standpunkt der Orthopädie.

Kurzer Überblick über die Entwicklung und Art der bisherigen Krüppelfürsorge und Krüppelanstalt, was geleistet und was nicht geleistet wurde. Aus der geschichtlichen Entwicklung ergeben sich eine Reihe von feststehenden Forderungen: 1) ärztliche Hilfe, 2) entsprechende pädagogische Förderung, 3) Versorgung der Krüppel, 4) Maßnahmen zur Verhütung des Krüppeltums. Mit diesen Forderungen ist auch die Art der Organisation und rationellen Hilfe gegeben. Die Organisation muß in erster Linie eine dem Standpunkt der Orthopädie entsprechende ärztliche Behandlung gewährleisten. Hierzu ist notwendig eine orthopädische Klinik mit allen Errungenschaften unserer heutigen Therapie; ein der Klinik angegliedertes Ambulatorium. Wünschenswert sind eine Reihe von Hilfseinrichtungen: Beratungsstellen, Landkolonien, Walderholungsheime, Sol- und Seebäderabteilungen, Kli-



mato- und Heliotherapie. Kurze Zusammenfassung der Forderungen des Unterrichts, der Versorgung, der Verhütung.

Betrachtung über die Möglichkeit, die anzustrebenden Ziele zu erreichen. Notwendigkeit, eine dem Bedürfnis entsprechende Anzahl von Krüppelanstalten einzurichten. Staatliche, provinziale, kommunale, Privatanstalten? Anlehnung dieser Anstalten an Universitätsinstitute? Notwendigkeit, Lehrstühle für orthopädische Chirurgie zu schaffen! Empfiehlt sich Anlage der Fürsorgeeinrichtungen in der Stadt oder auf dem Lande?

Behandlung der wichtigsten Forderung: Zusammenfassung aller Kräfte, speziell der Orthopäden und Ärzte.

Diskussion. Lange (München) teilt seine persönlichen Erfahrungen in der Krüppelfürsorge mit.

Vulpius (Heidelberg) berichtet über die Ergebnisse der Krüppelstatistik in Baden.

v. Aberle (Wien) über Krüppelfürsorge in Österreich-Ungarn.

Bade über das Krüppelheim in Hannover.

Schlee über das Krüppelheim in Braunschweig.

Witteck (Graz) spricht über Bandagistenkurpfuscherei und Krüppelfürsorge.

---

27) **K. Gaugele.** Das Redressement alter Pott'scher Buckel.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 und 4.)

Verf. beschreibt die Konstruktion eines orthopädischen Tisches, der das Anlegen von Verbänden in horizontaler Lage des Pat. unter Extension und Pelottendruck gestattet. Die Wirkung der Verbände wird an einigen Beispielen gezeigt.

J. Riedinger (Würzburg.)

28) **J. F. Gottstein.** Zur Redressement- und Verbandtechnik bei schweren Skoliosen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. hat seit dem Jahre 1903 etwa 120 schwere Skoliosen mittels des forcierten Redressements behandelt. Er redressierte zuerst nach Schanz in dem Engelmann'schen Streckrahmen, dann nach Wullstein unter Abänderung einiger Vorrichtungen des Wullstein'schen Apparates. Verf. gibt auch einige Abweichungen in der Technik des Verbandes an und demonstriert an drei Fällen die Leistungsfähigkeit der Methode. **J. Riedinger** (Würzburg).

29) **Renvall.** Zur Kenntnis der kongenitalen, familiär auftretenden Extremitätenmißbildungen.

(Archiv f. Anatomie u. Physiologie 1908.)

R. konnte in 4 Generationen einer Familie 9 Mißbildungen gleichen bzw. ähnlichen Typus nachweisen, die 5 männliche und 4 weibliche Personen betrafen. 8mal fand sich ein kongenital gekrümmter kleiner Finger (5 rechts, 2 links, 1 unbestimmt). Bei dem 9., vom Verf. nicht selbst gesehenen Mitgliede, soll die eine Hand die Form eines Fischschwanzes haben. Bei dem einzigen — männlichen — Erkrankten der 4. Generation lag außer dem links gekrümmten Finger eine rechte Spalthand und Hypospadie vor, während seine ebenfalls belastete Mutter neben der Fingerdeformität eine fixierte Dorsalflexion des 4. rechten Metatarsophalangealgelenkes aufwies. Einer der 3 erkrankten Brüder dieser Mutter zeigte Fingerverkrümmung nur an der anderen Hand. Defekt der Ulna und der 3 ulnaren Finger. Verf. ist geneigt als Ursache der gehäuften Mißbildungen ein Vitium primae formationis anzunehmen. Interessant ist, daß die Deformität meist durch die weiblichen Mitglieder vererbt wurde und männliche Nachkommen betraf.

Vorderbrügge (Danzig).

30) **Holding.** Observations made in 300 cases of severe traumatisms.

(Albany med. annals 1908. Mai.)

H. beobachtete unter 300 aufeinander folgenden Fällen schweren Traumas 18 von traumatischer Neuritis des N. circumflexus humeri nach Schultergelenksschädigungen. Die hauptsächlichen Symptome sind: Schmerzen in der Schultergegend, behinderte Abduktion des Armes, Muskelatrophie des M. deltoideus, Infraspinatus, Teres minor und manchmal auch des Supraspinatus, atrophische Ostitis im gleichen Bereiche mit ausgesprochener Druckempfindlichkeit des Knochens und behinderter Beweglichkeit des Schultergelenkes, und trophische Hautstörungen. Deutliche Entartungsreaktion fehlte in H.'s Fällen; im Röntgenbilde war die Knochenatrophie deutlich. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Weber** (Dortmund). Über subkutane totale Zerreißung des Plexus brachialis ohne Verletzung der Knochen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 21.)

Die schwere Verletzung wurde von W. 7 Wochen nach dem Automobilunfall entdeckt, als dessen Folge von dem behandelnden Arzt neben einer Commotio cerebri nur ein Bruch im linken Ellbogengelenk und am linken Radius nachgewiesen worden war, obwohl 8 Tage nach der Verletzung heftige Schmerzen aufgetreten waren und sich auch das Gefühl erloschen gezeigt hatte. Es bestand vollständige atrophische Lähmung des linken Armes und der Schultergegend und hinter dem Schlüsselbein eine abnorm druckemkfindliche Resistenz, in der bei der von Vogel ausgeführten Operation die in Narbenmasse eingebetteten zerrissenen Nervenbündel des Plexus brachialis gefunden wurden. Resektion derselben und Nervennaht. 10 Monate später zeigte sich die Sensibilitätsstörung erheblich vermindert, der Biceps schwach innervierbar. **Kramer** (Glogau).

32) **Bazy.** Troubles trophiques et moteurs survenant trois mois après une suture nerveuse et guéris par l'électricité statique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Bd. XXXIII. p. 589.)

Es handelte sich um eine ganz plötzlich wieder auftretende Lähmung des Medianus nach Naht mit vollem Erfolg. An der Nahtstelle fühlte man eine kleine, sehr schmerzhafte Geschwulst (Neurom?), die nach drei Sitzungen bei Anwendung des elektrischen Stromes verschwunden war, zugleich mit den Lähmungserscheinungen **Kaehler** (Duisburg-M.).

33) **P. Zander.** Ein Fall von kongenitaler Luxation des Humerus.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Den wenigen einwandsfreien Fällen der Literatur fügt Verf. einen Fall hinzu, bei dem die stereoskopische Röntgenuntersuchung Aufschluß über die Verhältnisse bei der Deformität gab, und der noch dadurch interessant ist, daß gleichzeitig Schulterblatthochstand auf derselben Seite besteht. Verf. nimmt an, daß es sich um eine Hemmungsbildung handelt. Die Deformität wurde bei einem 13 Jahre alten Mädchen beobachet. Die Funktion des Armes war eine verhältnismäßig gute. **J. Riedinger** (Würzburg).

34) **A. Alsberg.** Isolierte Fraktur des Erbsenbeines.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Die Verletzung entstand bei einem Manne, welcher in die Speichen eines Rades eingegriffen hatte, um das Rad herum zu drehen. Das Röntgenbild ergab einen durch das Erbsenbein verlaufenden Bruchspalt mit unwesentlicher Verschiebung der Bruchstücke. Die Verletzung war entstanden während die Hand aus starker Pronation und Radialflexion in Supination, Volar- und Ulnarflexion überging, und zwar wahrscheinlich durch Kontraktion des M. flexor carpi ulnaris. Einen zweiten Fall fand Verf. in der Literatur nicht.

J. Riedinger (Würzburg).

35) **G. Hohmann.** Zur Ätiologie und Pathologie von Klumphand und Klumpfuß.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 und 4.)

Verf. berichtet ausführlich über drei aus dem Krankenmaterial von Prof. Lange in München stammende Fälle von doppelseitiger Klumphand mit doppelseitigem Klumpfuß und sonstigen Gelenkkontrakturen. Ein vierter Fall wird nur kurz erwähnt. Im Nachtrag werden zwei weitere Fälle angeführt. Die Entstehung der Deformitäten wird auf Raumbeschränkung im Uterus zurückgeführt. Für diese Auffassung ergeben sich aus den Krankengeschichten verschiedene Anhaltspunkte (Fruchtwassermangel, Steißgeburt, gleichzeitiges Vorkommen analoger Deformierungsprozesse, zwanglose Rekonstruierung der intra-uterinen Haltung, sonstige pathologische Veränderungen). Der Arbeit sind auch einige Bemerkungen über die Therapie beigefügt, außerdem 19 Abbildungen.

J. Riedinger (Würzburg).

36) **A. Hiller.** Über den »schnellenden Finger«.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. gibt eine genauere Beschreibung des Krankheitsbildes auf Grund der bisherigen Erfahrungen und einer eigenen Beobachtung. Letztere betrifft eine 14 Jahre alte Pat. mit schnellenden Daumen. An der Sehne des Flexor profundus wurde beiderseits eine erbsengroße Verdickung gefunden. Die operative Freilegung des Knotens rechts ergab spindelförmige Auftreibung sowohl der Sehne als der Sehnenscheide. Nach Resektion der Sehne im Bereich des Knotens wurde das Leiden geheilt. Der histologische Befund an der exstirpierten Sehnenscheide ergab Knorpel-Sehnen- und Muskelgewebe, außerdem fibröses und Granulationsgewebe.

J. Riedinger (Würzburg).

37) **Thrap-Meyer.** Et tilfaelde af resectio symphysis sacro-iliaca.

(Norsk Mag. for Laegevid. 1908. Nr. 4 und 5.)

Bei einem 19jährigen Manne, der in New York eine Lungenentzündung durchmachte, entstand am Ende der zweiten Krankheitswoche Druckbrand über dem Kreuzbein, später außerdem über der linken Schulterblattgräte und über beiden Darmbeinkämmen. Das Kreuzbeingeschwür wurde mehrfach operiert. Trotz unaufhörlicher Durchfälle erfreute Pat. sich eines guten Appetites.

In mehreren Sitzungen, die der elende Zustand des Kranken und eine schwere Nachblutung erforderlich machten, wurde zunächst ein 6 cm breites Stück des Os sacrum oberhalb des For. ischiadicum maj. abgemeißelt und in den Nachoperationen die Resectio der Symphysis sacro-ilaca vervollständigt. Mit Beseitigung der Abszeßhöhle schloß sich die Fistel allmählich. Pat. ist so weit wiederhergestellt und gut auf den Beinen, daß er daran denkt, wieder zu arbeiten.

Revenstorf (Hamburg).

38) **Nyrop Ejnar.** Eine Prothese bei Exartikulationen im Hüftgelenke.

(Zeitschrift für die orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Heft 3 u. 4.)

Verf. beschreibt eine Prothese aus Holz für das Hüftgelenk, konstruiert nach dem Prinzip des Ernst Nyrop'schen künstlichen Kniegelenkes. Dieses Prinzip beruht darauf, daß das Gewicht des Körpers nicht auf dem Holzzapfen des Gelenkes ruht, was sich in der Weise erreichen läßt, daß die Holzzapfen etwas kleiner sind als das Zapfenloch. Das Körpergewicht wird direkt auf den Gelenkkopf der Hülse übertragen. Das Hüftgelenk sitzt an natürlicher Stelle, was das Sitzen nicht behindert und dem Pat. erlaubt, sich mit großer Leichtigkeit zu bewegen.

J. Riedinger (Würzburg).

39) **Becher.** Über kompensatorische Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Infolge hochgradiger Kontraktur des rechten Hüftgelenkes nach Koxitis war es bei einem 49 Jahre alten Mann allmählich zu Spreizstellung der Beine und im

weiteren Verlauf zu einer Verrenkung des linken Oberschenkels nach hinten gekommen. Verf. nahm rechts die schiefe subtrochantere Osteotomie vor. Links wurde durch Extension die Verrenkung eingerichtet. Nach der Geradestreckung der Beine verwechselte Pat. längere Zeit links und rechts. Ein noch besseres Resultat erzielte Verf. bei einem 9jährigen Mädchen mit den gleichen Veränderungen.

J. Riedinger (Würzburg).

40) **R. Ehebold.** Unsere Erfahrungen mit der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die er mit Gocht zusammen bei der Untersuchung und Behandlung von 152 Fällen von angeborener Hüftgelenksverrenkung in einem Zeitraume von 5 Jahren gemacht hat. Im ganzen wurden 102 Fälle eingerenkt, 7 davon blutig. Bei einseitiger Verrenkung wurden 77%, bei doppelseitiger Verrenkung 61% Heilungen erzielt. Die Kinder standen in einem Alter von 10 Monaten bis zu 12 Jahren. Extensionsbehandlung vor der Einrenkung wird nicht mehr angewandt. In schweren Fällen werden zwischen den einzelnen Repositionsakten manuelle Traktionen vorgenommen.

Im einzelnen teilt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen seine Ansichten mit über Ätiologie, pathologische Anatomie, Anamnese, Heredität, Symptome Diagnose, Komplikationen, Behandlung, Retention, blutige Reposition und Resultate. Von Interesse ist besonders die Schilderung der Technik der Reposition, die sich an die Technik der Lorenz'schen Methode anlehnt. Bei voller Wahrung des Lorenz'schen Prinzips wird auf einige Abweichungen aufmerksam gemacht. In der Reihe der Arbeiten, welche nach längerer Zeit Rechenschaft ablegen, wie sich die Lorenz'sche Methode ausgestaltet und was sie geleistet hat, verdient auch die vorliegende als beachtenswerter Beitrag hervorgehoben zu werden.

J. Riedinger (Würzburg).

41) **P. Bade.** Mitteilungen aus dem Gebiete der angeborenen Hüftverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

1) Doppelseitige Hüftverrenkung, 2 Tage nach der Geburt eingerenkt, kombiniert mit doppelseitigen Knieverrenkungen und Hakenfüßen. Reposition aller Verrenkungen. Nachbehandlung mittels Schienen. Anscheinend Heilung bei der Entlassung nach einigen Wochen.

2) Doppelseitige Hüftverrenkung, kompliziert durch doppelseitige Klumpfüße bei einem 4 Jahre alten Mädchen. Heilung.

3) Angeborene oder paralytische Hüftverrenkung mit der Fähigkeit des Selbstreponierens. Die Deformität wurde bei einem 7 Jahre alten Mädchen am linken Bein, wo auch Klumpfuß vorhanden war, beobachtet. Der paralytische Klumpfuß wurde durch Redressement und Sehnennaht, die Verrenkung durch Fixation in reponierter Stellung während der Dauer von 6 Monaten geheilt.

J. Riedinger (Würzburg).

42) **C. Deutschländer.** Die blutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkungen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. berechnet, daß im Durchschnitt etwa 60—80% der angeborenen Hüftverrenkungen durch die unblutige Reposition anatomisch geheilt werden können. Es bleiben deshalb stets Fälle für die blutige Operation übrig, für die Verf. ein Wort einlegen will. Mit einer besseren Entwicklung der Technik und einer besseren Kenntnis der anatomischen Verhältnisse müssen auch die Resultate besser werden. Verf. schildert die Schwierigkeiten der Operation und die Mittel zu ihrer Beseitigung. Er operiert von dem von Hoffa angegebenen Schnitt aus. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf zehn Operationen, denen unblutige Behandlung vorausgegangen war. Die Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt. Meist war das Mißlingen der unblutigen Behandlung auf mangelhafte Entfaltung

des Kapselschlauches und auf Verwachsungen zurückzuführen. Von den operierten sieben Kindern im Alter von 3—12 Jahren starb eines. Von zehn operierten Gelenken zeigten später sechs gute (nicht völlige) Beweglichkeit und gute Funktion, geringe Verkürzung nur ein Fall. Vier Gelenke wurden ankylotisch.

J. Riedinger (Würzburg).

43) **P. Guradze.** Erfolge der Oberschenkelosteotomie.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. berichtet ausführlich über sieben Krankengeschichten, die zeigen, daß auch bei schweren Verkrümmungen der unteren Extremitäten gute Erfolge durch Osteotomie erzielt werden können. 2 Fälle betrafen rachitische Coxa vara, 1 Fall Ankylose und Kontraktur des Hüftgelenkes, 1 Fall veraltete Hüftverrenkung, 1 Fall starke rachitische Verkrümmung eines Oberschenkels, 1 Fall hochgradige Genua valga und 1 Fall Genu varum. In den meisten Fällen ist der Verf. mit der linearen Osteotomie ausgekommen bei möglichst extraartikulärer Operation. Zur Nachbehandlung dient der von Gocht angegebene Zuggipsverband.

J. Riedinger (Würzburg).

44) **Höring.** Über Tendinitis ossificans traumatica. (Aus der chirurgischen Abteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart. Prof. Steinthal.)
(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 13.)

Der 56jährige Pat. hatte einen heftigen Stoß gegen die linke, einen schwächeren gegen die rechte Achillessehne durch eine Schreibtischkante erlitten, wodurch sich eine Tendinitis entwickelte, die das Gehen immer schmerzhafter machte. Die Röntgenaufnahme ergab in der verdickten Sehne linkerseits eingelagerte Knochensubstanz in der Form eines Kleinfingers, rechterseits zwei Verknöcherungsherde von Bohnen- bzw. Erbsengröße, in anderen Sehnen dagegen nichts derartiges, so daß das Trauma als Ursache der Ossifikation anzusehen war. Operative Entfernung des linksseitigen, aus wirklichen Knochen gebildeten Herdes. Pat. wurde durch die Operation geheilt und arbeitsfähig. Die Ossifikation in der rechten Achillessehne bereitet ihm bisher keine Beschwerden und ist nicht weiter fortgeschritten. **Kramer** (Glogau).

45) **Troemner und Preiser.** Frühfrakturen als Tabesinitialsymptom.
(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 5.)

Durch unbedeutendes Ausrutschen mit dem Fuß zog sich ein 39jähriger Mann einen schweren Zertrümmerungsbruch des Talus, Naviculare, einiger Keilbeine und Metatarsen zu; er ging mit dem Fuße noch 5 Wochen lang herum; später traten Knochenbildungen im Bindegewebe des Unterschenkels auf, und erst 1 Jahr nach dieser Fraktur zeigten sich echte tabische Symptome, und zwar so, daß sie am verletzten Bein stärker ausgeprägt waren als am gesunden. Es gehörte also dieser Fall zu jenen, in denen lange Zeit vor Manifestwerden einer Tabes eine abnorme Knochenbrüchigkeit sich bemerkbar macht, und mahnt daran, bei allen Frakturen aus unzureichender Ursache im mittleren Lebensalter bei auffallender Schmerzunempfindlichkeit an die Möglichkeit tabischer Genese zu denken.

Haeckel (Stettin).

46) **P. Haglund** (Stockholm). Zur Frage des Os tibiale externum. Erwiderung an Dr. A. Lilienfeld anläßlich seines Aufsatzes »Über die sog. Tarsalia usw.«
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 und 4.)

47) **A. Lilienfeld** (Leipzig). Antwort auf die »Erwiderung« des Herrn Haglund.
(Ibid.)

Polemik über die Frage: Fraktur oder akzessorisches Skelettstück? (Siehe Zentralblatt f. Chir. 1907 p. 327 und p. 1245.) **J. Riedinger** (Würzburg).

48) **K. Gaugele.** Die ursächlichen Beziehungen des Os tibiale und der Frakturen des Os naviculare zum Pes valgus.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Verf. berichtet über zwei Pat. im Alter von 12 Jahren, die mit Knickfuß behaftet waren und an der Spitze des Os naviculare Schmerzen empfanden. Röntgenstrahlen klärten die Fälle auf. Es handelte sich um akzessorische Knochen. In bezug auf die Erklärung schließt sich Verf. den Ausführungen Lilienfeld's an, der die Annahme einer Fraktur zurückweist. Die Schmerzen führt Verf. auf eine Periostitis infolge von Insulten von außen her zurück. Verf. berichtet ferner über die Differentialdiagnose zwischen dem Befund bei Os tibiale einerseits, Trauma und Plattfuß andererseits. **J. Riedinger** (Würzburg).

49) **K. Nieny.** Studien über das Schuhwerk der Plattfüßigen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. legt das Hauptgewicht auf gutes Schuhwerk und schildert eingehend, wie ein solches beschaffen sein muß. Ferner bespricht er die Vor- und Nachteile der üblichen Einlagen. Es ist verfehlt, auf eine bestimmte Art Stiefel oder Einlagen zu schwören, da die Füße und die Beschwerden sehr mannigfaltig sind. Verf. gibt schließlich einige Anleitungen, wie man die eine oder die andere Art verordnen soll. **J. Riedinger** (Würzburg).

50) **H. Ebbinghaus.** Der Bruch des Stieda'schen Fortsatzes des Sprungbeines.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

Verf. beobachtete die Verletzung bei einem Manne von 35 und einem von 21 Jahren und erläutert Symptomatologie, Mechanismus, Therapie und Prognose der Fraktur. Er faßt folgendermaßen kurz zusammen: *Gerade so wie bei forcierter* Pronation, Supination und Dorsalflexion des Fußes typische Brüche an den Malleolen und dem Talushalse entstehen können, so kann auch bei Forcierung der Streckung ein typischer Bruch entstehen, und zwar betrifft dieser den hinteren sogenannten Stieda'schen Fortsatz des Talus. Obwohl diese Fraktur aus den klinischen Symptomen allein genügend sicher diagnostiert werden kann, so ist das souveräne Diagnostikum die Röntgenographie.

J. Riedinger (Würzburg).

51) **H. Lehr.** Über die plantare Exostose des Fersenbeines.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Verf. sammelte die Literatur über die zuerst von Plettner beschriebene plantare Exostose des Fersenbeines und berichtet zusammenfassend über zahlreiche Beobachtungen in der Schanz'schen Heilanstalt in Dresden. Trauma als direkte Ursache der Erscheinung schließt Verf. aus; er verweist das Krankheitsbild in den breiten Rahmen der Plattfußbeschwerden. Über die Entstehung ist Sicheres noch nicht bekannt. Verf. bespricht weiter die wichtigsten Punkte der Diagnose und der Therapie. Bei der Operation muß die Fascia plantaris möglichst geschont werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

Vom 17. bis 24. August finden in Berck orthopädische Kurse für französische und ausländische Ärzte statt. Redaktion.

Berichtigung: Nr. 25 p. 764, Zeile 5 v. oben lies 2,4 statt 24. Nr. 26 p. 799, Zeile 3 u. 4 v. oben lies Osteome statt Sarkome.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 30. Sonnabend, den 25. Juli 1908.

Inhalt.

I.

Aus der Tübinger chirurg. Klinik. Direktor: Staatsrat Prof. v. Bruns.

Über Antifermentbehandlung eitriger Prozesse ohne Inzision.

Von

Dr. Hans Kolaczek,
Assistent der Klinik.

In Nr. 26 dieser Zeitschrift hat A. Peiser über die Antifermentbehandlung eitriger Prozesse ohne Inzision berichtet. Schon vor $1^1/_2$ Jahren haben Eduard Müller und ich gemeinsam die theoretischen Grundlagen dieser neuen Behandlungsmethode festgestellt und als hauptsächliches Gebiet für ihre Anwendung eitrige abszedierende Prozesse im Gegensatz zu mehr phlegmonösen betrachtet. Einschlägige Experimente an Hunden wurden damals aus äußeren Gründen (meinen Fortgang von Breslau) nicht fortgesetzt und eine diesbezügliche Publikation aufgeschoben.

Auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß haben dann E. Müller und A. Peiser über die ersten therapeutischen Versuche mit Antiferment am Menschen berichtet, E. Müller über die von ihm und mir festgesetzten theoretisch-experimentellen Grundlagen, A. Peiser über die ersten praktischen Versuche in der Klinik. Nach dieser Darstellung wurden die Abszesse inzidiert, der Eiter ausgedrückt und ausgetupft, Antifermentserum in die Abszeßhöhle gebracht, ein Drainrohr eingeführt und ein trockener aseptischer Verband darüber angelegt.

In den vorausgegangenen theoretischen Erwägungen haben E. Müller und ich die Antifermentbehandlung heißer Eiterungen in bewußten Gegensatz zu der Jodoformbehandlung kalter Abszesse gebracht. Bei dieser beruht, wie zuerst von Heile festgestellt, die Jodoformwirkung auf der massenhaften Heranziehung von polynukleären Leukocyten, also proteolytischen Fermentträgern, die die unlöslichen Eiweißkörper des Abszeßinhaltes verdauen und der Resorption zugänglich machen. Bei heißen Abszessen dagegen stehen alsbald im Vordergrunde die Eiterkörperchen, das sind durch ihr Absterben schon intravital fermentativ höchst wirksame Leukocyten. Diese besorgen die rapide eitrige Gewebseinschmelzung sowie das »Eiterfieber«, beides Prozesse, denen bisher nach dem alten Grundsatz »Ubi pus, ibi evacua« nur durch Inzision, Ablassen des Eiters und Drainage gesteuert werden konnte.

Ist nun tatsächlich bei der Antifermentbehandlung heißer Abszesse das Antiferment das Wirksame, so konnte das mit der Sicherheit des Experimentes nur bewiesen werden, wenn man die übliche chirurgische Behandlung, Inzision und Drainage, fortließ und sich nur der Punktion und Antifermentserum-Injektion bediente. Demgemäß haben auch E. Müller und ich bei unseren ersten derartigen Tierversuchen nur die Punktion und Injektion angewandt. Auch in zahlreichen Hundeversuchen, mit denen ich seit 3 Monaten beschäftigt bin, habe ich das Experiment ausschließlich in dieser »reinen« Form angestellt. Mit 5%iger Argentum-nitricum-Lösung, mit Terpentinöl und einer 4%igen Aleuronataufschwemmung habe ich »aseptische«, mit Kokkeneiter und 24stündigen Staphylokokkus-Bouillonkulturen »septische« Eiterungen hervorgerufen, teilweise auch beide Mittel kombiniert. Sowohl große subkutane Abszesse als auch Gelenkeiterungen wurden so durch Injektionen hervorgerufen, meist an zwei symmetrischen Stellen desselben Tieres. Durch Punktion und Injektionen von Antifermentserum gelang es mir, auf der so behandelten Seite den Abszeß früher zum Abheilen zu bringen als auf der anderen Seite, die unbehandelt blieb oder mit Inzision oder nur mit Punktion (ohne nachfolgende Injektion) behandelt wurde. Auch ausgedehnte Hautgangrän, zu der besonders Silbernitrateiterungen leicht führen, wurde auf der behandelten Seite vermieden. Trotz dieser günstigen Eindrücke, die ich so von der Antifermentbehandlung gewann, wird meines Erachtens im Versuch am Hunde (außer dem Affen das einzige Tier, das für derartige Antifermentversuche in Frage kommt) die Frage über die Wirksam-

keit der Antifermentbehandlung von Eiterungen nicht entschieden werden können, und zwar aus folgenden Gründen: 1) wegen der geringen Disposition der Hunde für Infektionen und eitrige Prozesse, 2) wegen der enormen »Heilhaut« der Hunde, durch die auch gewaltige Abszesse, die die halbe Zirkumferenz des Thorax einnehmen, binnen kurzer Zeit spontan zur Ausheilung kommen, 3) wegen der sehr viel geringeren proteolytischen Kraft des Hundeeiters im Vergleich zum menschlichen, die wohl zum Teil auf einer stärkeren Beteiligung des Serums gegenüber den zelligen Elementen, vor allem aber auf einem sehr viel geringeren Gehalt des einzelnen Leukocyten an proteolytischem Ferment beruht.

Das entscheidende Wort über die Wirksamkeit der Antifermentbehandlung in »reiner« Form, durch Punktion und Injektion von heißen Abszessen, wird also erst der Versuch am Menschen sprechen, zu dem ich leider bisher noch nicht genügend Gelegenheit hatte. Die ersten diesbezüglichen Mitteilungen von A. Peiser scheinen indes den gehegten Erwartungen ganz zu entsprechen.

II.

Aus dem Werksspital der Österr. Alpinen Montangesellschaft in Donavitz bei Leoben.

Zur Behandlung von Verbrennungen.

Von

Dr. Leopold Renner, Chefarzt.

Ich möchte im folgenden ein Pulver zur Behandlung von Verbrennungen zur Prüfung empfehlen, das sich mir im Laufe einiger Jahre bei vielen Hunderten von Verbrennungen sehr gut bewährt hat. Das Pulver besteht aus 1 Teile Bismuthum subnitr. auf 2 Teile Kaolin. pulv. Mit diesem Pulver verbinde ich jede noch halbwegs frische Verbrennung ohne Unterschied des Grades der Verbrennung.

Die Wunden werden zuerst gründlich gereinigt, dann wird haufenweise das Wismutpulver aufgestreut, darüber legt man in einfacher Lage sterile hydrophile Gaze; den Schluß bildet sterile Zellstoffwatte in dicker Lage. Das Ganze wird mit einer Binde fixiert. Der Verband muß täglich erneuert werden, insolange lebhafte Sekretion besteht, wobei lokale, bei ausgedehnten Verbrennungen Vollbäder verabreicht werden. Die Hauptwirkung des Pulvers ist die vorzügliche Eintrocknung bei fast vollständig zu vermeidender Infektion.

Infolge der starken Eintrocknung wird bei oberflächlichen Verbrennungen die Blasenbildung beschränkt (bereits entstandene Blasen werden abgetragen), bei tiefen Brandwunden kommt es zum trockenen schwarzen Brandschorf. Die Abstoßung dieser trockenen Brandschorfe wird, wie schon erwähnt, durch eingeschaltete Bäder beschleunigt.

Die Pat. haben weniger Schmerzen, geringeres Fieber, leiden nicht so sehr durch die Sekretion.

Bei Brandwunden 1. und 2. Grades ist oft schon nach 1—2 Verbänden die Wunde mit einer dicken, festen Kruste bedeckt, die eine vorzügliche Decke gibt für die Epidermisierung. Beginnt sich die Kruste abzustoßen, oder vermutet man unter ihr die bereits vollzogene Heilung, so genügt ein Verband mit Borlanolin, durch 24 Stunden appliziert, um die Kruste zu entfernen.

Ich glaube auch bei dieser Art Behandlung seltener keloidartige Narben gesehen zu haben.

Bei sehr ausgedehnten Verbrennungen kommt, wenn auch recht selten, einmal ein Pat. vor, der das Pulver auf die Dauer nicht verträgt. In solchen Fällen tritt ziemliche Unruhe auf bei gleichzeitigem Auftreten eines urticariaähnlichen Ausschlages, verbunden mit Jucken. In solchen Fällen habe ich das Pulver weggelassen, ein Bad gegeben und die Wunden nur mit hydrophiler Gaze und Zellstoff verbunden, worauf sofort Besserung eintritt; und am folgenden Tage ist die Sache behoben.

Gegenüber den Wismutbinden nach v. Bardeleben hat das Wismut-Kaolinpulver die Vorteile der größeren Billigkeit, leichteren Verbandwechsels, größerer Desinfektionskraft, stärkerer Sekretverminderung.

---

1) **K. Jäger.** Beiträge zur frühzeitlichen Chirurgie.

Wiesbaden, C. W. Kreidel, 1907.

Dem Werke ist ein Atlas mit zahlreichen photographischen und röntgenographischen Aufnahmen beigegeben, die an Güte wirklich nichts zu wünschen übrig lassen.

Verf. hat die Objekte zu seinen Studien dem prähistorischen und mittelalterlichen Knochenmaterial der anthropologisch-prähistorischen Sammlung des bayerischen Staates zu München entnommen; das frühmittelalterliche Material stammt aus den Ossuarien zu Chammünster, Greding und Aidenbach. Anhangsweise wird das altperuanische Schädelmaterial der Münchener Sammlung behandelt. Die einzelnen Präparate sind zum Teil sehr genau beschrieben; diese Bemerkungen zusammen mit den vorzüglichen Abbildungen geben uns ziemlich bestimmte Hinweise auf das chirurgische Können in jenen fernen Zeiten.

Eine ganze Reihe schwerer Schädelbrüche mit großen Zertrümmerungen, aber mit allen Zeichen weit vorgeschrittener Heilungsprozesse beweisen uns, daß man zu jener Zeit, als man noch nicht der überaus aktiven Therapie des indikationslosen Trepanierens huldigte, sehr schöne Erfolge erzielte. Zahlreiche tadellos geheilte Extremitätenbrüche können wohl nur mit Kunsthilfe zu so gutem Resultat gelangt sein. An vielen Knochen sind noch heute die Veränderungen, welche Rachitis, Osteomyelitis, Arthritis deformans, Tuberkulose an ihnen hervorbrachten, deutlich zu diagnostizieren. Syphilitische

Prozesse finden sich nur an Knochen von Fundstellen, wo Vermischung mit Skeletten späterer Zeit sicher vorgekommen ist. Charakteristische Bilder ergeben die Knochen, die von Schußverletzungen betroffen wurden, in denen noch die bronzenen Pfeilspitzen usw. stecken, von denen dann eine traumatische Osteomyelitis mit Nekrosen ihren Ausgang genommen hat.

Aus der Sammlung altperuanischer prähistorischer (präkolumbischer) Schädel ist einer zu erwähnen, an dem eine trepanierende Operation nach perforierender Schädelfraktur durch Hieb ausgeführt wurde. Alle übrigen Schädel, elf an der Zahl, weisen die sicheren Zeichen frischer und alter, teilweise sehr gut verheilter Lues auf.

Ein Literaturverzeichnis von 47 Nummern ist beigegeben.

Das Werk, dessen Preis nur 10 Mark beträgt, dürfte manchem Freunde der Geschichte der Chirurgie sehr willkommen sein.

W. v. Brunn (Rostock).

---

2) Grenzgebiete in der Medizin. 14 Vorträge anläßlich der Eröffnung des Kaiserin-Friedrich-Hauses für den ärztlichen Fortbildungsverein. Redigiert von Prof. R. Kutner. 447 S.

Jena, **G. Fischer,** 1908.

Es war ein glücklicher Gedanke des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, die anläßlich der Eröffnung des Kaiserin-Friedrich-Hauses von hervorragenden Vertretern ihres Faches gehaltenen Vorträge durch Herausgabe in Buchform einem weiteren Kreise der Ärzte zugängig zu machen. Im besonderen wird es der Praktiker, dem die Zeit zu eingehenderen Literaturstudien meist fehlt, angenehm empfinden, in kurzer, prägnanter Form über die Leistungen sowohl der Medizin wie der Chirurgie auf dem nicht mehr kleinen Felde der sogenannten Grenzgebiete und die daraus sich ergebende moderne Indikationsstellung orientiert zu werden. Für den Chirurgen von Fach bieten die Vorträge über die Appendicitis und über den Ileus usw., besonderes Interesse dadurch, daß sie die Anschauungen zweier namhafter Interner wiedergeben, wenn er denselben auch nicht immer zustimmen wird (z. B. der Opiumbehandlung bei Appendicitis!).

Von einer Besprechung der einzelnen Vorträge darf Abstand genommen werden, da sie für den Chirurgen wesentlich Neues nicht enthalten; die Themata sind folgende: 1) Medikamentöse und mechanohydrotherapeutische Behandlung von Respirations- und Zirkulationsstörungen von Prof. Bäumler. 2) Gehirn und Auge von Prof. v. Michel. 3) Die Behandlung der septischen Infektion von Prof. Lexer. 4) Die Verhütung der Infektionskrankheiten auf Grundlage der neueren Erfahrungen von Geh.-Rat Gaffky. 5) Experimentelle Karzinomstudien an Mäusen von Prof. Ehrlich. 6) Über den heutigen Stand der Therapie der Nervenkrankheiten von Prof. Edinger. 7) Die chirurgische und interne Behandlung der Appendicitis von Prof. Rumpf. 8) Der Ausbau der klinischen Untersuchungsmethoden von Prof.

Friedr. Müller. 9) Die wichtigsten Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei Erkrankungen des Darmes von Prof. Curschmann. 10) Der Einfluß der bakteriologischen Forschungsergebnisse auf die Anschauungen in der allgemeinen Pathologie von Prof. v. Baumgarten. 11) Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit von Prof. Kehr. 12) Das Wesen und die Behandlung der Neuralgie von Prof. Bardenheuer. 13) Übung, Gymnastik und Massage bei der Behandlung von Knochen- und Gelenkerkrankungen von weil. Prof. Hoffa. 14) Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten von Frenkel-Heiden.

Boerner (Rastatt).

---

3) **Klemensiewicz.** Die Entzündung.

Jena, **Gustav Fischer,** 1908.

Die bisher in das Gebiet der pathologischen Physiologie und der Morphologie gestellte Lehre von der Entzündung aus neuen, chemisch-physikalischen und biologisch-experimentellen Gesichtspunkten zu erklären, wenigstens so weit noch offene Fragen zu beantworten sind, ist die Aufgabe des K.'schen Werkes. Die bisherigen Entzündungstheorien haben trotz aller Förderung und Erweiterung unserer Kenntnis nicht alle Fragen befriedigend zu lösen vermocht. Das Ergebnis der morphologischen Forschung läßt sich dahin zusammenfassen, daß die Entzündung durch ein Agens entsteht, das neben der direkten Einwirkung auf die Gewebe zu einer wesentlichen Schädigung der Gefäßwände führt. Es kommt dadurch zum Austritt flüssiger und geformter Bestandteile aus den Gefäßen in deren Umgebung und gleichzeitig zu einer Reaktion des noch lebensfähigen Gewebes im Entzündungsherde. Diese Gewebsreaktion äußert sich teils in biologischen, progressiven, teils in nekrobiotischen Erscheinungen. Im Hinblick auf die allgemeinen Erscheinungen und die Ursachen ist die Entzündung nach dem heutigen Stand unserer Kenntnis als eine körperfremden Substanzen gegenüber auftretende biologische Reaktion des tierischen Gewebes aufzufassen, zu deren Hervorbringung die durch chemische Energien bewirkte Funktionsstörung der Blutgefäßwand die wesentlichste Ursache darstellt. Nach den Untersuchungen des Verf.s kommen für Emigration und Diapedese körperlicher Elemente nicht ausschließlich chemotaktische Einflüsse in Betracht; beide Erscheinungen sind vielmehr die Folgen der im entzündlichen Blutstrome herrschenden Gesetze der Verteilung der Blutbestandteile nach ihrem spezifischen Gewichte. Quantitativ maßgebend für den Durchtritt flüssiger und fester Blutbestandteile ist die Differenz zwischen Blut- und Gewebedruck. Die Hyperämie ist die Folge der durch chemische Energien bedingten völligen Lähmung der kontraktilen Elemente der Gefäßwand, keine Reizerscheinung. Zur Zeit des hyperämischen Kreislaufes ist der Druck überall im entzündeten Gefäßgebiet über die Norm erhöht. Diese mit Druckerhöhung einhergehende Hyperämie führt bei gleichzeitig erhöhter Permeabilität der Gefäßwand zu vermehrter Transsudation, die ihrerseits zur Ursache des erhöhten

Gewebedruckes wird. Infolge des vermehrten extravaskulären Druckes tritt eine Stauung im Venengebiet ein, die schließlich in Stase übergeht. Die entzündliche Rötung ist als eine kongestive, also aktive Hyperämie aufzufassen, niemals, wenigstens nicht im Anfange des Prozesses, als eine passive, durch Stauung bedingte venöse Hyperämie. Von den älteren Theorien über die Bildung der Lymphe und des Transsudates genügt die Filtrationstheorie vollkommen, um die meisten Erscheinungen des entzündlichen Blutstromes und der Transsudation in befriedigender Weise zu erklären; für schwache Entzündungsgrade mag der osmotischen Theorie einige Bedeutung einzuräumen sein, aber alle auf eine sekretorische Tätigkeit der Kapillarwand zu beziehenden Hypothesen für die Transsudation sind abzulehnen. Die Eiterung ist als eine physiologische Reaktion des Organismus aufzufassen, die an gewisse Änderungen der normalen Bedingungen des Blutstromes gebunden ist; wie erwähnt, werden diese Änderungen durch Stoffe hervorgerufen, die die normale Funktion der Gefäßwand aufheben und ihre Durchlässigkeit erhöhen. Bei der entzündlichen Histolyse schließlich entstehen aller Wahrscheinlichkeit nach gleichzeitig Lysine, die für die Resorption toter Gewebselemente von Wichtigkeit sind.

Aus der Fülle neuer Anschauungen und aus der Betrachtung alter aus neuen Gesichtspunkten, die das Studium des Werkes ungemein lohnend machen, glaubte ich diese Sätze hervorheben zu sollen. Die neue biologische und chemisch-physikalische Untersuchungsmethodik hat an dem von Cohnheim geschaffenen modernen Entzündungsbegriff nichts zu ändern vermocht; sie ist aber geeignet, eine Wandlung unserer Ansichten über Wesen und Bedeutung des vielseitigen Symptomenkomplexes der Entzündung herbeizuführen. Man wird am Ende des gedanken- und anregungsreichen Werkes dem Verf. beipflichten, wenn er aus den Fortschritten der chemisch-physikalischen und biologischen Methoden noch reiche Ernte für die Pathologie erhofft und prophezeit.

W. Goebel (Köln).

---

4) **Blumenthal** und **Hamm**. Bakteriologisches und Klinisches über Koli- und Parakolininfektionen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 4.)

Verff. haben sehr eingehende biologische und kulturelle Studien an Kolibakterien vom Menschen angestellt, die sie im ersten Teil der Arbeit schildern; sie kommen zu dem Resultat, daß wir es mit einer Fülle von Varietäten bei der Koligruppe zu tun haben, daß sich einmal im Darm bei normalen Menschen neben Bakterien, die dem klassischen Typus des Bacterium coli entsprechen, auch andere, teilweise sich weit von ihnen entfernende Arten finden, daß andererseits in pathologischen Prozessen neben Arten, die sich vom Bacterium coli deutlich unterscheiden, auch Bakterien gefunden werden, die sich durch keine unserer zahlreichen kulturellen Methoden von ihm abgrenzen lassen. Die Agglutination kann nur sehr selten zur Aufklärung der

Ätiologie der Kolibazillosen einen sicheren Anhaltspunkt geben und leistet noch weniger für die Trennung der Kolistämme untereinander.

Im zweiten Teil der Arbeit befassen Verff. sich mit der pathologischen Bedeutung der Koligruppe für den Menschen an der Hand von elf Beobachtungen bei Erkrankungen der Gallen- und Harnwege. Sie konnten teils aus den Krankheitsprozessen, teils aus dem strömenden Blut, in einem Fall auch aus dem Schweiß und Sputum Bakterien der Koligruppe züchten. Da es sich um Mikroorganismen handelt, die die normalen Schleimhäute des Menschen bewohnen und sich im geschädigten Gewebe leicht sekundär ansiedeln, so dürfen als sicher im ätiologischen Zusammenhang mit der Erkrankung nur diejenigen bezeichnet werden, deren Züchtung aus dem kreisenden Blute gelang.

Betreffs des klinischen Verlaufes dieser Kolisepthämien sei als charakteristisch hervorgehoben, daß sie sich durch intermittierendes Fieber auszeichnen, bei dem tiefe, nicht selten sogar subnormale Temperaturen abwechseln mit steilem Temperaturanstieg und heftigem Schüttelfrost. — Der Leukocytenzählung scheint für den Unterschied zwischen Kolibazillose und typhusähnlicher Erkrankung eine gewisse Bedeutung zuzukommen, insofern nur bei ersterer die Leukocyten vermehrt sind. — Von Interesse ist ein Fall, in dem sich der intrauterine Übergang der Kolibakterien von der Mutter auf das Kind nachweisen ließ. — Die häufige Entstehung von Pyelonephritis in der Schwangerschaft ist wahrscheinlich in der Mehrzahl durch Aufsteigen von der Blase, seltener als hämotogene Infektionen aufzufassen.

Haeckel (Stettin).

---

5) **M. Jerusalem.** Einiges über Nachbehandlung Laparotomierter. (Aus der chirurg. Abt. des k. k. Krankenhauses Wieden. Prof. Dr. Schnitzler.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 21.)

J. hat gegen die postoperativen Verwachsungsbeschwerden Laparotomierter mit Erfolg die Bier'sche Saugglocke angewandt, die anfangs täglich, später jeden 2. oder 3. Tag 20—30 Minuten lang an der Stelle der Narbe aufgesetzt wurde. Nach 6—22 Sitzungen schwand die Schmerzhaftigkeit meist vollkommen, ebenso eine vorhandene Resistenz, wurden derbe Narben weicher, Verstopfung wesentlich gebessert. Auch postoperative Fisteln zeigten mehrfach Neigung zu Heilung.

Ob die günstige Wirkung der Saugbehandlung außer durch Hyperämie auch durch mechanischen Zug an Bauchdecken und Bauchinhalt (wie ihn J. bei Leichenversuchen nachweisen konnte) zu erklären ist, vermag Verf. nicht bestimmt zu sagen.

Kramer (Glogau).

---

6) **Jeanbran** et **Anglada** (Montpellier). Rapports du traumatisme avec l'appendicite etc.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 325.)

Verff. kommen in ihrer Arbeit zu dem Resultat, daß ein Trauma eine Appendicitis nicht veranlassen könne, daß immer eine versteckte oder chronische Erkrankung des Wurmes durch das Trauma zum Aufflackern oder zur Verschlimmerung gebracht werde. In der sich anschließenden Diskussion (p. 344 ff.) schließt sich ein Teil der Redner dieser Ansicht an, während andere davor warnen, a priori die Möglichkeit eines direkt die Appendicitis veranlassenden Traumas abzulehnen. Man solle ruhig zugeben, daß man bei dieser Frage zum großen Teil noch sagen müsse: »Nous ne savons rien, ou à peu près rien.«

Kaehler (Duisburg-M.).

---

7) **P. Klemm.** Die Bedeutung des Kotsteines für die Entstehung und den Verlauf der akuten Appendicitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

K. glaubt, daß bei dem Perforationsprozeß an einem kotsteinhaltigen und kotsteinlosen Wurmfortsatz anatomisch und pathogenetisch kein prinzipieller Unterschied besteht. In beiden Fällen entsteht durch die akute Verschwellung der Schleimhaut, die Verf. schon in seinen früheren Arbeiten als maßgebenden Faktor betont hat, eine primäre akute Enge der Wurmfortsatzlichtung. Der Stein kann ja möglicherweise den ersten Reiz abgeben, der zur Schwellung führt, da aber sofort Sekretstauung eintritt, so ist es unmöglich, daß die harte Wand des Konkrementes mechanisch die Schleimhaut zur Gangräneszierung bringt. Diese erfolgt durch die Einsperrung des Sekretes hinter der verschwollenen Schleimhaut und die dadurch bedingte Überdehnung der Wand des kleinen Organes. Bei der Anwesenheit von Kotsteinen sind aber die Vorgänge, die sich an die Verschwellung und die Sekretstauung anschließen, verhängnisvoller als bei steinlosem Wurmfortsatz. Die Stufenleiter der Erscheinungen, die zur Gangrän führt, wird schneller durchlaufen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

8) **Lindemann.** Die chronische Blinddarmentzündung.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 8.)

Während die Diagnose der akuten Appendicitis im allgemeinen keine Schwierigkeiten macht, ist sie bei der chronischen Appendicitis oft nicht leicht zu stellen. Die Verwechslung mit der Colica mucosa liegt um so näher, als sie sich mit Appendicitis kombinieren kann. Verf. beobachtete ferner einen Fall, in dem zwei steinharte Drüsen im Gekröse des unteren Dünndarmabschnittes ohne nachweisbare Tuberkulose eine Appendicitis vortäuschten, und einen zweiten, bei dem der Wurmfortsatz exstirpiert worden war, jedoch erst die Entfernung der rechten, wenig veränderten, aber druckempfindlichen Adnexe Heilung brachte.

Bei der chronisch schleichenden, kaum gefahrbringenden Appendicitis empfiehlt L., mit der Abtragung des Wurmes zurückhaltend zu sein, zumal er den Eindruck hat, daß die Operation oft bessere Erfolge zeitigt, wenn ihr eine rationelle innere Behandlung vorangegangen ist. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

9) **H. Mohr** (Bielefeld). Diagnostische Schwierigkeiten und Differentialdiagnose bei Appendicitis.

(Sammlung klin. Vorträge 479/480.)

M. bespricht sehr eingehend die diagnostischen und differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei der Appendicitis und die Ursachen der häufigen Fehldiagnosen. Er weist im einzelnen nach, warum kein einziges der sog. klassischen Symptome der Appendicitis, für sich allein genommen, für Appendicitis kennzeichnend und eindeutig ist, nur eine genaue Beobachtung der im Einzelfall in Erscheinung tretenden Veränderungen die Diagnose ermöglicht. Ebenso werden die verschiedenen Möglichkeiten, welche bei der Differentialdiagnose der Appendicitis im einzelnen in Betracht kommen, sorgfältig erwogen, wobei M. drei Hauptgruppen aufstellt: 1) Die Appendicitis wird mit Erkrankung eines anderen Organes der Leibeshöhle verwechselt oder umgekehrt. 2) Erkrankungen in den der Leibeshöhle angrenzenden Organen und Geweben (Retroperitonealraum — Bauchdecken) sowie Höhlen (Brustorgane) werden für Appendicitis gehalten, seltener auch umgekehrt. 3) Das Krankheitsbild der Appendicitis wird durch nervöse Erkrankungen vorgetäuscht (seltener umgekehrt) — Pseudoappendicitis im engeren Sinne. Die Darstellung zeigt, wie mannigfaltig die Art, wie groß die Zahl der differentialdiagnostisch in Frage kommenden Erkrankungen ist, und wie schwierig die Diagnose sein kann. Ihre sehr genaue Besprechung durch M. kann daher nur als dankenswert bezeichnet werden. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Lilienthal.** A point in the technic of appendicectomy.

(Amer. journ. of surg. 1908. April.)

Empfehlung, bei Beginn der Operation einen lang zu lassenden Faden um die Basis des Mesenteriolum zu legen, damit man den vorher hervorgeholten Blinddarm gleich versenkt, wodurch Chok usw. vermieden werden kann. Der so an der Basis fixierte Wurm kann dann leicht von Verwachsungen usw. isoliert und exstirpiert werden, ohne daß die Därme unnötig entblößt oder durch Gaze abgedeckt werden müssen. **Goebel** (Breslau).

---

11) **C. Aderholdt** und **A. Silberstein.** Hernien als Unfallfolgen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

20 ausführliche Mitteilungen aus den Akten von Berufsgenossenschaften zeigen, auf welch unsicherem Boden diese Frage der Praxis

und der Rechtsprechung sich noch bewegt. Nach der Überzeugung der Verff. sind Hernien »aus Überanstrengung« in das Gebiet der Fabel zu verweisen. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

12) **Hausmann.** Meine Methode der Palpation normaler Magenteile und ihre Ergebnisse.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

Zur Palpation empfiehlt Verf. als seine Methode, die Hand steil zu stellen, eventuell Krallenhand anzuwenden. Der normale Pylorus sei so in 18%, die große Kurvatur in 25% zu fühlen gewesen. Falls Flüssigkeit im Magen, beobachtete er ein exspiratorisches Gurren.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

13) **M. Riehl.** Die direkte Besichtigung der Magenschleimhaut. (Aus der Kgl. medizinischen Poliklinik in München (Prof- R. May.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.)

14) **Loening** und **Stieda.** Über Gastroskopie. (Aus der medizinischen und chirurgischen Klinik zu Halle a. S.)

(Ibid. Nr. 19.)

Das von R. konstruierte Gastroskop wird nach Kokainisierung des Rachens durch ein Ösophagusrohr in den Magen eingeführt, beide Instrumente sodann durch eine Gummivorrichtung rasch miteinander verbunden und durch das am oralen Ende des Ösophagusrohres angebrachte Seitenröhrchen der Magen mit Wasser angefüllt. Durch diese Methode der Wasserauffüllung wird ermöglicht, die Magenschleimhaut bis zum Pylorus abzuleuchten und ihre Färbung und Faltenbildung, selbst die Bewegung der Magenwände zu sehen. R. vermochte so auch ein Karzinom an der kleinen Kurvatur sichtbar zu machen. — L.'s und S.'s Magenspiegel hat Säbelscheidenform und ermöglicht, ein optisches Instrument durch sein Inneres in den Magen einzuführen; letzteres ist nach einem neuen Prinzip in den Zeiss'schen Werkstätten hergestellt. In dem Griff und dem äußeren Rohr liegt die Luft- bzw. Wasserleitung; das Aufblasen des Magens mit Luft hat sich den Verff. geeigneter als die Besichtigung unter Wasser erwiesen.

Weitere genauere Mitteilungen werden in beiden Arbeiten angekündigt. **Kramer** (Glogau).

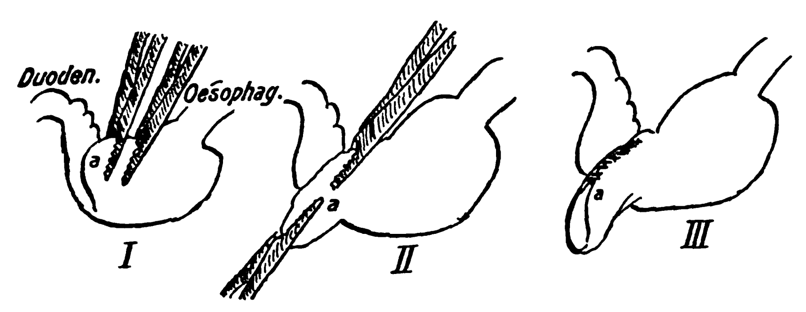
---

15) **A. N. Simin.** Eine neue Methode der Anlegung von Gastroenteroanastomose.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 11.)

S. erprobte an Hunden eine neue Methode: man bildet aus der Vorderwand des Magens näher zum Pylorus eine schräge Falte, legt zwei Darmklemmen an (Fig. 1), durchschneidet dazwischen die Falte

und schiebt die Klemmen auseinander (Fig. II). Die Wunde wird oben vernäht bis zum Ende des so gebildeten Zipfels und letzterer



mit dem Darm vereinigt (Fig. III). Dank dieser Methode wird die Bildung des Circulus vitiosus vermieden.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

---

16) **Moynihan.** The direction of the jejunum in the operation of gastro-enterostomy.

(Annals of surgery 1908. April.)

M. erörtert die Frage, in welcher Richtung bei der hinteren Gastroenterostomie das Jejunum an den Magen genäht werden soll, indem er dabei annimmt, daß die hintere Gastroenterostomie mit Anbringen der Anastomosenöffnung in möglichster Nähe der duodenojejunalen Flexur als die beste Methode zu gelten hat. Was nun die Linie anbetrifft, in welcher die Vereinigung zwischen Magen und Darm stattfinden soll, so hat Verf. eine Zeitlang nach der von Mayo angegebenen Weise das Jejunum in einer nach abwärts und links verlaufenden Linie mit dem Magen vereinigt. Er bekam hiernach des öfteren den üblen Circulus vitiosus und entdeckte gelegentlich einiger Obduktionen, daß sich nach Anwendung dieser Methode das Jejunum um seine Längsachse gedreht hatte. Seit jener Zeit näht er nun das Jejunum in rein vertikaler Linie an den Magen an und hat seit jener Zeit keine üblen Folgen nach der Operation eintreten sehen. Er meint, daß die Lage des Jejunum nach dem Abgange vom Duodenum eine wechselnde je nach der Lage des Körpers sei, daß sie bald nach links, bald mehr nach rechts liege und sich daraus die Vorteile des vertikalen Annähens erklären lassen. Im übrigen meint er, man soll sich nicht zu fest an eine Richtungslinie binden; das Jejunum soll so nahe als möglich der Duodenalflexur und in einer Linie angenäht werden, welche eine möglichst direkte Annäherung an den Magen ohne Drehung um die Längsachse erlaubt.

Herhold (Brandenburg).

---

17) **Bogoljuboff.** Über Unterbindung des Darmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Nr. 4.)

Die Darmausschaltung durch eine Enteroanastomose hat den Nachteil, daß in der ausgeschalteten Partie trotzdem Kotansammlungen stattfinden können. Man hat deswegen verschiedene Methoden ersonnen, um den ausgeschalteten Darm künstlich zu verengern und dadurch dem Darminhalt die gewünschte Richtung zu geben. Aber alle Verfahren, Darmunterbindung, Ecrasement usw. erreichten das erstrebte Ziel nicht. Die Frage der künstlichen Strikturbildung im ausgeschalteten Darmstück ist deswegen bisher ungelöst geblieben. Verf. erreichte aber ein günstiges Resultat durch ein mehr biologisches Verfahren, indem er im Tierexperiment einen Streifen aus der Aponeurose des Musc. rectus ausschnitt und mit diesem den Darm oberhalb der Anastomose abschnürte, nachdem er das Mesenterium durchlöchert hatte. Ein Catgutfaden wurde noch über dem Aponeurosestreifen angelegt, und außerdem wurde die Unterbindungsstelle mit Lembertnähten, welche an die Darmwände oberhalb der Abschnürungsstelle angelegt waren, umnäht. Im Gegensatz zu Seidenfäden, die beim Hunde bekanntermaßen durchschneiden, zeigte der Aponeurosestreifen nie eine Neigung hierzu; auch wurde die Schleimhaut an der Abschnürungsstelle nicht nekrotisch. Die Lichtung des Darmes blieb dauernd verengt. Das autoplastische Verfahren scheint also zu erreichen, was mit dem Fremdkörper bisher nicht gelang.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

18) **G. F. Shiels.** An original observation as to the nature of colic; and remarks concerning its diagnostic value.

(Amer. journ. of surg. 1908. April.)

In einer Umfrage über die Definition des Begriffes Kolik bei amerikanischen Chirurgen vermißt Verf. stets die Angabe, daß Kolik ohne Gegenwart von Bauchfell nicht auftreten kann. Er definiert den Kolikschmerz als eine charakteristische, akute, spastische peritoneale Schmerzwelle (Wave), meistens, doch nicht immer, begleitet von den Anstrengungen eines Eingeweidehohlorgans mit glatten Muskelfasern, sich von einem irritierenden Inhalt oder einer Verstopfung (Obstruktion) zu befreien. Diese Hohlorgane sind stets bedeckt mit oder in naher Beziehung zum Peritoneum. Verf. wendet sich dann gegen die bekannten Lennander'schen Ansichten von der Schmerzlosigkeit des viszeralen, vom Vagus oder Sympathicus mit Nervenfasern versehenen Bauchfells. Er glaubt, daß bei Lennander's Experimenten stets das Kokain, mit dem die Bauchwand anästhesiert war, als »Inhibitory agent« auftrat. Einen Beweis, bzw. einen Gegenbeweis gegen Lennander bringt S. aber in keiner Hinsicht. Er stellt einfach Behauptungen auf. Und wenn er meint, daß die Koliken, die in einem seiner Fälle durch eine zurückgelassene, ganz in das große Netz eingeschlagene Gazekompresse hervorgerufen wurden, nicht nach Lennander erklärt werden könnten, da die Kompresse weder

andere Eingeweide noch Parietalperitoneum berührte, so irrt er sich, da sehr wohl Zugwirkung am Mesokolon, event. entzündliche Veränderungen am seitlichen Bauchfell usw. die Ursache sein konnten.

Goebel (Breslau).

---

19) **Mauclaire et Jacoulet.** L'infarctus hémorragique de l'intestin par oblitération veineuse ou artérielle.

(Arch. génér. de Chirurgie Bd. II. Nr. 3 und 4.)

Verff. bringen eine ausführliche Darstellung des Intestinalinfarktes, der durch arterielle oder venöse oder arterielle und venöse Thrombose entstehen kann. Ätiologisch kommt für den arteriellen Infarkt Embolie vom Herzen oder der Aorta in Betracht; bei venösem Infarkt müssen Störungen im Bereich der Pfortader, allgemein septische Erkrankungen, sowie entzündliche oder neoplastische Veränderungen an Darm und Gekröse berücksichtigt werden. Die klinischen Erscheinungen lassen deutlich zwei Phasen erkennen, indem zunächst heftige Schmerzen, blutiges Erbrechen, Darmblutungen oder profuse Diarrhöen auftreten. Später kommt es zum paralytischen Ileus und seinen Folgeerscheinungen. Therapeutisch kommt die Resektion des infarcierten Darmabschnittes in Frage, da diese Operation allein die sehr schlechte Prognose bessern kann, und spontane Heilung nur ganz ausnahmsweise eintritt.

Eine Übersicht über 56 Fälle und ausführliche Literaturangaben beschließen die Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

---

20) **J. R. Pennington** (Chicago). The sigmoidal factor in pelvic diseases.

(New York med. journ. 1908. Mai 23.)

Periodische Füllung und Entleerung, d. h. normale Funktion der Flexura sigmoidea, ist äußerst wichtig für Uterus und Adnexe, und Störungen dieser Funktion, wie sie durch Verwachsungen infolge von Sigmoiditis und Perisigmoiditis nicht selten sind (B. Robinson fand Verwachsungen der Flexur in 80% bei Männern und in 85% bei Frauen), können zu dauernden Lageveränderungen des Uterus mit all ihren bekannten Folgeerscheinungen führen. In vielen Fällen konnte P. nur solche Symptome nachweisen, die sich direkt auf die Geschlechtsorgane bezogen, und stellte Veränderungen an der Flexur erst durch sorgfältige klinische und insbesondere romanoskopische Untersuchung fest. Er rät infolgedessen, alle Fälle von Lageveränderungen des Uterus und unklaren Erscheinungen seitens der Beckenorgane auf Erkrankungen der Flexur zu untersuchen und eventuell zu behandeln.

Wenn allgemein roborierende und Stuhlgang regelnde Maßnahmen, Massage usw. nicht zum Ziel führen, so soll man nicht zulange zögern und operativ die Verwachsungen in Angriff nehmen. P. geht

in schweren Fällen so weit, die Flexura sigmoidea zu resezieren oder wenigstens eine Anastomose zwischen ihren Schenkeln anzulegen.

H. Bucholz (Boston).

---

21) J. Schreiber. Der Wert der Rekto-Romanoskopie für die Erkennung und Behandlung der tiefsitzenden Darmerkrankungen.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.)

Verf. gibt uns in der obengenannten Arbeit einen Überblick über den Wert und die Leistungsfähigkeit der von ihm besonders gepflegten und vervollkommneten Rekto-Romanoskopie. An der Hand von einzelnen Krankengeschichten erläutert er, wie die direkte Betrachtung der erkrankten Stellen uns Auskunft gibt über Art und Sitz der Erkrankung, wie diese Untersuchungsmethode uns instand setzt, unsere Tastungsbefunde zu ergänzen, zu bestätigen und zu modifizieren. Karzinom, Polypen und einzelne Partien der Darmschleimhaut können wir uns einstellen und unsere Befunde durch mikroskopische Untersuchung vertiefen. Auch für die Therapie leistet die Rekto-Romanoskopie mancherlei. Wir können die erkrankte Schleimhautpartie unserer Therapie direkt zugänglich machen, können Polypen, die die Lichtung einengen, durch das Endoskop operativ entfernen, ein Verfahren, mit dem man um so eher auskommen kann, als es sich bei den gestielten Polypen meistens um gutartige Geschwülste handelt. Zur Technik der Rekto-Romanoskopie gibt S. aus seiner reichen Erfahrung wertvolle Winke. Er hat ein Rektoskop konstruiert, das verhältnismäßig einfach in der Handhabung ist und vollständig ausreicht; es wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen-Berlin, hergestellt und in den Handel gebracht. Der äußerst instruktiven Arbeit sind ausgezeichnete farbige Bilder von einigen besonders wichtigen Erkrankungen beigegeben.

L. Simon (Mannheim).

---

22) J. Berg. Über den Wert der »kombinierten Methode« bei der Behandlung des Mastdarmkrebses.

(Nord. med. arch. 1907. Abt. I. Hft. 3 u. 4)

(Vortrag in der VII. Versammlung des Nord. chirurg. Vereins. 1907. August.)

Verf. erstattet zunächst einen summarischen Bericht über seine seit 1890 operierten Fälle von Mastdarmkrebs. In sechs Fällen ist Kolostomie wegen Rezidivs gemacht worden. 108 Fälle sind radikal operiert worden mit 12,9% Mortalität. Kolostomie ist in 48 Fällen gemacht worden mit 14,6%, Amputation oder Resektion ohne Hilfsschnitt mit 5,3%, sowie Amputation oder Resektion mit Sakralschnitt mit 9%, kombinierte Operation in 12 Fällen mit 50% Mortalität. Verf. bemerkt unter anderem folgendes: Die kombinierte Methode verdient eine häufigere Anwendung als die einer »Notoperation«; denn sie gewährt bei der Operation gewisser Fälle von hochsitzendem Mast-

darmkrebs bestimmte Vorteile vor den reinen, perinealen und sakralen Methoden. Diese Vorteile sind:

a. Mit Laparotomie beginnend, gibt sie uns in der Regel sogleich Gewißheit über die Operabilität des Falles.

b. In Fällen, wo die Karzinominfiltration im Beckenboden liegt, ermöglicht sie die Trennung des Bauchfells in der Fossa Douglasi unter Kontrolle des Auges und eine Dissektion von oben nach unten mit der Möglichkeit, die umliegenden Organe zu schützen.

c. Sie ermöglicht unter guter Kontrolle die Aufsuchung und Entfernung hoch oben im Mesosigmoideum gelegener Infiltrationen und kranker Drüsen, und

d. sie setzt uns in den Stand, unter Kontrolle des Auges im ersten Stadium der Operation die großen Arterienstämme aufzusuchen und zu unterbinden und gewährleistet demnach eine relativ blutfreie Operation.

Die große Mortalität, welche die kombinierte Methode bisher aufzuweisen gehabt hat, wie andererseits die guten direkten und indirekten Resultate, die die einfachen, interglutealen Methoden in Tausenden von Fällen aufzuweisen gegeben haben, gestatten uns nur unter besonderen Gründen in einzelnen Fällen dieselben aufzugeben, um eine langwierigere und eingreifendere Operation *mit zwei* Operationsfeldern auszuführen.

Bei der Wahl unter den verschiedenen Verfahren, nach denen die kombinierte Methode durchgeführt worden ist, gilt es vor allem, nicht schablonenmäßig, sondern mit gewissenhafter Individualisierung, je nach der Eigenart des Falles zuwege zu gehen — Abdominosakral oder rein abdominal wird die Operation selbstredend in allen den Fällen, wo die Operabilität von Anfang an zweifelhaft ist, oder wo die kombinierte Methode auf Grund der hohen Lage der Geschwulst gewählt wird. Andererseits ist es klar: solange die sakrale Methode als Hauptmethode für Mastdarmkrebs in der Höhe des Beckenbodens und darüber angesehen werden muß, solange werden wir auch in einigen Fällen den sakroabdominalen Weg gehen. Es gilt in solchen Fällen, wo man vor oder nach Eröffnung des Peritoneums bei Ablösung des Colon pelvin. und der Flexur auf unvorhergesehene Hindernisse stößt, ohne Zögern das untere Operationsfeld aufzugeben und zur Laparotomie überzugehen, um entweder von dort aus die Operation zu vollenden oder auch, wenn bei der Laparotomie der Fall sich als inoperabel herausstellt, bevor schwererer Schaden entstanden ist, das Ganze mit einer Kolostomie abzuschließen.

Dem Vorbilde Quénu's mit Anlegung terminaler Kolostomie zu folgen, halte ich für unberechtigt in Fällen, wo das Darmende gut ernährt ist und ohne Spannung entweder in den belassenen Sphinkter (Amputation) oder zu dem unteren Teile des Mastdarmes (Resektion) herabgezogen werden kann. Ist man wiederum über dies oder jenes im unklaren, so muß der Vorteil eines normal funktionierenden Afters

ohne Bedenken geopfert werden. Die Pat. müssen daher stets auf die Eventualität eines permanenten Kunstafters vorbereitet werden.

Einar Key (Stockholm).

---

23) **H. Ladenburger.** Die Talma'sche Operation.

(**Würzburger Abhandlungen Bd. VIII. Hft. 7.**)

Nachdem L. in der vorliegenden Arbeit einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Talma'schen Operation gegeben hat, bespricht er zunächst die anatomischen Verhältnisse, vor allem die Anastomosen der Pfortader mit der oberen und unteren Hohlvene. Indiziert ist die Eröffnung neuer Seitenbahnen für das gestaute Blut der Pfortader bei Ascites und Blutungen, die infolge von Pfortaderstauungen eintreten. Die Stauungen in der Pfortader können einmal Folgen sein von Stenosierung und Thrombosierung des Stammes der Vena portae durch entzündliche Verwachsungen und Geschwülste, dann aber, und diese Fälle sind wohl die meisten, durch cirrhotische Prozesse in der Leber. L. kommt zu dem Schlusse, daß die Talma'sche Operation indiziert ist bei Verengerungen des Pfortaderstammes und bei Erkrankungen der Pfortaderverzweigung in der Leber; dazu gehören: die Lebercirrhose, und zwar die atrophische und hypertrophische Form mit Ikterus und Mischformen, dann die Cirrhose cardiaque, wenn auch hier der Erfolg sehr zweifelhaft ist, dann die Zuckergußleber und Pick'sche perikarditische Pseudolebercirrhose; doch komme bei diesen letzten Erkrankungen zunächst die Kardiolyse in Betracht, die Talma'sche Operation in zweiter Linie.

Bei dem dritten Stadium der Banti'schen Krankheit empfiehlt L., die Milzexstirpation mit der Omentopexie zu verbinden. Verf. betont jedoch ausdrücklich, daß durch die Talma'sche Operation nur die Blutungen verhindert, der Ascites beseitigt wird, daß ein heilender Einfluß auf den Krankheitspsozeß nicht ausgeübt wird.

In dem zweiten Teil der ausführlichen Arbeit bespricht L. die verschiedenen Methoden der Talma'schen Operation. Von den ausgiebigen Tamponaden und Drainagen der Bauchhöhle, wie sie vor allem von Ito, Omi, Drummond und Morison angegeben sind, um ausgedehntere Verwachsungen zu erzielen, hat man bei uns wenig Gebrauch gemacht. Im allgemeinen werden in Deutschland die extra- und intraperitonealen Methoden der Omentopexie ausgeführt. Bei der intraperitonealen Methode, die L. besonders empfiehlt, wird der Bauch in der Mittellinie durch einen kleinen Schnitt eröffnet, das Netz durch einige Knopfnähte in den Bauchfellschlitz eingenäht und die Bauchdecken durch Etagennähte vereinigt. Bei der extraperitonealen Methode, die von Narath empfohlen wird, wird das Netz in einer subkutanen Tasche befestigt, nachdem das Bauchfell wieder so weit geschlossen ist, daß der Netzzipfel ohne Kompression durchtreten kann. In bezug auf die Vaskularisation seien beide Methoden gleich gut, die intraperitoneale habe den Vorteil, daß man meistens einen Bauchbruch vermeiden kann, was bei der extraperitonealen nicht

möglich sei. Wenn L. jedoch sagt, die intraperitoneale Methode sei auch deshalb zu bevorzugen, weil man sie in Lokalanästhesie ausführen könne, während man bei der extraperitonealen unbedingt Allgemeinnarkose brauche, so kann ich dem nicht beistimmen; denn wir haben hier zweimal die extraperitoneale Methode in Schleich'scher Lokalanästhesie ausgeführt, ohne daß die Pat. allzuviel über Schmerzen geklagt hätten.

L. stellt dann noch die Statistiken der Talma'schen Operation von Öttinger, Bunge, Montprofit und Wite zusammen; die Erfolge schwanken sehr, im allgemeinen geben Verff. 30—50% Heilungen an. Zum Schlusse gibt L. die Krankengeschichten von fünf eigenen Fällen, bei denen er die intraperitoneale Methode anwandte. Ein länger dauernder Erfolg konnte nur in einem Fall erzielt werden; die übrigen vier Pat. gingen bald nach der Operation an interkurrierenden Erkrankungen, die mit der Operation nichts zu tun hatten, zugrunde.

Ein Literaturverzeichnis von 40 Nummern und eine dankenswerte Fortführung der Bunge'schen Kasuistik vervollständigen die lesenswerte Arbeit.

L. Simon (Mannheim).

---

24) **Mayo.** Pancreatitis resulting from gallstone disease.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. April 11.)

Unter 2200 von ihm und seinem Bruder ausgeführten Operationen an den Gallenwegen fanden sie 141mal Erkrankung des Pankreas (6,1%). Da sie im ganzen 168 Fälle von Pankreaserkrankungen überhaupt in dieser Zeit zu behandeln hatten, sind 81% der Fälle durch Gallensteine veranlaßt. M. geht auf die anatomischen, funktionellen und entwicklungsgeschichtlichen Zusammenhänge zwischen Gallenwegen und Pankreas ein und bespricht dann die akuten Entzündungen unter besonderer Berücksichtigung der Fettnekrose. Die chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse ist außerordentlich häufig bei Erkrankung der Gallenwege; hauptsächlich das »Infektionsdreieck« am Pankreas ist betroffen. Von den beiden Formen, der interlobulären und interacinären, findet sich die erstere, ungefährlichere, öfters. Eine besondere Wichtigkeit für Umbildung und Verbrennung der Kohlehydrate schreibt M. den »Langerhans'schen Inseln« zu. Die Diagnose gründet sich neben dem Allgemeinbefinden, das bei der chronischen Form weit hinfälliger ist als bei einfacher Gallenwegaffektion, auf den lokalen Befund, der bei mageren Kranken oft eine Geschwulstbildung nachweist. Die Untersuchung der Stühle sollte nie versäumt werden. Therapeutisch soll man bei Operation von Gallensteinen stets aufs sorgfältigste die Gallenwege von Konkrementen frei machen und namentlich den Gallengang sondieren und erweitern.

Trapp (Bückeburg).

Kleinere Mitteilungen.

Aus dem Augusta-Hospital in Breslau. Dirigierender Arzt: Privatdozent Dr. Goebel.

Zur Antifermentbehandlung nach Eduard Müller.

Von

Carl Goebel.

Die Publikation von Peiser (dieses Zentralblatt Nr. 26) veranlaßt mich, einen Fall von metastatischer Gelenkentzündung bei Osteomyelitis hierkurz zu erwähnen, der durch die Antifermentbehandlung (Punktion und Injektion) günstig beeinflußt ist.

Herr Kollege Müller hat mir eine Anzahl zugeschmolzener Fläschchen mit seinem Antiferment (Ascites Dr. Müller, mit Chloroform konserviert; von E. Merck-Darmstadt) zur Verfügung gestellt, mittels dessen ich einige Fälle mit gutem Erfolge behandelt habe. Ich erwähne hier nur eine günstige Beeinflussung einer Sekundärinfektion bei tuberkulösem Lymphdrüsengeschwür des Halses.

Es lag nun nahe, das Antiferment auch durch Punktion einem Eiterherd einzuverleiben, wie das Peiser nach der erwähnten Publikation ja getan hat. Ich habe diese Injektion bei einem metastatischen Ellbogengelenkserguß mit ausgezeichnetem Erfolg gemacht.

O. W., 13jähriges Mädchen, wird dem Hospital am 22. Mai cr. in äußerst desolatem Zustande (anämisch, Gesicht wachsbleich, gedunsen, so daß man an Amyloid denken mußte) mit mehreren, stinkendes Sekret liefernden Fisteln der linken Hüftgelenksgegend und einer Verkürzung des Beines um etwa 10 cm überwiesen. Es handelte sich um eine seit Oktober 1907 datierende Osteomyelitis mit Durchbruch ins Hüftgelenk, Sequestration des Femurkopfes usw.

Am rechten Ellbogengelenk bestand exzessive Schmerzhaftigkeit, Schwellung, Fluktuation neben dem Olecranon, mäßige Extensionsbeschränkung (Fixierung in der Bonnet'schen Stellung). Es wurde sofort Bier'sche Stauung angewandt, ohne daß eine Wirkung eintrat. Am 4. Juni machte ich Sequestrotomie am Oberschenkel, punktierte gleichzeitig das Ellbogengelenk, wobei wenig trübes Serum aspiriert wurde, und injizierte eine Flasche des Antiferments. Am folgenden Tage war mit einem Schlage absolute Schmerzlosigkeit des Gelenkes vorhanden. Dieselbe hielt bis heute (3. Juli) an, die Schwellung (deutliches Fluktuationsgefühl neben dem Olecranon) verschwand vollkommen, und die Beweglichkeit wurde wieder derart, daß jetzt nur eine geringe Flexionsbehinderung (ungefähr 10°) gegenüber der rechten Seite besteht. Fieber war bei der Aufnahme bis zu 38,4° vorhanden, fiel dann ab, trat aber nach der Sequestrotomie in geringem Maße (37,7—37,1°) wieder auf.

Daß es sich im Gelenk sicher um eine Metastase handelte, beweist das Bestehen einer zweiten Metastase auf der linken Schulterhöhe (Acromion?). Wenn der Fall auch nicht eine schwere Metastase im Gelenk darstellte, so ermuntert die prompte Reaktion auf die Injektion des Müller'schen Mittels doch zu weiteren Versuchen.

---

25) **Schulz.** Eine operative Behandlung der Fettleibigkeit.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 5.)

Nach dem Vorgange von Demars und Marx exstirpierte S. bei zwei Frauen eine mächtige fetthaltige Bauchfalte, die bis auf den Oberschenkel herabreichte; das Gewicht derselben betrug in dem einen Falle 2,75 kg, in dem anderen 4,56 kg. Es empfiehlt sich, nach Anlegen des querelliptischen großen Hautschnittes und Vertiefung desselben durch das Fettpolster bis auf die Bauchaponeurose das Fett

von der Aponeurose einfach abzureißen, da beim Abschneiden Fett auf der Aponeurose sitzen bleiben würde, das durch späteres Schmelzen den Wundverlauf kompliziert. **Haeckel** (Stettin).

26) **Fuld.** Eine Methode zur Desinfektion von Magenschläuchen in der täglichen Praxis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 20.)

Das Ergebnis der vom Verf. angestellten Versuche ist die Tatsache, daß die Erwärmung der Magenschläuche in 50%igem Glyzerin auf ca. 70° während je 20 Minuten genügt zur sicheren Abtötung der pathogenen Keime. Das Verfahren ist bequem und greift die Schläuche nicht unnütz an. Dieselben können in der bezeichneten Lösung aufbewahrt werden, ohne vor dem Gebrauch einer Abspülung zu bedürfen. Die Firma F. & M. Lautenschläger hat einen Sterilisator für Magenschläuche hergestellt. Der kleine Apparat wird, mit 50%igem Glyzerin gefüllt, in den gewöhnlichen Sterilisator gehängt. **Langemak** (Erfurt).

27) **Neuhaus** Fremdkörper im Magen und in der Speiseröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

Unter den vier Fällen, die N. publiziert, betreffen zwei Fremdkörper, die aus der Speiseröhre, und zwei solche, die aus dem Magen extrahiert werden mußten. Besonders die aus der Speiseröhre entfernten beanspruchen ein größeres Interesse, da bei dem einen Falle die Extraktion nur durch ein kombiniertes Verfahren, Eröffnung des Magens und der Speiseröhre, zum Ziele führte, und bei dem anderen Pat. durch eine sekundäre Blutung aus der Carotis und operative Verletzung des Ductus thoracicus seltenere Komplikationen entstanden. Verf. warnt davor, spitze Fremdkörper aus der Speiseröhre in den Magen stoßen zu wollen, wie dies in dem einen Falle vergeblich mit der Schlundsonde versucht worden war. Der Sondierung ist als souveränes Mittel die schräge Röntgendurchleuchtung und -Photographie vorzuziehen. Auch die Ösophagoskopie hat nach den Literaturausweisen nicht immer Erfolg gebracht, und sie ist bei Entzündung der Speiseröhre ganz zu vermeiden. Um Speiseröhrenfisteln nach der Naht zu verhindern, ist es am besten, in den ersten Tagen nicht zu sondieren, auch keine Dauersonde einzulegen, sondern vorerst rektal zu vernähen. Am ratsamsten ist es, prinzipiell bei solchen Fällen eine Gastrostomie anzulegen. Man vermeidet so alles, was eine Entzündung im Ösophagus begünstigen kann. Nur wenn die Extraktion ohne Schädigungen gelungen ist, mag man ohne Magenfistel auszukommen suchen. Die bei dem einen seiner Pat. am 13. Tage nach der Operation entstandene Carotisblutung glaubt N. durch eine Drucknekrose erklären zu müssen, die durch Anwendung des stumpfen Hakens bei der Operation entstanden sein mag. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

28) **Littig.** Intestinal perforation by abdominal contusion; operation; recovery.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 7.)

Klassischer Fall von stumpfer Bauchverletzung.

Ein Mann in mittlerem Lebensalter bekommt einen Hufschlag links oberhalb des Nabels; alsbald Erbrechen und überaus heftige Leibschmerzen. Die behandelnden Ärzte stellten die Diagnose auf Darmperforation und zogen L. zu, der 9 Stunden nach dem Anfall eintraf.

In dieser Zeit bestand auch eine harte Kontraktur der Bauchmuskulatur linkerseits. Laparotomie, Perforation an der Grenze von Jejunum und Ileum, die einen Finger in die Darmlichtung einzuführen gestatten würde; die Öffnung ist durch vorgefallene Schleimhaut fest verschlossen. Übernähung der gerade gegenüber dem Mesenterialansatz gelegenen Wunde; Bauchnaht; Drainage.

Heilung, obwohl bereits umschriebene fibrinös-eitrige Peritonitis bestanden hatte. **W. v. Brunn** (Rostock).

29) W. Braun. Über penetrierende Verletzungen des Magen-Darmtraktus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 2.)

Sieben Fälle, von denen sechs durch sofortige Operation geheilt werden konnten.

1) Pfählungsverletzung des Mastdarmes. Laparotomie. Übernähung der Perforationsstelle. Heilung.

2) Bauchstich; Dünndarmschlinge vorgefallen; acht Wunden im Dünndarm. Übernähung, Spülung. Heilung.

3) Bauchstich; Netzvorfall, keine Darmverletzung. Heilung.

4) Schußverletzung (9 mm-Jagdgewehr); Dünndarm achtmal durchlöchert. Heilung durch Bauchdeckenphlegmone verzögert.

5) Teschingschuß; zwei Löcher im Colon transversum. Heilung.

6) Schuß aus Browningpistole in die rechte Nierengegend; zwei Löcher im Magen, vier im Duodenum, Durchschuß der Leber. Übernähung der Darm- und Magenwunden mit Netztransplantation, Exstirpation der rechten Niere, Tamponade der Leberwunden. Heilung.

7) Einschuß unter der Herzspitze (Browningpistole); Kugel im 1. Lendenwirbel: Lähmung des linken Beines, Hämatothorax, Loch im Diaphragma, zwei Löcher im Magen. Tod.

Die Verletzten kamen alle $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden nach dem Trauma zur Aufnahme. Verf. steht auf dem wohl jetzt allgemein anerkannten Standpunkte, daß Bauchschüsse und andere penetrierende Bauchverletzungen im Frieden unter günstigen Bedingungen prinzipiell operative Behandlung verlangen. Bei der Indikationsstellung darf man keinen Unterschied zwischen leichten und schweren Initialsymptomen, bekannter oder unbekannter Stich- oder Schußrichtung machen.

Die Prognose hängt von der Frühzeitigkeit des Eingriffes ab.

Langemak (Erfurt).

30) Heppe. Die Appendicitis im Kanton Aargau, besonders ihr endemisches Auftreten und epidemisches Aufflackern. 20 S.

Aarau, H. R. Sauerländer & Co., 1907.

H. hat sich im Auftrage Bircher's der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die in den Jahren 1888—1905 in der kantonalen Krankenanstalt, sowie die in den Jahren 1902—1905 von sämtlichen Ärzten des Kantons beobachteten Appendicitisfälle hinsichtlich der Ätiologie, sowie gehäuften und periodischen Vorkommens zu durchforschen. Die Ergebnisse decken sich bezüglich der dauernd zunehmenden Zahl, die Verf. auf bessere Diagnosenstellung zurückführt, der Bevorzugung des männlichen Geschlechtes und des 10.—30. Lebensjahres mit den Erfahrungen anderer Autoren. Mehrfach konnte ein gehäuftes Auftreten in einzelnen Familien, besonders unter Geschwistern, beobachtet werden, ein Beweis für eine hier und da vorkommende familiäre Anlage. Verwertbare Anhaltspunkte für einen Zusammenhang der Appendicitis mit Anginen oder Influenza ergaben sich aus dem Material nicht. Dagegen war sehr ausgesprochen das gehäufte Auftreten der Erkrankung in den Sommer- und Wintermonaten im Verhältnis zum Frühjahr und Herbst, eine Beobachtung, die wir auch bei Stricker und Schroth finden, für die vielleicht gehäufte Anginen im Winter und zahlreichere Darmkatarrhe im Sommer als Erklärung dienen könnten — was aber aus dem vorliegenden Material nicht hervorgeht. Sehr interessant ist das endemische Auftreten der Appendicitis in einzelnen Orten, für welches Verf. gar keine Erklärung gefunden hat, das aber so eklatant ist, daß man von Appendicitisherden sprechen kann; während 42,5% sämtlicher Gemeinden fast ganz frei bleiben, finden sich in 32,5% der Gemeinden 1—5‰ aller Erkrankungsfälle, und in 2,5% der Gemeinden, den Appendicitisherden, steigt die Zahl der Erkrankungen auf 32,5‰! Auf einer beigefügten Karte hat Verf. diese eigentümlichen Zahlenverhältnisse sehr übersichtlich zur Anschauung gebracht.

Vorderbrügge (Danzig).

31) **F. Bauer.** Om den akute appendiciten från praktisk synpunkt.

(Allm. svenska läkarmötets förhandl. Sundsvall 1907.)

Verf. gibt eine Übersicht über Vorkommen, Diagnostik und Behandlung der Appendicitis unter praktischem Gesichtspunkt an der Hand von 900 Fällen aus dem Krankenhaus in Malmö, behandelt von Dezember 1896 bis Juli 1907. Vor 1904 betrug die Mortalität 9%, seit 1904 3,9%. 369 Fälle von akuter Appendicitis ohne hochgradige Peritonitis ergaben 0% Mortalität, 11 akute Appendiciten ohne hochgradige Peritonitis mit besonders hervortretenden septischen Symptomen 27%, 155 akute Appendiciten mit begrenzter Peritonitis 4%, 189 akute Appendiciten mit nicht begrenzter Peritonitis 22% Mortalität. 176 Fälle von chronischen Appendiciten wurden à froid operiert und gaben 2 Todesfälle. Von den akuten Appendiciten mit nicht begrenzter Peritonitis wurden 92 Fälle während der ersten 36 Stunden nach der Erkrankung mit 6,5% Mortalität und 96 Fälle später mit 37% Mortalität operiert. — Verf. betont, daß die Behandlung von Appendiciten von der Tatsache beherrscht wird, daß es nicht möglich ist, mit voller Sicherheit in jedem einzelnen Falle nach den klinischen Symptomen die pathologisch-anatomischen Veränderungen im und um den Wurm zu beurteilen. Verf. ist ein Anhänger der Frühoperation. Auch bei begrenzter Peritonitis muß der Wurm gleichzeitig mit der Entleerung des Abszesses entfernt werden.

Einar Key (Stockholm).

32) **Massoulard.** Tuberculose des ganglions iléo-cæcaux. Ablation de ces ganglions et appendicectomie. Intégrité de l'appendice. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. *p. 507 ff.*)

Es waren anscheinend typische akute Appendicitisanfälle, und zwar der erste 1½ Jahre vor der Operation vorhergegangen. Der Wurm fand sich bei der Operation völlig gesund, was die genaue mikroskopische Untersuchung bestätigte. Dagegen bestand im Ileocoecalwinkel ein Drüsenpaket unter chronisch entzündlichem Bauchfell von deutlich tuberkulösem Bau. — In der ausgiebigen Diskussion, die hier nicht referiert werden kann, wird eine Anzahl gleichartiger bzw. ähnlicher Fälle angeführt. Es wird darauf hingewiesen, daß eine akute Steigerung der chronischen genuinen Lymphadenitis, die ihren Ausgangspunkt durchaus nicht immer im Wurme zu haben braucht, durch peritoneale Reizung sehr wohl einen typischen Appendicitisanfall vortäuschen kann. **Kaehler** (Duisburg-M.).

33) **E. Grossmann.** Über die operative Behandlung der Hernien im Kindesalter. (Aus Dr. Christ's Kinderhospital in Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 19.)

Wenn die konservative Behandlung eines Nabel- oder Leistenbruches im Kindesalter keinen sichtbaren Erfolg hat, oder wenn die Kinder unter ihrem Zustande — durch Auftreten von Ekzemen, Verwachsungen des Bruchinhaltes mit dem Bruchsacke, von Verdauungsstörungen — leiden, soll nach G.'s auf reichlichen Erfahrungen fußendem Urteil die Radikaloperation des Bruches vorgenommen werden, die als relativ ungefährlich anzusehen ist. Meist genügt die einfache Unterbindung und Versenkung des Bruchsackes mit nachfolgender Kanalnaht; nur bei großen Brüchen und starkem Klaffen der Muskulatur ist die Bassini'sche Methode nötig. Unter den 111 Bruchoperationen des obengenannten Hospitals befanden sich 190 wegen Leisten-, 21 wegen Nabelbrüchen; von ersteren waren 11 doppelseitig. 28 Kinder standen innerhalb des 1. Lebensjahres, davon 10 im Alter von 3 Monaten (35% Säuglinge). In 4 Fällen handelte es sich gleichzeitig um Einklemmung. 10mal lag der Wurmfortsatz im Bruchsacke, zuweilen mit ihm verwachsen. — In allen Fällen ist glatte Heilung eingetreten, niemals eine Wundstörung, geschweige denn ein Todesfall erfolgt. Bei der Nachbehandlung wurde mit großem Nutzen in bezug auf Trockenbleiben des Wundverbandes ein Urinfänger benutzt, der nach G.'s Angaben konstruiert ist. — Über die Spätresultate der 111 Radikaloperationen wird nichts gesagt. **Kramer** (Glogau).

34) **E. M. Corner.** The treatment of gangrene in strangulated hernia at St. Thomas Hospital.

(Lancet 1908. Juni 13.)

Die Mortalität der komplizierten eingeklemmten Brüche betrug: bei Leistenbrüchen 37%, bei Schenkelbrüchen 66%, bei Nabel- und Bauchbrüchen 80%.

Von 216 eingeklemmten Leistenbrüchen bestand bei 8 Gangrän = 3,6%, bei 133 eingeklemmten Schenkelbrüchen fand sich Gangrän in 12 Fällen = 9% und bei 46 Nabel- und Bauchbrüchen in 10 Fällen = 21,7%.

Was die Operationsverfahren angeht, so ergab möglichst frühzeitige und ausgiebige Resektion mit nachfolgender End-zu-End-Vereinigung die besten Resultate.

Resektion mit nachfolgendem Kunstafter ergab 90% Mortalität.

Die Invagination brandiger oder brandverdächtiger Stellen (zwei Fälle) ergab gute Resultate, doch will Verf. diese Methode nur für leichte Fälle aufbewahrt wissen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

35) **Krumm.** Über die Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes.

(Ärztl. Mitteilungen aus und für Baden 1908. Nr. 7.)

Wenn ein Wurmfortsatz in einen Bruchsack hineingerät, so kann er Anlaß zu verschiedenen Erkrankungen geben; er kann sich entzünden und eine Appendicitis mit all ihren Komplikationen im Bruchsacke zur Folge haben, oder er kann eingeklemmt werden und auf diese Weise der Gangrän anheimfallen. Beide Erkrankungsarten sind beobachtet worden, Verf. glaubt, daß die Einklemmung die häufigere ist; er unterscheidet dabei die Fälle, bei denen neben dem Wurmfortsatz noch Darmschlingen oder Netz im Bruchsacke liegen, von denen, in welchen der isolierte Wurm den einzigen Bruchinhalt bildet. Ein Fall der ersten Gruppe wird kurz mitgeteilt: Hier hatte der Wurm den mit eingeklemmten Darm geschützt, war aber selbst der Gangrän verfallen. Interessanter sind die beiden von K. operierten Fälle reiner Wurmfortsatzeinklemmung, Schenkelbrüche bei älteren Frauen. Bei der einen Pat. war der Bruch nach anstrengender Feldarbeit in gebückter Stellung entstanden und hatte in 9 Tagen zu Einklemmungserscheinungen ohne Störung der Darmpassage geführt; es fand sich als einziger Bruchinhalt die Spitze des Wurmes, 2 cm lang, mit deutlicher Schnürfurche, anämisch, aber nicht gangränös. Nach Erweiterung des Bruchringes wurde er vorgezogen und abgetragen. Glatte Heilung. Im zweiten Falle waren die Erscheinungen stürmischer, aber auch die Darmpassage frei; hier lag nur der mittlere Teil des Wurmes, dunkelrot verfärbt, im Bruchsack, Ansatz und Spitze konnten erst nach Eröffnung der Bauchhöhle zu Gesicht gebracht werden, der periphere Teil war gelbgrün verfärbt, schwappend — also retrograde Inkarzeration. Auch hier wurde durch Abtragung des Wurmes und Tamponade Heilung erzielt. Als hauptsächlichstes Symptom isolierter Wurmfortsatzeinklemmung will K. Einklemmungserscheinungen ohne Störung der Darmpassage ansehen; bei der Differentialdiagnose gegen Hernienappendicitis ist zu verwerten, daß diese in 62 Fällen stets bei Männern in Leistenbrüchen beobachtet wurde, während die Einklemmungen von 22 Fällen 19mal Schenkelbrüche bei Frauen betrafen.

Vorderbrügge (Danzig).

36) **M. Eschenbach.** Zur chirurgischen Behandlung der Nabelhernien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 65 Fälle von Nabelbrüchen aus der Rotter'schen Klinik. Nach den Erfahrungen, die daselbst mit mehreren Methoden gemacht wurden, empfiehlt er für große Brüche die quere Raffung, die ohne komplizierte Technik verhältnismäßig rasch ausführbar ist und gute Resultate liefert. Vor dem Silberdraht warnt er wegen des Durchschneidens der Fäden und späterer Abszeßbildung. Die Operationsmortaliät war bei den freien Hernien günstig, sehr hoch dagegen bei den eingeklemmten. Von 29 solcher Pat. starben 13. Von den 17 Pat., die

mit Querraffung behandelt worden waren, bekam bisher nur einer ein Rezidiv. Taxisversuche dürfen nur sehr vorsichtig ausgeführt werden. Was die Indikationsstellung zur Operation anlangt, so ist in Anbetracht des sicheren Wachstums der Nabelbrüche und der Gefahren der Operation sehr großer Brüche anzuraten, den chirurgischen Eingriff vorzunehmen, solange die Brüche noch klein sind. In diesem Stadium ist der Eingriff bei nicht eingeklemmten Nabelbrüchen ungefährlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

37) **P. Clairmont.** Über das experimentell erzeugte Ulcus ventriculi und seine Heilung durch die Gastroenterostomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Nr. 1.)

Fibich hatte Experimente veröffentlicht, auf Grund deren er den Beweis erbracht zu haben glaubt, daß man bei Hunden im pylorischen Teil des Magens durch Unterbindung der Gefäßstämme, Exzision von Schleimhautstücken und Verätzung des Schleimhautgrundes ein Geschwür erzeugen könne, und daß dieses Geschwür durch eine Gastroenterostomie eklatant beeinflußt würde. C., der zur Prüfung des Einflusses der Magen-Darmfistel auf das Magengeschwür analoge Versuche vornahm, konstatiert, daß man nach Fibich's Verfahren ein Geschwür erhält, das nicht mit dem Ulcus pepticum des Menschen verglichen werden könne, da es stets ein ausgeprägtes physiologisches Heilbestreben zeige. Er fand, daß derartig erzeugte Geschwüre sich im allgemeinen überhäuten, im pylorischen Teil oft langsamer als im kardialen. Eine gleichzeitig oder einige Tage nachher ausgeführte Gastroenterostomie beeinflußte die Überhäutung des Substanzenverlustes nicht. C. hält die Annahme Fibich's für unhaltbar, daß ein Magengeschwür sich nach der Gastroenterostomie wie ein frisch gesetzter Schleimhautdefekt verhalte und in wenigen Tagen zur Ausheilung komme. Für die Beurteilung der ganzen Frage bleiben deswegen nach wie vor die klinischen Erfahrungen ausschlaggebend.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

38) **L. Paglieri.** Su di un caso di tumore gastrico d'origine luetica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 56.)

Bei einem 58 Jahre alten, schnell und stark abgemagerten Manne mit graublasser Haut und starken Magenbeschwerden wird in der epigastrischen Gegend eine halbhohlhandgroße Verhärtung mit einer mandelgroßen Geschwulst in der Mitte gefühlt. Es besteht motorische Insuffizienz des Magens, und Salzsäure fehlt im Magensafte. Nach Ablehnung der Operation durch den Pat. wird trotz völlig negativer Anamnese in bezug auf Lues und ohne Befunde in dieser Richtung Jodkali verabreicht und nach eingetretener Besserung durch eine Hg-Kur in 3 Monaten völlige Heilung von Beschwerden und Geschwulst erzielt.

Dreyer (Köln).

39) **Tuffier.** Gastro-entérostomie post. réparée spontanément. Ulcère gastrique consécutif.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 463.)

Bei einem Manne mit ausgesprochener Magendehnung und bei der Operation gefundenen ausgedehnten Verwachsungen des pylorischen Teiles mit Gallenblase und Duodenum legte T. eine Gastroenterostomie post. retrocol. an mit zunächst ausgezeichnetem Erfolge. 9 Jahre später machten unstillbare Magenblutungen eine Relaparotomie notwendig. Dabei fand sich nun, daß die früher angelegte Verbindung zwischen Magen und Darm wieder aufgehoben war: die Darmschlinge ging in das Mesocolon transv. hinein, es fehlte dann aber jede direkte Verbindung mit dem Magen, nur dünne Verlötungen waren zu sehen. Ein Geschwür im präpylorischen Teil, das die Blutung hervorgerufen hatte, wurde exzidiert, und man konnte sich bei dieser Gelegenheit von dem vollständig normalen Zustand der

Magenwand in den übrigen Teilen überzeugen. Der Operationserfolg war wieder ein ausgezeichneter. T. vergleicht diesen spontanen Verschluß mit ähnlichen Vorkommnissen, dem spontanen Verschluß von Stercoral- und vesico-vaginalen Fisteln. In der Diskussion (Reynier, Oménu, Hartmann) wird darauf hingewiesen, daß das Ereignis nur dann eintreten kann, wenn der Pylorus wieder wegsam wird, daß dann aber auch der Magen Neigung zeigt, normale Dimensionen anzunehmen. **Kaehler** (Duisburg-M.).

40) **P. Bull und J. Bery.** Volvulus af hela tunntarmen.

(Verhandlungen in der VII. Versammlung des Nord. chiurg. Vereins 1907. Aug. (Nord. med. Arkiv 1907. Tilläghefte.)

B. berichtet über einen operierten Fall von Volvulus des ganzen Dünndarmes bei einem 29jährigen Manne. Als charakteristische Anhaltspunkte für die Diagnose während der Laparotomie wird folgendes hervorgehoben: Ascites, stark gedehnte, häufig auch ödematöse und cyanotische Darmschlingen, sowie in der Ileocoecalgegend eine kollabierte Dünndarmschlinge, entsprechend dem untersten Teile des Ileum und unter einem scharfen Rande des Mesenterium liegend, auf dessen anderer Seite man das untere Ende der stark ausgedehnten Dünndärme findet.

B. berichtete über zwei Fälle von totalem Dünndarmvolvulus. In einem Falle hatte der Volvulus mit intermittierenden Symptomen seit 5 Jahren bestanden. Verf. betonte, daß die Ileussymptome in diesen Fällen nicht direkt vom Volvulus herrühren, sondern infolge gelegentlicher Komplikationen oder sekundär zustoßender Unzuträglichkeiten entstehen; denn der Fortbestand der Drehung scheint die Neigung zu Ileus allmählich zu steigern. Die Gekrösveränderungen in diesen Fällen, wie gleichfalls das klinische Bild mit seinen intermittierenden Ileusanfällen erinnert stark an das wohlbekannte Bild von chronischem Volvulus der Flexura sigmoidea mit fibröser Mesosigmoiditis. Auch hier finden sich gewöhnlich die stärksten Veränderungen in Form einer querlaufenden, sehnenglänzenden Narbe in der Serosa an der schmalen Wurzel des Mesenterium. Von diesem Bande strahlen radiäre Streifen aus, gegen die Darmanheftung zu schmäler werdend, ohne im allgemeinen an den Darm heranzureichen. Außerdem ist das Mesenterium in seinem ganzen Umfange verdickt, zuweilen an der Oberfläche gleichsam in Falten gelegt und allmählich der Breite nach einschrumpfend. Alle diese Veränderungen scheinen am besten zu erklären zu sein durch eine fortbestehende (oder oft wiederholte) Drehung der Därme um ihre Radix mesenterii. Daß sekundäre inflammatorische Reize vom angespannten Darm (und zwar speziell in der Form von Divertikuliten) hinzukommen können, will Verf. nicht in Abrede stellen, aber sie spielen sicher nicht die Rolle, die man ihnen zuschreibt. Es sind nicht nur die Mesenterialveränderungen, die Verf. in dieser mehr mechanischen Weise für am besten erklärt hält, sondern auch die Verwachsungen alten Datums, die man so häufig in diesbezüglichen Berichten erwähnt findet. Es sind Verwachsungen, welche die durch den Volvulus angespannten Därme an andere Eingeweide oder die Bauchwand anheften. Verf. meint nämlich, daß eine äußerst wichtige und vermutlich gewöhnliche Veranlassung der chronisch ausgebreiteten gefäßlosen Verwachsungen von Därmen und benachbarten Teilen Risse in der Serose sind, hervorgerufen durch wiederholten Wechsel zwischen exzessiver Ausdehnung und Zusammenfallen der Darmschlinge, wie man es am häufigsten bei chronischem Volvulus findet, vermutlich aber nicht selten auch bei chronischer Verstopfung aus anderen Ursachen. Verf. meint, eine abnorme Lage der Übergangsstelle zwischen Dünn- und Dickdarm möge die Ursache des Ausbleibens der sonderbaren Festlötung gewesen sein, die in einem gewissen Stadium der normalen Darm- und Mesenterialentwicklung zwischen dem erwähnten Teil des Darmkanals und der hinteren Bauchwand stattfindet und die, einmal gebildet, den Blind- und aufsteigenden Dickdarm mehr oder weniger fest an die rechte Seite des Bauches bindet.

Einar Key (Stockho[illegible]

41) **J. Petermann.** Erfahrungen und Erfolge bei der operativen Behandlung des Dickdarmkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Nr. 1.)

Bei 115 Fällen von Dickdarmkrebs in der Abteilung von Rotter überwog das männliche Geschlecht. Die größte Zahl der Fälle betraf die tiefer gelegenen Abschnitte des Dickdarmes. Als Ursache für die Geschwulstbildung wurde einige Male Trauma angegeben, das aber wohl nur eine nebensächliche Rolle spielte. Operabel war nur die Hälfte der Fälle. Die Entscheidung, ob die Geschwulst radikal zu entfernen sei, konnte oft erst bei der Operation getroffen werden, zumal Größe und Beweglichkeit der Geschwulst durch die Bauchdecken hindurch nicht immer richtig zu beurteilen sind. Der Ansicht von Boas, daß zur Operation sich am besten die Fälle mit weit zurückliegender Krankheitsentwicklung eignen, tritt Verf. zugunsten eines frühzeitigen Eingriffes entgegen. Die Ärzte müssen nach seiner Meinung mit den Symptomen des Dickdarmkrebses vertrauter werden und die Fälle frühzeitiger dem Chirurgen überweisen. Eventuell muß eine zeitige Probelaparotomie gemacht werden. 40 % aller Fälle kamen mit Ileuserscheinungen in Behandlung. Von diesen starb mehr als die Hälfte im Anschluß an die Operation. Als Regel wird jetzt betrachtet, daß im Ileus nur eine Fistel angelegt, aber keine Resektion vorgenommen wird. Auch die Enteroanastomose bei hochsitzendem Karzinom ist beim Darmverschluß zu vermeiden. Als palliativer Eingriff lieferte sie sonst befriedigende Resultate. Die Radikaloperation wurde in 52 Fällen ausgeführt. Die Resektion der Geschwulst mit primärer zirkulärer Naht wurde dabei in fünf Fällen vorgenommen. Im ganzen erlebte man mit dieser primären zirkulären Naht jedoch wenig Freude. Eher befriedigte in einigen Fällen die nach Resektion und blindem Verschluß der Enden vorgenommene seitliche Apposition der Darmenden, ein Eingriff, der aber nur für wenig Fälle geeignet ist. Die Resektion der Geschwulst mit folgender Enteroanastomose wird bei allen Geschwülsten der Blinddarmgegend sowie des rechten Kolonwinkels und des Anfangsteiles des Colon transversum als Methode der Wahl betrachtet. Für die übrigen Fälle ist das zweizeitige, besonders durch v. Mikulicz ausgebildete Verfahren empfehlenswert und von Rotter mit gutem Erfolg angewendet worden. Es setzt die Mortalität der Dickdarmoperationen wesentlich herab; seine Nachteile sind die lange Behandlungsdauer, die Beschwerden bei Anlegung der Spornquetsche, die lange Dauer des Kunstafters und die später auftretenden, allerdings sich meist spontan schließenden Kotfisteln. Was die Dauererfolge betrifft, so leben von 22 Pat. 7 = 31 % länger als 3 Jahre nach der Operation rezidivfrei. Drei der Operierten sind schon länger als 7 Jahre ohne Rückfall geblieben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

42) **J. P. Lockhart Mummery.** A new method of restorning the continuity of the bowel in cases of excision of a growth low down in the sigmoid flexure.

(Lancet 1908. Mai 16.)

Verf. nähte in einem Falle von ausgedehnter Exstirpation der Flexura sigmoidea, bei dem End-zu-End-Vereinigung völlig ausgeschlossen war, das proximale Ende des Darmes um ein Glasrohr und invaginierte dieses Ende dadurch, daß er das Glasrohr durch das rektale Ende aus dem After herausleitete in letzteres. So erzielte er eine Vereinigung ohne Naht, die wegen der erheblichen Spannung niemals gehalten hätte. Außerdem wurde als erheblicher Vorteil empfunden, daß der Darm frei entleert werden konnte, ohne Furcht vor der Verunreinigung des Bauchfells, da Darm und Glasrohr in luftdichter Kontinuität verbunden waren.

Bei der Entlassung des Pat. ergab die Sigmoidoskopie eine feine weiße Narbe, ohne Andeutung einer Striktur an der Stelle.

Dem Verfahren gebührt sicherlich in geeigneten Fällen Nachahmung, und es dürfte manchmal einen erwünschten Ersatz für den stets unerwünschten Kunstafter abgeben.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

43) **T. B. Spence.** Angulation of the sigmoid.
(New York med. journ. 1908. Mai 2.)

S. beschreibt einen von ihm operierten Fall von Ileus durch Knickung der Flexura sigmoidea an mehreren Stellen. Pat. litt seit 2 Jahren unter starkem Gewichtsverlust, an Schmerzen in der linken Seite und Unregelmäßigkeit des Stuhlganges. Da es nicht möglich war, die aufgerichtete Flexur in korrigierter Stellung zu erhalten, und da S. nicht wagte, das verkürzte Mesosigmoid zu trennen, wie von anderer Seite empfohlen worden ist, so entschloß er sich zur Resektion der Flexura sigmoidea.

S. macht auf die leichte Verwechslung mit dem Volvulus aufmerksam.

H. Bucholz (Boston).

44) **Potherat.** Tumeur villeuse du rectum.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 624.)

Bei der relativen Seltenheit dieser (von Esmarch als »villöse Polypen« bezeichneten) Erkrankung ist die Erwähnung dieses Falles berechtigt. Es handelte sich um eine Geschwulst von der Größe einer Mandarine, die mit ziemlich breiter Basis in der Ampulle saß. Die Exstirpation geschah ohne Schwierigkeit, der histologische Bau zeigte keine Abweichung von sonst erhobenen Befunden.

Kaehler (Duisburg-M.).

45) **A. W. Mayo Robson.** An address on some abdominal tumours simulating malignant disease, and their treatment.
(Brit. med. journ. 1908. Februar 22.)

Weit mehr als an anderen Körperteilen und viel verhängnisvoller werden entzündliche Schwellungen im Bauch mit bösartigen Geschwülsten verwechselt. R. berichtet über fünf Fälle im Laufe von 12 Jahren, in denen er 1—3 Jahre nach Anlegung eines Kunstafters wegen vermeintlich inoperablen Mastdarm- oder Flexurkarzinoms mit Ileuserscheinungen den angelegten After wieder schließen konnte, weil die primäre Geschwulst vollständig geschwunden war. Das gleiche kommt zuweilen beim Colon ascendens und transversum vor. Dafür gibt R. lehrreiche Beispiele aus seiner Erfahrung, in denen eine Enteroanastomosis, ausgeführt wegen Unmöglichkeit einer Radikaloperation, zur dauernden und völligen Heilung führte. Wahrscheinlich handelt es sich in solchen Fällen um eine chronische, infiltrierende Kolitis mit Kotstauung in Schleimhauttaschen. Solche chronische Entzündungen kommen auch am Blinddarm vor und werden als Karzinome entfernt. In ähnlicher Weise kann auch die Gastrostomie beim vermeintlichen Krebs der Speiseröhre zur Dauerheilung führen. Wie für diese Fehldiagnosen erwähnt R. auch eine Reihe lehrreicher Beispiele, in denen anscheinend bösartige Neubildungen des Magens nach der Gastroenterostomie völlig verschwanden. R. warnt vor allzu schnell gestellter Prognose! Weiter berichtet er aus seiner reichen Erfahrung über eine große Reihe von Fällen, in denen Gummata, chronische Eiterungen, Gallensteine, verkalkte Echinokokken, Cirrhose fälschlich für bösartige Neubildungen gehalten wurden und teils mit, teils ohne Operation völlig und dauernd heilten. Eine besonders große Rolle bei diesen Verwechslungsdiagnosen spielt die chronische Entzündung im Pankreaskopf. Alle diese Möglichkeiten irrtümlicher Diagnose geben uns Veranlassung genug, die Probelaparotomie viel öfter zu fordern als üblich ist. Die Arbeit des bekannten Chirurgen hat ihren besonderen Wert dadurch, daß sie eine so große Zahl von Beispielen irrtümlicher Diagnosenstellung aus der Erfahrung eines einzigen Operateurs bringt. **Weber** (Dresden).

46) **Depage.** A propos de l'incision dans la splénectomie.
(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. April.)

D. machte in einem nicht näher beschriebenen Fall von Splenektomie die Schnittführung in Anlehnung an den Kehr'schen Wellenschnitt; während aber bei diesem der erste und dritte Teil senkrecht und der mittelste Teil wagerecht verlaufen, beginnt D. mit einem Schrägschnitt am Rippenbogen, verlängert denselben senkrecht durch den Rectus nach unten und setzt hierauf den dritten Teil

des Schnittes wieder parallel dem ersten nach außen. Verf. lobt sehr die außerordentlich gute Übersicht, die er durch diesen Z-förmigen Schnitt erhielt.

Vorderbrügge (Danzig).

47) E. Bircher. Ein Beitrag zur Chirurgie der nichtparasitären Milzcysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 323.)

B. berichtet über einen in der Kantonalen Krankenanstalt zu Aarau bei einer 34jährigen Frau operierten Fall von Milzcyste. Dieselbe hatte 3/4 Jahre vor ihrer Aufnahme in der Schwangerschaft Ödem am rechten Bein und Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend gehabt, was sich nach der Entbindung besserte. Jetzt war sie vor 8 Tagen plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt, rasch abgemagert und von Kräften gekommen. Sie zeigte Fieber, eine mannskopfgroße, teils cystische, teils elastische Geschwulst im Bauche rechts unten, übrigens auch Albuminurie. Laparotomie unter der Diagnose Pankreascyste oder Eierstocksgeschwulst. Die Geschwulst ist unschwer als cystisch und der Milz angehörig erkennbar; mittels Trokar wird eine dunkelbraune flockige dicke Masse, gemischt mit fetzigen eiterigen Massen, entleert. Dann folgt Luxation der Milz, deren Stiel mannsdaumendick ist, mit pulsierenden Gefäßen, und um 360° achsengedreht, weiter die Resektion des Cystensackes, nachdem an seiner Basis das normale Milzgewebe durch eine Reihe von Knopfnähten umstochen ist. Abtragung der Cystenwand unter geringer Blutung; der verbleibende Milzstumpf bzw. basale Rest der Cystenwand ist derbfibrös, trabekelartig gezeichnet (Abbildung). Retorsion des Milzstieles, Reposition der Milz, Bauchnaht. Der Operation folgten bald ileusartige Erscheinungen, unter denen nach mehreren Tagen der Tod eintrat. Die Sektion ergab (außer akuter, hämorrhagischer Nephritis), daß die reponierte Milz durch Druck eine Dünndarmschlinge verlegt hatte. Der Stiel der Milz war 32 cm lang.

B. hält für denkbar, daß die Cystenbildung einen ursächlichen Zusammenhang mit der Gravidität hatte. Die anatomische Ursache derselben mag eine Infarktbildung mit nachfolgender Verflüssigung gewesen sein. Der ungewöhnlich lange Stiel der Milz erlaubte deren auffällige Dislokation nach rechts in die Ileocoecalgegend.

Im Anschluß an seinen Fall bringt B. eine gut orientierende Allgemeinbesprechung über die Milzcysten, deren Anatomie, Ätiologie usw. Auch hat er die bisher veröffentlichten Fälle operierter Milzcysten gesammelt und stellt sie — im ganzen 33 — tabellarisch zusammen. Die am häufigsten ausgeführte Operation (15 Fälle) ist die Splenektomie, die wohl als sicherste und beste Therapie anzuerkennen ist. Auch in B.'s Falle, wo man der Pat. den unveränderten Milzrest erhalten wollte, wäre durch Splenektomie der tödliche Ausgang wohl vermeidbar gewesen.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 57 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) V. Brunzl. Über einen durch Operation geheilten Fall von großknotiger Lebertuberkulose. (Aus der chir. Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien. Prof. J. Schnitzler.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 9.)

Der 21jährige, erblich nicht belastete, früher an Kniegelenks- und Hüftgelenksentzündung sowie an Lymphomata colli erkrankt gewesene Pat. wurde wegen seit über 1 Jahr bestehender, nur vorübergehend gebesserter, schließlich andauernder und jeglicher operativen Therapie trotzender Schmerzen in der vergrößerten, am freien Rande höckerigen Leber operiert. Eine längere Jodkur hatte nach dem Probebauchschnitt, der harte, kreidige Geschwülste im rechten Leberlappen ergeben und vorübergehende Linderung gebracht hatte, nur kurze Zeit Erfolg gehabt; dann traten — bei gleichzeitigen auf Tuberkulose verdächtigen Lungenerscheinun-

gen — erneut heftige Leberschmerzen auf, die auch durch eine antisyphilitische Behandlung nicht gemildert wurden. Deshalb Operation und stückweise Auslösung einer ca. mannskopfgroßen Geschwulst mit nachfolgender Tamponade mittels in Adrenalinlösung (30 Tropfen : 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung) getränkter Gaze; die Blutung war beträchtlich, so daß Kochsalzinfusionen nötig wurden. Nach Abstoßung eines Lebersequesters langsame Heilung; Pat. noch 1 Jahr nach der Operation frei von Beschwerden. Die Untersuchung — siehe die genaue Beschreibung im Original — ergab u. a. Epitheloidzellherde mit Riesenzellen, allerdings ohne Tuberkelbazillen, bei reichlicher Bindegewebsentwicklung, die für Lues verdächtig erschien. **Kramer** (Glogau).

49) **Lieblein.** Klinische Beiträge zur Talma-Drummond'schen Operation.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 5.)

L. berichtet über die Erfahrungen der Wölfler'schen Klinik; in 15 Fällen wurde bei Lebercirrhose operativ eingegriffen.

Dreimal bestand der Eingriff lediglich in einer Probelaparotomie, weil entweder das Netz so geschrumpft war, daß seine Befestigung an der vorderen Bauchwand unmöglich war, oder bereits zahlreiche Verwachsungen zwischen Netz, Leber oder Milz mit der vorderen Bauchwand vorhanden und die Kollateralen in der vorderen Bauchwand schon stark ausgeprägt waren.

In zwölf Fällen wurde die Talma'sche Operation ausgeführt, und zwar:

1) Dreimal Befestigung des Netzes an die vordere Bauchwand und suprapubische Drainage;

2) einmal Festlegung eines Netzzipfels zwischen Zwerchfell und Leber, eines anderen Zipfels am Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand, gleichzeitig suprapubischer Schnitt zur Entleerung des Ascites;

3) in vier Fällen die intraperitoneale Befestigung des Netzes an der vorderen Bauchwand ohne suprapubische Drainage;

4) in einem Falle Befestigung des Netzes in einer Tasche, die durch Abpräparieren des Peritoneum parietale von der vorderen Bauchwand geschaffen wurde;

5) in drei Fällen die Operation nach Narath, extraperitoneale Befestigung des Netzes in einer Tasche, die durch Abpräparieren der Bauchhaut gewonnen wurde; in einem derselben sah man sich jedoch genötigt, nachträglich die typische intraperitoneale Befestigung des Netzes auszuführen.

Von diesen Pat. starben vier an der Operation: zwei mit suprapubischer Drainage an Peritonitis — diese Methode wird daher verworfen, zwei an Auseinanderplatzen der Bauchnaht am 12. bzw. 14. Tage nach der Operation. — Da nun noch ein Fall 3 Tage nach der Entlassung an kruppöser Pneumonie zugrunde ging, bleiben sieben Fälle übrig zur Beurteilung des Wertes der Operation. Von diesen war bei zweien ein Erfolg überhaupt nicht aufzuweisen, bei zweien ein vorübergehender, dagegen ein eklatanter Erfolg bei dreien; hier ergab die Nachuntersuchung nach 22, bzw. 18, bzw. 13 Monaten Ausgebliebensein des Ascites und Arbeitsfähigkeit. Dies wäre also auf zwölf Fälle Talma'scher Operation ein Heilungsprozent von 25%, das ungefähr mit den anderseitig gemachten Erfahrungen übereinstimmt.

Worauf es beruht, daß die Operation bald sehr günstig, bald gar nicht wirkt, ist noch nicht klar zu erkennen; es scheint aber, daß der auf Lues hepatis beruhende Ascites nicht günstig für die Operation ist, daß ferner wohl in manchen Fällen der Ascites bei Cirrhose nicht auf Stauung, sondern auf daneben bestehender chronischer Peritonitis beruht.

Wenn demnach die Erfolge noch nicht glänzende zu nennen sind, so ermutigen sie doch zum Fortschreiten auf dem begonnenen Weg operativer Versuche. Von denselben erscheint die Narath'sche Methode der Netzbefestigung als die leistungsfähigste. **Haeckel** (Stettin).

50) **Dreesmann.** Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Anomalien der Gallenwege.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 401.)

D. begegnete folgenden zwei seltenen Anomalien der Gallenwege: 1) Hochgradige Erweiterung des Choledochus. 24jährige Frau, die seit ihrer Geburt wiederholt an schweren Kolikanfällen unter Auftreten von Ikterus gelitten hatte. Auch bei der Krankenhausaufnahme bestand intensiver Ikterus, Fieber und eine faustgroße, sehr druckempfindliche Geschwulst unter der Leber, die als Echinokokkus angesprochen wurde. Bei der Laparotomie fand man eine erweiterte Gallenblase und eine bei weitem erheblichere, cystenartige, bis an Wirbelsäule und Zwerchfell reichende Dilatation des Choledochus. Beide Organe entleerten bei Punktion bzw. Inzision schleimig-eiterige Flüssigkeit und wurden drainiert. Hierauf folgte Abfieberung und Hebung des Befindens, doch wich der Ikterus nicht, und fand aus dem erweiterten Choledochus dauernd Gallenfluß von 1—1$^1/_2$ Liter täglich statt. D. versuchte deshalb nach ca. 3 Monaten durch eine zweite Operation, den Gallenfluß ins Duodenum zu leiten, indem er dieses mit dem Choledochus mittels eines Drains anastamosierte. Der Verlauf war anfänglich gut, doch trat am 3. Tage der Tod durch Herzkollaps ein. Bei der Sektion fand sich die kolossale Choledochusdilatation wieder vor, wobei aber die Einmündung des Cystiticus in den Choledochus und vom Choledochus in den Darm frei war. D. fand fünf Fälle in der Literatur, die seinem sehr ähnlich sind, auch sämtlich Frauen betreffen. Die Entstehung dieser gewaltigen Dilatationen, die, wie die klinischen Daten lehren, erst im Lauf langer Jahre zustande kommen, möchte D. durch die Annahme einer angeborenen Schwäche bzw. übergroßen Nachgiebigkeit der Choledochuswand erklären, die bei Eintritt eines erstmaligen katarrhalischen Ikterus zunächst eine geringe, aber dauernde Dehnung des Gallenganges hinterläßt. Diese Dehnung nimmt bei späteren Ikterusanfällen zu, und ist weiter zu vermuten, daß sich eine klappenartige Wandfaltung mit Gallenstauung einstellt, ähnlich den anatomischen Verhältnissen bei Hydronephrosen. Der klinische Verlauf dieser Fälle ist stets so gleichmäßig, daß für den, der damit bekannt ist, die Diagnose der Choledochusdilatation unschwer gelingen muß; die bisherigen Operationsversuche haben noch keine Erfolge gehabt. D. schlägt folgenden Heilplan vor. Da eine gewöhnliche Choledocho-Duodenostomie die Gefahr einer Infektion der Choledochuscyste bringen würde, soll das Duodenum vom Magen abgetrennt, die Abtrennungsstelle beiderseits genäht werden, dazu Gastroenterostomie und breite Anastomose zwischen Choledochuscyste und Duodenum. Die Operationen können zweizeitig gemacht werden. 2) Doppelbildung des Cysticus. Eine solche fand D. gelegentlich einer Cholecystektomie. Die beiden Cystici, keinerlei Unterschiede zeigend, vereinigten sich oberhalb des Choledochus. Das Vorkommen dieser Mißbildung ist bereits bekannt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

51) **L. Arnsperger.** Diagnose und Therapie der akuten Cholcystitis.

(Med. Klinik 1908. p. 353.)

Die Heidelberger chirurgische Klinik ist mit Kehr der Ansicht, daß jedem Gallensteinanfall eine bakterielle Infektion und Sekretstauung in der Gallenblase oder in den Gallengängen zugrunde liegt. Auffällig häufig trat der »erste Anfall« in der Wochenbetts-, einige Male schon in der Schwangerschaftszeit auf (Lageveränderung der Unterleibsteile und Abflußbehinderung der Galle durch die vergrößerte Gebärmutter?). Die Diagnose wird noch oft verfehlt; unter 36 Fällen akuter Cholecystitis, die 1904—1907 in Heidelberg zur Operation kamen, wurden 28 v. H. mit falscher Diagnose (meist akute Wurmfortsatzentzündung) eingeliefert. Der akute schwere Anfall ist zunächst mit Bettruhe, warmen Umschlägen oder Eisblase, etwas Morphium, vorsichtigen Kamillen- oder Öleingüssen, flüssiger Kost, Kochsalzwassereinläufen in den Mastdarm oder unter die Haut zu behandeln. Es muß im akuten Anfall operiert werden: 1) wenn die Heftigkeit oder das Fortschreiten der Erkrankung (schwere peritonitische oder cholangitisch-septische An-

zeichen) das Leben bedroht, 2) wenn das Leiden nach 4—6tägiger innerlicher Behandlung nicht deutlich zurückgeht. Die zweckmäßigste Operation im Anfall ist die Cystektomie, gegebenenfalls mit Hepaticusdrainage. Fast bei allen Fällen läuft trotz der Abbindung des Cysticus nach einigen Tagen Galle in den Verband, wohl weil der Cysticusstumpf abschwillt und sich der Faden dadurch lockert. Von den obigen 36 Operierten starben 24 v. H., darunter 3 von 12 Cholecystostomierten, 1 von 12 Cholecystektomierten, 3 von 6 Kranken, bei welchen Cholecystektomie und Hepaticusdrainage ausgeführt worden war. **Georg Schmidt** (Berlin).

52) **F. Fink.** 400 Gallensteinkranke des Jahres 1906.

(Med. Klinik 1908. p. 410.)

Im wesentlichen zahlenmäßige Abwertung der an 400 in Karlsbad innerlich behandelten Gallensteinkranken gemachten klinischen Beobachtungen. Es wird auch den Chirurgen interessieren, zu hören, daß die Kur einen guten Erfolg bei 88,71 v. H., einen teilweisen Erfolg bei 8,53 v. H. (zusammen Erfolg bei 97,25 v. H.), keinen Erfolg bei 2,74 v. H. erzielte. **Georg Schmidt** (Berlin).

53) **Schemmel.** Ein kleiner Beitrag zur Gallensteinchirurgie.

(Med. Klinik 1908. p. 630.)

Auf Grund eines eigenen Erfolges wird Kehr's Vorschlag empfohlen, lippenförmige Gallenfisteln durch Ablösung der Gallenblase von der Bauchwand und Vernähung des angefrischten Gallenblasenloches zu schließen.

In das Hepaticusdrain wird ein Auge eingeschnitten, das der Lichtung des Choledochus gegenüber zu liegen kommt, so daß die Galle auch nach dem Darme zu abfließen kann. Nach Abtragung der Gallenblase können mit Vorteil zur Deckung von Defekten im verengten und gespaltenen Hepaticus die Lappen des aufgeschnittenen Cysticusstumpfes verwendet werden. Krankengeschichte.

Georg Schmidt (Berlin).

54) **A. Volmer.** Ein Adenofibrom in der Wand des Ductus choledochus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

Der vorliegende Fall ist durch seine Seltenheit bemerkenswert. Bei der Operation eines Choledochusverschlusses fand man als Ursache ein Adenofibrom in der Wandung dieses Gallenganges. Der Choledochus wurde bis ins Duodenum hinein gespalten und dann in der Ausdehnung der Geschwulst reseziert. Das obere Ende wurde alsdann mit dem unteren und dem Duodenum vereinigt. Leider ging Pat. zugrunde. Die Choledochusresektion ist bisher nur viermal ausgeführt worden, von Kehr, Doyen und Rotter. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

55) **C. Watson.** The clinical value of the pancreatic reaction in the urine, based on over 250 analyses.

(Brit. med. journ. 1908. April 11.)

Die 250 Untersuchungen der 1904 von Cammidge angegebenen Pankreasreaktion des Urins erstrecken sich auf 120 Fälle der verschiedensten Erkrankungen. Sie beweisen, daß in der Tat Pankreaserkrankungen in einer bestimmten und bedeutungsvollen Beziehung zur Reaktion stehen, und daß die Probe ein Hilfsmittel zur Erkennung von Pankreasveränderungen darstellt, aber nur im Verein mit der ganzen übrigen Symptomatologie. **Weber** (Dresden).

56) **Strauss.** Die Erkrankungen und Verletzungen der Bauchspeicheldrüse in der Armee von 1894 bis 1904.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 8.)

Innerhalb des Zeitraumes von 1894—1904 fand S. in den Armee-Sanitätsberichten die nachfolgenden Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse bei Soldaten. Fünf Pankreascysten, von welchen zwei mit Erfolg operiert wurden und drei die

Operation verweigerten. Sieben Pankreaskarzinome und ein Sarkom, von welchen letzteres mit zahlreicher Metastasenbildung rasch tödlich endigte. Chronische Entzündung kam einmal, hämorrhagische zweimal vor; letztere beiden Fälle wurden leider ohne Erfolg operiert. Bei ausgedehnter Unterleibstuberkulose wurde in einem Falle auch die Bauchspeicheldrüse von zahlreichen miliaren Knötchen durchsetzt angetroffen. Endlich sind noch drei Sektionen erwähnt, bei welchen durch Magen- und Darmgeschwüre das Pankreas schwer geschädigt war. Pankreasverletzungen beobachtet man in der Armee häufiger, innerhalb der 10 Jahre kamen drei Fälle zur Beobachtung, von denen zwei tödlich endigten. Die Diagnose der Pankreasverletzungen ist sehr schwer vor der Laparotomie zu stellen.

Herhold (Brandenburg).

57) **W. Rindfleisch.** Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Steinbildung im Pankreas.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 5.)

Zwei Fälle aus der Lichtheim'schen Klinik, in denen die Autopsie Vorhandensein von Pankreassteinen ergab, ohne daß im Leben die Diagnose darauf gestellt worden war. R. erörtert die Schwierigkeit der Diagnose, die hauptsächlich darauf beruht, daß einmal in dem komplizierten Verdauungsmechanismus sämtliche Rollen doppelt besetzt sind, und deshalb auch der Ausfall der wichtigsten Verdauungsdrüse unter Umständen ohne deutlichen Einfluß auf den Ablauf der Darmverdauung bleiben kann, also die allgemeinen Pankreaserscheinungen völlig fehlen können, daß sodann die speziellen Steinsymptome, besonders die Schmerzen, fehlen können oder, wenn vorhanden, schwer von den so viel häufigeren Bauchkoliken anderen Ursprunges zu unterscheiden sind. Retrospektiv kommt R. bei genauer Analyse aller Symptome zu dem Resultat, daß die Fehldiagnose in beiden Fällen unvermeidlich war, und so wird es uns in der Pankreaspathologie noch häufiger gehen.

Haeckel (Stettin).

58) **Hall.** Cyst of the pancreas.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI. 4.)

Bei einer 42jährigen Frau hatte sich zufällig 10 Jahre früher eine kleine Geschwulst gefunden, die sehr langsam wuchs. Während vor Existenz der Geschwulst zahlreiche Wochenbetten fieberfrei verlaufen waren, hatte Pat. seitdem stets 4 bis 5 Wochen lang Fieber, und nach der letzten Entbindung erholte sie sich überhaupt nicht mehr, sondern kam in einen Zustand chronischer Sepsis, der sie aufs äußerste herunterbrachte. Gleichzeitig war die Geschwulst stark gewachsen, hatte zur Zeit der Operation die Größe des Uterus im 3. Monat. Sie lag mitten im Leibe, reichte ca. 10 cm über den Nabel und hatte keinen Zusammenhang mit dem Uterus, fluktuierte und wurde für ein septisch infiziertes Kystom gehalten. Bei der Operation fand sich ihre gesamte Oberfläche mit der Bauchwand verwachsen, ihre Farbe war leberbraun. Nach Punktion entleerte sich schokoladebraune, stinkende Flüssigkeit. Während der vordere Teil der Geschwulst sich verhältnismäßig leicht ablösen ließ, bereiteten die tiefen Lagen durch die oft dünne und sehr zerreißliche Wand große Schwierigkeit. Schließlich fand man, daß die Geschwulst retroperitonealen Ursprung hatte und vom Pankreas ausging. Die Kranke erholte sich nur sehr langsam. — H. hält die Cyste für eine Retentionscyste des Pankreas, die durch irgend eine Ursache, vielleicht im Zusammenhang mit den Wochenbetten, infiziert wurde. Ungewöhnlich ist das sehr langsame Wachstum.

Trapp (Bückeburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 31. Sonnabend, den 1. August 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Abteilung des Diakonissenkrankenhauses in Leipzig. Chefarzt Dr. P. Sick.

Zur Behandlung septischer und pyämischer Allgemeininfektion.

Von

P. Sick.

Vor Jahresfrist hatte ich Veranlassung an der Hand einiger schwerster Phlegmonefälle[1] davor zu warnen, daß bei solchen ja glücklicherweise seltenen stürmisch verlaufenden Prozessen durch Bier'sche Stauung die letzten Stunden versäumt werden, in denen durch die alte radikale Therapie breitester Freilegung, eventuell Exzision oder Amputation der Herde noch Heilung erzwungen werden kann. In solchen Fällen tritt aber auch die Allgemeininfektion so frühzeitig

[1] Grenzgebiete für Bier'sche Stauung. Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 25. p. 997 ff.

in den Vordergrund des Bildes, daß neben dem chirurgischen Vorgehen die Bekämpfung der Blutinfektion oder schon in den Lungen, Nieren lokalisierter Herde erforderlich wird. Außer den längst bewährten Kochsalzeinläufen (intravenös, subkutan, protrahiert ins Rektum) besitzen wir immer noch kein zuverlässiges Mittel, zumal wenn es gegen verschiedene Infektionen wirksam sein soll. Erst kürzlich hatte ich wieder Gelegenheit, die Unwirksamkeit des Streptokokkenserums, der Nukleinpräparate, des Collargols an einem Manne zu erproben, der eine 7wöchige Streptokokkensepsis und Pyämie, ausgehend von einer Handphlegmone, überstand. Das Ausbleiben der Reaktion in manchen Fällen bakteriologisch bekannter Infektion dürfte doch mehr beweisen, als eine Anzahl scheinbar durch Collargol und ähnliches Geheilte, die sich klinisch ebenso schweren ohne Blutantiseptika Geheilten an die Seite stellen. Die neueste Errungenschaft in der Bekämpfung eitriger Prozesse, die Antifermentbehandlung nach Eduard Müller und A. Peiser-Breslau, eignet sich offenbar ähnlich wie die Bier'sche Stauung bis auf weiteres auch nur für leichtere zur Abszeßbildung neigende Herderkrankungen. Hier leisten sie gewiß beide konservativ vorzügliches.

Dagegen habe ich im letzten Jahr in dem Jodipin, einer chemischen Verbindung des Jodes mit Sesamöl, das von *E. Merck*, Darmstadt, in verschiedener Konzentration hergestellt wird und bisher wesentlich als reizloser und sehr wirksamer Ersatz für Jodkalium Verwendung fand, ein Mittel kennen gelernt, das stets eine Reaktion in günstigem Sinne gerade bei den schwersten septischen Infektionen herbeiführte. In allen Fällen trat mit der Herabsetzung der Temperatur eine auffallend rasche Hebung des Allgemeinbefindens ein. Direkt ausschlaggebend erschien das Jodipin zumal in einem Falle schwerster Sepsis, der lokal außer dem schmutzigen streptokokkenhaltigen Belag der kleinen auswärts genähten Armwunde keine Reaktion zeigte, dagegen Ikterus, euphorische Delirien, große Infiltrate beider Lungen mit Streptokokken im Auswurf. Collargol blieb ohne Einfluß. Aber nach 3maligen Subkutangaben von 25%igem Jodipin, einmal 10 ccm, zweimal 5 ccm, war das Befinden in 3 Tagen zur Norm zurückgekehrt. Die Verdichtungen in den Lungen hellten sich sehr rasch auf und waren nach 10 Tagen nicht mehr nachweisbar. Nicht uninteressant sind auch Fälle, bei denen die lokale schwere Phlegmone zunächst trotz energischer Inzisionen noch Fortschritte macht und doch unter der Jodipinwirkung das Allgemeinbefinden schon eine entscheidende Wendung erkennen läßt. Die Erfahrungen, die wir bisher naturgemäß nur an verhältnismäßig wenigen Kranken haben erproben können, wobei außer Phlegmone auch Puerperalsepsis[2],

[2] Hier erwies sich auch die Kombination von Jodipin mit größeren Antipyringaben, welch letztere Curschmann empfiehlt, nützlich. Jedenfalls aber ist nicht auf die Anwendung von Kochsalzeinläufen mit und ohne Zusatz von Alkohol und anderen Reizmitteln zu verzichten, es sei denn, um an einigen Kranken die reine Jodipinwirkung herauszustellen.



Anthrax, postoperative Pneumonie (nach Magenoperationen) mit Erfolg in den Versuchskreis gezogen wurden, wird Herr Dr. Elsässer nächstens in Bruns' Beiträgen zur klinischen Chirurgie ausführlich veröffentlichen. Wir sind meist mit 2 bis 4 Einspritzungen, das erstemal 10 ccm, dann nach 12 bis 24 Stunden je nach Bedarf 5 ccm 25 %iges Jodipin subkutan in Brust oder Oberschenkel, ausgekommen, doch sind öfter auch weit größere Mengen im Laufe von Wochen gegeben worden, ohne daß Intoxikationsandeutungen sich zeigten. Dabei ist das Jod schon nach wenig Stunden im Urin nachweisbar, und die Ausscheidung läßt sich monatelang verfolgen. Untersuchungen über die Beeinflussung der Blutzusammensetzung durch Jodipin stehen noch aus. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Mobilisierung der Antikörper unter seiner Wirkung, nicht um direkte Antisepsis.

Die vorstehenden kurzen Ausführungen bezwecken nicht, das Jodipin als Spezifikum gegen akute pyämische und septische Prozesse hinzustellen, sondern diejenigen, die bei diesen Erkrankungen von den bisherigen Hilfsmitteln nicht befriedigt sind, zur Nachprüfung aufzufordern, um die spärliche Erfahrung eines einzelnen zu verbreitern. Danach erscheint das Jodipin geeignet, das kleine Gebiet der Casus infausti noch um etwas zu verringern.

---

1) **E. Leser.** Allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. 2. umgearbeitete Auflage. 772 Seiten mit 240 teils farbigen Abbildungen im Text.

Jena, **Gustav Fischer,** 1908.

Der günstigen Meinung, welcher der Ref. bei Besprechung des Werkes nach seinem Erscheinen Ausdruck gab (Zentralblatt für Chirurgie 1906, p. 6), hat die Verbreitung, welche es in der Studenten- und Ärztewelt gefunden hat, recht gegeben. Knapp nach 2 Jahren folgt der ersten Auflage die zweite. Der aufmerksame Leser wird finden, daß den Ausstellungen, an denen es von seiten der Kritik seinerzeit nicht ganz gefehlt hat, die aber zum großen Teil nur äußere Mängel, Fehler in der Anordnung des Stoffes usw., auch einiges Vergessene betrafen, vom Verf. mit Sorgfalt Rechnung getragen ist — es handelte sich ja auch um keinerlei Grundfragen, und die vom Ref. bei der ersten Besprechung gekennzeichnete Eigenart der Darstellung, welche den Schwerpunkt auf den soliden Unterbau Volkmann'scher Lehre gründete, ist in keiner Weise dadurch beeinträchtigt, der didaktische Wert aber noch gesteigert worden, ohne daß der Umfang allzusehr vermehrt zu werden brauchte. Doch erkennt man in den Änderungen unschwer, wie sich auch Verf. dem Fluß, in welchen Probleme der allgemeinen Chirurgie neuerdings geraten sind, im Anschluß an andere Forscher nicht hat entziehen können. Vor allem spielt die Bier'sche Hyperämielehre auf dem Gebiete der Behandlungserfolge eine immer mehr hervortretende Rolle. Auch der Wunsch nach

weiterer Ausgestaltung der Bibliographie ist jetzt in einem eigenen Kapitel erfüllt, worin »dem jungen Arzte Winke gegeben werden, wie er sich der Literatur gegenüber zu verhalten habe«. Die L.'sche allgemeine Chirurgie ist auf dem besten Wege, sich einzubürgern, was im Wettkampf in der heutigen erfolgreichen Literatur auf gleichem Gebiet sicherlich nicht wenig bedeutet. **Herm. Frank** (Berlin).

---

2) **G. Lerda.** Über die Prophylaxis der chirurgischen Infektionen vermittels präventiver Impfungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

L. ist der Ansicht, daß wir auch mit der besten Asepsis die infektiösen Keime nicht immer vom Operationsgebiete fernhalten können. Er glaubt deswegen, daß ein Fortschritt in der Vermeidung von Infektionen nicht durch Erfindung neuer antiseptischer Maßnahmen zu erzielen sei, sondern meint, daß das Ziel dadurch zu erstreben sei, daß man den Organismus gegen die Infektion mit den gewöhnlichen Eitererregern immunisiert. Es ist ihm selbst im Tierexperiment gelungen, durch Injektion von Gemischen aus sterilisierten Kulturen verschiedenartiger Staphylo- und Streptokokkenkulturen oder Einverleibung von Endotoxinen derselben eine beträchtliche Immunität gegen diese Keime zu erzielen. Auch an Menschen hat Verf. einschlägige Versuche gemacht und kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß am besten Suspensionen von Bakterienleibern anzuwenden seien. Obschon seine Versuche noch zu spärlich sind, um allgemeine Schlußfolgerungen zu gestatten, hält er es doch für gerechtfertigt, daß sich die Wissenschaft eifrig damit beschäftigt, zu eruieren, wie man den individuellen Widerstand gegen die häufigsten spezifischen Erreger der Sepsis erhöhen kann.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **Schwarz.** Die traumatische Neurose eine epidemische Volkserkrankung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1908. Nr. 18.)

In seinem Vortrag berichtet Verf. über einige Kranke, bei welchen sich an eine geringfügige Verletzung eine schwere traumatische Neurose anschloß, die in Heilung ausging. Er schließt eine Erörterung der Frage an, wieso in Deutschland die Unfallneurosen so schlechte Prognose abgeben. Den Grund sieht er in unserer Unfallgesetzgebung. In etwas optimistischer Auffassung kommt er zum Schluß, daß bei einer Änderung unseres Unfallgesetzes, bei welcher die Segnungen für die wirklich Geschädigten erhalten blieben, die üblen Folgen vermieden würden, die traumatische Neurose in der Geschichte der Medizin als ein Beispiel übrig bleiben werde, wie durch staatliches Gesetz eine psychisch nervöse Epidemie zustande kommen könne.

Deetz (Homburg v. d. H.).



4) **E. Ehrhardt** (München). Über die Verwendung von Gummi als Zusatz zum Anästhetikum bei Lumbalanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 19.)

E. hat zunächst an Kaninchen Versuche angestellt, bei denen eine von der Firma Merck gelieferte einwandsfreie Lösung von Gummiarabikum mit einer 1%igen Lösung von Tropakokain benutzt wurde. Die Vorteile des Zusatzes von Gummi — 5—10—15% — bestanden in der Verminderung der toxischen Allgemeinerscheinungen infolge verlangsamter Resorption des Anästhetikums und weniger unmittelbaren Kontaktes desselben mit den nervösen Zentralorganen, sowie in der Verlängerung der anästhesierenden Wirkung. Auch bei Kälbern wurden diese Ergebnisse bestätigt; nur die Versuche mit 10% hoher Gummikonzentration nahmen einen eigenartigen Verlauf. Nachdem in Beckentieflagerung die Punktion und Injektion vorgenommen war, trat Anästhesie der hinteren Extremitäten auf; beim Wechsel der Lagerung sprang die Anästhesie auf vordere Extremitäten, Hals und Kopf über, Bauch und Brust freilassend. Erst bei der darauffolgenden Flachlagerung trat Anästhesie auch dieser Region ein, so daß also totale Unempfindlichkeit bestand. — Die daraufhin mit Gilmer an Menschen gemachten Versuche ergaben im Anfang in bezug auf die Dosierung große Überraschungen, worüber noch gesondert berichtet werden soll. E. schildert nur einige in den gynäkologischen Kliniken ausgeführte Lumbalanästhesien mit Tropakokain-Gummilösung (0,4 bis 1 ccm 5—10%iger Tropakokainlösung mit 1,5—2 ccm 15%iger Gummilösung, mit Liquor auf 10 ccm verdünnt), welche z. T. sehr günstig verliefen; die Anästhesie trat rasch auf, war meist total und dauerte etwa 1 Stunde. Mehrfach klagten die Pat. 1—2 Tage lang über Kopfschmerzen, einige hatten auch Temperatursteigerungen, aber niemals motorische Störungen. Die bei einer Demonstration am letzten Chirurgenkongreß vorgenommene Lumbalanästhesie hatte eine Meningitis zur Folge.

Als Ergebnis seiner Beobachtungen empfiehlt E. die Verwendung eines 3%igen Gummizusatzes zu 1%iger Tropakokainlösung und die Vermeidung des Auskochens der Nadeln und Spritze in Sodalösung, die reizende Niederschläge in der Gummilösung veranlaßt.

Kramer (Glogau).

---

5) **F. Hermann,** a. o. Prof. der Anatomie an der Universität Erlangen. Gehirn und Schädel. Eine topographisch-anatomische Studie in photographischer Darstellung. Mit 69 zum Teil mehrfarbigen Lichtdrucktafeln. 60 Mk.

Jena, **G. Fischer,** 1908.

Durch den hier angezeigten Atlas von H. ist die topographisch-anatomische Literatur um ein prachtvolles Werk bereichert worden. Auf 69 künstlerisch vorzüglich ausgeführten Tafeln erhalten wir

genaue, in natürlicher Größe gehaltene Darstellungen von der Lage des Gehirns und seiner Teile zu der Oberfläche des Schädels und damit Anschauungsbilder, die wissenschaftlich wie praktisch von größtem Werte sind. Die 69 Tafeln sind in sechs Gruppen geordnet: 1) Projektion von oben (23 Tafeln); 2) Projektion von vorn (12 Tafeln); 3) Projektion von hinten (15 Tafeln); 4) Projektion von lateral (12 Tafeln); 5) Projektion der Gehirnventrikel auf das Schädelgewölbe (4 Tafeln); 6) Verhältnis des Krönlein'schen Liniensystems zu dem Schädelgewölbe, dem Großhirnrelief und dem Medianschnitte des Gehirns (3 Tafeln). Wo verschiedene Gebilde, wie Gehirnfurchen, Gefäße, Schädelnähte, auf demselben Bilde gleichzeitig dargestellt sind, ist von der Anwendung verschiedener Farben Gebrauch gemacht worden, so daß die Bilder ohne weiteres übersichtlich und verständlich sind. Die Methoden, die bei der Herstellung der Präparate, der photographischen Originalaufnahmen und bei der Vervielfältigung angewendet wurden, zeugen von der großen Gewissenhaftigkeit, mit der H. zu Werke gegangen ist, und die zugleich eine Gewähr für die sachliche Zuverlässigkeit der Darstellungen bietet. In Anbetracht des Gebotenen ist der Preis als niedrig zu bezeichnen.

E. Gaupp (Freiburg i. B.).

---

6) **I. Jianu** (Bukarest). Einige Betrachtungen über die Lumbalpunktion bei Schädelbrüchen.

(Spitalul 1908. Nr. 8.)

Die Lumbalpunktion spielt eine wichtige Rolle in der Diagnose der Schädelbrüche; ist die hierbei entleerte Flüssigkeit blutig tingiert, so kann fast mit Sicherheit ein Bruch des knöchernen Schädelgerüstes angenommen werden. Es kann aber vorkommen, daß man bei der einen Punktion eine klare, bei einer anderen eine blutige Flüssigkeit erhält, und hat der Verf. die Beobachtung gemacht, daß hierbei die Haltung des Pat. eine ausschlaggebende Rolle spielt, indem man positive Resultate hauptsächlich bei in sitzender Haltung vorgenommenen Punktionen erhält. Auch ist es von Wichtigkeit, hierbei eine größere Menge zerebrospinaler Flüssigkeit (etwa 30 ccm) abfließen zu lassen, da die ersten Portionen, falls es sich um kleinere Mengen handelt, oft vollkommen klar sind.

Eine weitere Vorsichtsmaßregel ist die, bei Vornahme mehrerer Punktionen dieselben von unten nach oben zu verschieben, damit nicht durch eine akzidentelle, der vorhergehenden Punktion zuzuschreibende Blutung eine Rotfärbung der Punktionsflüssigkeit bewirkt wird und dies zu Trugschlüssen Veranlassung gibt. **E. Toff** (Braila).

---

7) A. Knapp (Halle). **Fortschritte in der Diagnostik der Hirntumoren, aus der Kgl. Universitätsklinik für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen (Prof. Dr. Cramer).**

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 19 u. 20.)

K. geht davon aus, daß im Gegensatz zu den einer genauen Lokaldiagnose und einem operativen Eingriff am ehesten zugänglichen, im Bereiche der Gehirnzentren sitzenden Geschwülsten, deren Entfernung auch den Verlust des betreffenden Zentrums mit sich bringt, die in stummen oder indifferenten Gehirnprovinzen sich ausbreitenden Geschwülste für den Chirurgen ungleich verlockender sein müßten, da ihre Beseitigung keine dauernden Ausfallserscheinungen zur Folge hätte. In Anbetracht dessen, daß die Lokaldiagnose dieser Art von Gehirngeschwülsten nur auf Grund von Fernsymptomen geschehen kann, bezeichnet es K. als die Aufgabe des Neurologen, eine Gesetzmäßigkeit in der Gruppierung dieser Fernsymptome nachzuweisen, gibt allerdings zu, daß gerade bei deren Berücksichtigung die diagnostischen Fehlerquellen besonders zahlreich sein werden. Für die Geschwülste des Schläfenlappens hat er diesen Weg bereits mit Erfolg betreten, indem er — in einer früheren Arbeit — auf die Bedeutung der im Verlauf des Leidens auftretenden transitorischen Störungen im Oculomotoriusgebiet, besonders von Ptosis und Mydiasis aufmerksam gemacht, freilich nicht verschweigend, daß auch zuweilen Scheitellappenerkrankungen mit Oculomotoriussymptomen einhergehen. — K. bespricht sodann die verschiedenen Methoden für die Lokaldiagnose von Gehirngeschwülsten, die Verwertung von Schalleitungsveränderungen im Schädel, die er bei dicht unter dem Schädeldach sitzenden, durch Verkalkungen einen deutlichen Konsistenzunterschied gegenüber dem übrigen Schädelinhalt aufweisenden Herden nachweisen konnte, den Wert der Röntgenuntersuchung, die allerdings meist nur bei Mitbeteiligung der Knochen und bei Verkalkungen Aufschlüsse über den Sitz der Geschwulst geben würde, und schließlich die explorative Hirnpunktion nach Durchbohrung des unversehrten Schädels. Mit dieser letzteren Methode wurden in der letzten Zeit in der Hallenser Nervenklinik allein fünf Geschwulstfälle sicher erkannt und dadurch der Operation zugänglich gemacht. Das von K. dabei angewandte Verfahren, die Anwendung mehrfacher Punktionen zur Feststellung der Ausdehnung der Geschwulst, die Vermeidung von Gefäßverletzungen usw. werden vom Verf. ausführlich besprochen. Punktiert soll nur dann werden, wenn entschiedene lokaldiagnostische Anhaltspunkte durch die klinische Untersuchung gewonnen wurden. In der genannten Klinik wird die auf Grund der Punktionen erweiterte und modifizierte Diagnose dem Chirurgen schriftlich begründet mitgeteilt, während der Operation durch fortgesetzte, von pathologischen Anatomen im Operationssaal selbst vorgenommene Untersuchungen der Charakter der exzidierten Gewebsstücke festgestellt, bis allseitig im gesunden Gewebe operiert wird.

Kramer (Glogau).

---

8) **E. S. Yonge.** The treatment of intractable hay fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve.

(Lancet 1908. Juni 13.)

Verf. empfiehlt in verzweifelten Fällen von Heufieber und nasalen Neurosen die Resektion des nasalen Astes des V. Nerven, die er in der Augenhöhle am Foramen ethmoidale anterius vornimmt. Die Erfolge, die Verf. den Pat. anfangs nur sehr vorsichtig in Aussicht zu stellen wagte, waren überraschend gute. Auch das dritte Symptom der Trias (Heufieber, intermittierende Coryza sind die beiden ersten), das Asthma, schwand, ein Beweis mehr, daß dieses als reine Reflexneurose aufgefaßt werden muß. Nachuntersuchungen ergaben am Nasenseptum, an der Conjunctiva und an der Augenlid- bzw. Nasenspitzenhaut verringerte Empfindung, doch keineswegs völlige Anästhesie.

Die folgende, der Arbeit entnommene Tabelle zeigt die Symptome des Heufiebers zusammen mit der Verteilung der nasalen Nerven.

Zweige des nasalen Nerven	Verteilung der Zweige	Symptome des Heufiebers, die die Irritationsreflexe des nasalen Nerven darstellen
Innerer Ast	Vorderer Teil des Septum	Niesen, Hypersekretion, Verstopfung der Nase. Gebessert od. geheilt durch Kauterisation d. vorderen Nasenhöhlenpartien
Äußerer Ast	Vorderer Teil der Außenwand der Nasenhöhle	
Infratrochlearer Ast	Caruncula lacrimalis, Conjunctiva, Tränensack, Haut der Augenlider	Jucken am inneren Canthus, Kongestion d. Conjunctiva, Tränenträufeln, Rötung u. Schwellung der Augenlider
Ast zum Frontalsinus	Schleimhaut d. Sinus frontalis	Stirnkopfschmerz
Vorderer Ast	Nasenflügel und -Spitze	Rötung der Nasenflügel u. -Spitze
Lange Ciliarnerven	Ciliarmuskel	Photophobie
Ast zum Ciliarganglion	Iris, Cornea	

H. Ebbinghaus (Dortmund).

9) **A. Meyer** (Berlin). Angina ulcero-membranosa sive necrotica und ihre Erreger (Plant-Vincent'sche Angina).

(Sammlung klin. Vorträge Nr. 476/477.)

Unter Berücksichtigung der umfangreichen Literatur und der an 30 eigenen Fällen gesammelten Erfahrungen schildert M. die nekrotische Angina, die von Bergener zuerst beobachtet, dann v. Strümpell ausführlich beschrieben und deren spezifische Infektion durch den Spindelbazillus und eine Spirochäte zuerst von Plaut erkannt worden ist; die Reinzüchtung dieser auch bei Stomatitis von Bernhein nachgewiesenen Bakterien gelang Lewkowicz bzw. Mühlens, während Vincent erst etwas später über seine diesbezl. Versuche berichtet und eine Schilderung der Krankheit gegeben hat, wobei er auch die Rolle der »Symbiose fusospirillaire« bei anders gearteten Affektionen in Mund

und Rachen usw. näher berücksichtigte. Die meist einseitig an einer Mandel auftretende, selten (M. beobachtete es zweimal) auf die Gaumenbögen übergreifende Affektion beginnt bei Kindern ziemlich akut, bei Erwachsenen gewöhnlich schleichend und zeigt einen gutartigen Verlauf, der mit den schweren Veränderungen an den Mandeln, der Drüsenschwellung und dem Foetor ex ore kontrastiert. Solange die Krankheit fortschreitet, überwiegen die Spindelbazillen und Spirochäten absolut im Abstrich, um erst bei Nachlassen der Erscheinungen die Begleitbakterien (Strepto- und Staphylokokken, Diphtheriebazillen usw.) mehr hervortreten zu lassen. M. schildert eingehend die bakteriologischen Befunde, das Vorkommen der Krankheit, ihr sporadisches und gruppenweises Auftreten, ihr klinisches Bild, die Affektionen, bei denen gleichfalls die Symbiose fusospirillaire gefunden wird (Hospitalbrand, Stomacace, Stomatitis mercurialis, die Noma usw.), die Komplikationen und Diagnose, zu deren Sicherung die mikroskopische Untersuchung notwendig ist, um bei der Besprechung der Differentialdiagnose den Unterschied im klinischen Bild und Verlauf namentlich gegenüber der Diphtherie näher zu beleuchten. Auch auf die Unterscheidung gegen den harten Schanker der Mandel wird hingewiesen. — In therapeutischer Beziehung empfiehlt M. vor allem die örtliche Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd.

Der die Literatur sorgfältig berücksichtigende Vortrag darf besonders willkommen geheißen werden. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Massabuau.** La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 10 u. 12.)

So wenig Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Klinik und Behandlung der gemischten Geschwülste der Speicheldrüsen bestehen, so strittig ist noch ihre Struktur und Genese. Die epithelial-drüsige, hauptsächlich in Frankreich von Malherbe und Berger vertretene und die in Deutschland verbreitete endotheliale Auffassung stehen sich schroff und unvermittelt gegenüber. Demgemäß scheiden sich auch die Ansichten über die Genese dieser Geschwülste.

M. hat nun sehr sorgfältig vier gemischte Geschwülste der Parotis, eine der Submaxillaris und eine der Gaumensegeldrüsen untersucht und in seinen Fällen stets nachweisen können, daß die Zellhaufen sowie die wirklichen und scheinbaren Drüsen (Zellhaufen mit zentraler Degeneration) sicher aus Epithelzellen bestehen. Selbst einzelne, an der Peripherie der zusammenhängenden Zellmassen isoliert gelegene Zellen lassen sich in dünnen, gut gefärbten Schnitten durch ihren chromatinreichen Kern und ihr reichliches, scharf begrenztes, nach van Gieson orange gefärbtes Protoplasma stets noch als Epithelzellen erkennen und dürfen daher nicht als Bindegewebszellen, die zu den komplexen Zellhaufen überleiten, angesehen werden. Ein Gleiches gilt von den Zellhaufen, die sich in Lymphspalten oder -gefäßen finden.

Die typischen Acini und Ausführungsgänge lassen selbstverständlich gar keinen Zweifel an ihrer epithelialen Abkunft zu.

Die Annahme der Entstehung der gemischten Speicheldrüsengeschwülste aus dem Drüsengewebe selbst hält M. indes nicht für genügend, um ihren komplizierten Aufbau zu erklären. Die zunächst sehr bestechende Ableitung vom Kiemenapparat (Cuneo, Veau) läßt bei den gemischten Geschwülsten der Lippen-, Wangen- und Gaumensegeldrüsen im Stich und erklärt auch nicht die drüsigen und adenomatösen Formationen der Geschwülste.

M. schließt sich deshalb der Ansicht Wilms' an, welcher die Geschwülste auf ektomesodermale, zunächst latent bleibende Absprengungen bei der embryonalen Anlage der Speicheldrüsen zurückführt. Sie gilt auch für andere drüsige Organe (Niere, Hoden, Eierstock, Schilddrüse und Pankreas) und erklärt am besten die verschiedenen Anordnungen des Epithels, das sich natürlich in derselben Richtung differenzieren kann wie im Drüsenkeim selbst. Ebenso ist die Polymorphie des Geschwulststromas bei Zugrundelegung embryonalen Bindegewebes ohne weiteres verständlich.

M. hält es nicht für ausgeschlossen, daß derartige embryonale latente Speicheldrüsenkeime in embryonalen oder fertigen Speicheldrüsen aufgefunden werden, womit die Theorie Wilms' exakt bewiesen wäre.

Gutzelt (Neidenburg).

11) P. Klemm. Die operative Therapie des Morbus Basedowii.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

K. ist es vornehmlich daran gelegen, den Begriff der Basedowschen Krankheit festzustellen und besonders gegen die Struma vasculosa und die sog. Formes frustes abzugrenzen. Nach seiner Ansicht wird dem Basedow durch die vaskulösen Symptome sein eigenartiges Gepräge verliehen. Er konnte die letzteren bei seinen sämtlichen Fällen konstatieren, insofern er immer Vergrößerung, Pulsation, Schlängelung der Gefäße und vielfach auch Pulsation der ganzen Drüse vorfand. In einer Reihe von Fällen fanden sich diese Veränderungen des Gefäßsystems nur an einzelnen Arterien, bei den schwersten Pat. aber auch an allen. Jedoch nicht nur an der Schilddrüse treten beim Basedow vaskulöse Störungen auf, sondern auch in den übrigen Körperabschnitten, und die Schwere der Erkrankung hat ihren Gradmesser im allgemeinen in der Ex- und Intensität der vaskulösen Zeichen.

Verf. hat 32 Fälle operiert und bei allen durch Exzision der erkrankten Schilddrüsenhälfte Heilung von der Operation erzielt. War die ganze Drüse erkrankt, so wurden die Gefäße der bleibenden Hälfte unterbunden. Der Eingriff wurde stets ohne Allgemeinnarkose ausgeführt. Eine Beziehung zwischen der Größe des Kropfes und Schwere der Erscheinungen bestand nicht. Es gab schwere Fälle mit kleinem Kropf und umgekehrt.

K. sieht die Basedowerkrankung als eine Vergiftung an, die durch toxische in der Schilddrüse gebildete Substanzen hervorgerufen wird. Der Anschauung anderer Autoren, daß eine Veränderung des Gefäßnervensystems das Primäre sei, kann er nicht beitreten. Wahrscheinlich haben diese toxischen, in ihrer Natur noch unbekannten Stoffe eine elektive Wirkung auf die Gefäße; daß sie am meisten auf die Schilddrüsengefäße Einfluß ausüben, ist aus der stärkeren Konzentration am Ort des Entstehens zu erklären.

Von einer Heilung des Basedowleidens spricht K. dann, wenn die Zeichen der krankhaften Vaskularität geschwunden sind und der Kranke sein psychisches Gleichgewicht so weit wiedergefunden hat, daß er den Anforderungen des Lebens gerecht werden kann. Auf der Höhe eines Anfalles zu operieren, wurde vermieden. Bei solchen Fällen wurde durch kühle Halbbäder zum Eingriffe vorbereitet. Von 27 Pat., die weiter beobachtet werden konnten, liegt bei 25 ein gutes Dauerresultat vor. Bezüglich der Indikationsstellung zum Eingriff äußert sich K. dahin, daß derselbe vorgeschlagen werden darf, sobald die Diagnose gestellt ist. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

12) **Fraenkel.** Über die Verknöcherung des menschlichen Kehlkopfes.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 3.)

Auf Grund der Untersuchungen an nahezu 500 Kehlköpfen aller Lebensalter von Chievitz, Scheier, Bergeat und F. lassen sich bezüglich der Ossifikation des Kehlkopfes folgende Gesetze aufstellen:

Die Ossifikation des Kehlkopfes ist ein durchaus normaler physiologischer Vorgang, der seinen Anfang nimmt um die Zeit, wo das übrige Skelett im Abschluß seines Wachstums begriffen ist.

Die ersten Kalkdepots fand man fast ausnahmslos beim männlichen wie beim weiblichen Geschlecht in den unteren Abschnitten des hinteren Randes des Schildknorpels, bald im Unterhorn selbst, bald in den an dieses oben angrenzenden Teilen.

Unterschiede in der Ausbreitung der Verknöcherung bei den beiden Geschlechtern konnte Verf. erst in den höheren Dezennien nachweisen, in den jüngeren Jahren fehlen sie.

Den von Chievitz und namentlich von Scheier als für die Ossifikation des männlichen Schildknorpels charakteristisch bezeichneten, von der Mitte des unteren Randes nach aufwärts laufenden Knochenzapfen fand auch F., doch scheint dieser in weniger ausgesprochener Form auch beim Weibe vorzukommen. Nach dem fünften Dezennium kann die Verknöcherungszone in der ganzen Höhe der Platte nach vorn rücken, jedoch ohne ganz den vorderen medialen Teil der Platte zu befallen (»Ossifikation in breiter Front« nach F.); oder der Prozeß verläuft so, daß in den untersten Teilen des Schildknorpels die Knochenbildung am weitesten gediehen ist, während nach oben zu der Kalkgehalt abnimmt (»terrassenförmige Verknöcherung der Schildknorpelplatte« nach F.). Beide Typen hält Verf. als durch-

aus charakteristisch für den sich am weiblichen Kehlkopf abspielenden Ossifikationsvorgang.

Ein medianer im Schildknorpelwinkel gelegener Knochen kommt bei beiden Geschlechtern vor.

Später als am Schildknorpel setzt am Ringknorpel die Verknöcherung ein, und zwar gilt das gleichmäßig für beide Geschlechter. Bei weitem am häufigsten werden die ersten Kalkherde am oberen Rande der Ringplatte entsprechend der Artikulation mit den Gießbeckenknorpeln angetroffen, auch totale Ossifikation des Ringknorpels kommt vor, indes viel weniger häufig als am Schildknorpel; beim Weib ist sie sehr selten.

Der Gießbeckenknorpel verkalkt und verknöchert zuletzt; meist erst nach dem dritten Dezennium.

Viel später als die Kehlkopfknorpel ossifizieren die Luftröhrenknorpel.

Zusammenfassend ist zu bemerken, daß mit zunehmendem Alter die Ossifikation der Kehlkopf- und Luftröhrenknorpel stärker ausgeprägt ist; doch gestattet der Grad der Ossifikation keinen sicheren Schluß auf das Alter.

Chronischer Katarrh, spezifische Entzündungen, z. B. bei Phthisikern, endlich Konstitutionsanomalien können als *begünstigende Faktoren* nicht bezeichnet werden.

Herzfehler und Lues scheinen die Ossifikation eher zu hemmen.

Nach einer besonderen Ursache der Ossifikation zu suchen, erscheint zwecklos; sie ist ein physiologischer Vorgang.

Gaugele (Zwickau).

---

13) **Vaquez.** Traitement des épanchements pleuraux récidivants par les injections gazeuses.

(Acad. de méd. Séance du 26. Mai 1908.)

Bei rezidivierenden pleuralen Ergüssen erzielt man gute Erfolge durch Einleiten von Gasen in die Pleurahöhle nach vorgenommener Punktion und Entleerung der vorhandenen Flüssigkeit. In manchen Fällen hat die Gasinjektion kurative, in anderen nur palliative Wirkung. Verf. nimmt an, daß es sich da um eine Druckwirkung handelt, indem der eingeleitete gasförmige Körper einen neuerlichen Erguß von Flüssigkeit verhindert. Es ist also von Vorteil, solche Gase zu injizieren, die einer sehr langsamen Resorption unterliegen, und ist hierzu am geeignetsten der Stickstoff. Man spritzt hiervon etwa die Hälfte soviel als die durch Punktion entleerte Flüssigkeitsmenge beträgt ein, also ein Stickstoffvolumen für zwei pleuraler Flüssigkeit.

E. Toff (Braila).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Frage der sog. „Madelung'schen Deformität" des Handgelenkes, mit besonderer Rücksicht auf eine umgekehrte Form derselben.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. De Witt Stetten in Neuyork,

Assistent Visiting Surgeon am Deutschen Hospital.

Hierzu 2 Röntgenogramme und 2 Photographien.

Im letzten Jahre ist das Interesse für die merkwürdige Deformität des Handgelenkes, welche Madelung (1) im Jahre 1878 auf dem VII. deutschen Chirurgenkongreß zuerst beschrieb, und die seitdem nach ihm benannt ist, wieder rege geworden. Viele Fälle sind gesammelt und mehrere wichtige Beiträge kürzlich geliefert worden, vor allem von Pels-Leusden (2), Estor (3), Siegrist (4) und Franke (5), aber es herrscht immer noch keine Übereinstimmung, weder in bezug auf die Ätiologie noch auf die Pathogenese dieser Erkrankung, so daß man noch im Zweifel ist, was eigentlich unter einer »Madelung'schen Deformität« verstanden wird.

Diese Gründe haben mich veranlaßt, den folgenden Fall, der das genaue Gegenteil des gewöhnlichen Typus darstellt, kurz zu beschreiben. Ich bin der Ansicht, daß er, gerade weil er atypisch ist, besonderes Licht auf diesen rätselhaften Zustand wirft.

Marie H., 12 Jahre alt, ohne Erbfehler, keine Rachitis, noch Unfall. Vor 5 Monaten bemerkte die Mutter zuerst eine Verbiegung des linken Handgelenkes, welche sich allmählich entwickelte. Vor ein paar Wochen trat eine ähnliche Affektion des rechten Vorderarmes auf, aber nicht in dem Maße als auf der anderen Seite. Über Funktionsstörung beklagt sich Pat. selbst nicht.

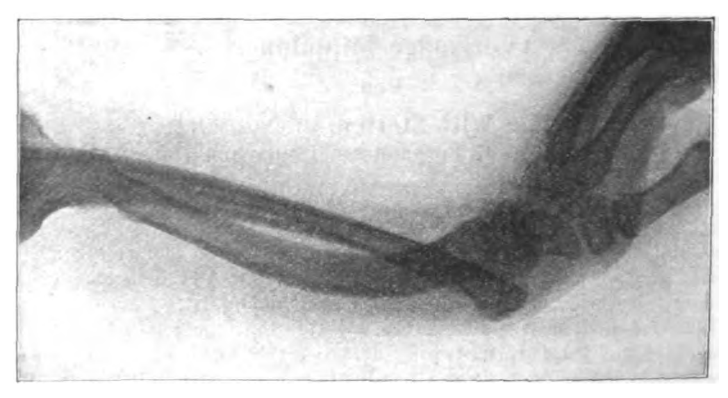
Sie ist ein gut entwickeltes, gesundes Kind, ohne Merkmale von rachitischer oder anderer Difformität, außer an beiden Handgelenken und Vorderarmen, hauptsächlich links. Es besteht eine scheinbare Luxatio posterior der Handgelenke, mit den Händen in Ulnaradduktion. Der Processus styloideus der Ulna ragt auf der Ulnarfläche bedeutend vor. Von der Seite betrachtet, gleicht der Zustand sehr der Gabeldeformität einer Colles'schen Fraktur. Beim Palpieren fühlt man deutlich eine Krümmung des unteren Radiusendes mit der Konvexität nach vorn und zur radialen Seite. Am linken Arme ist der Radius 2,75 cm, am rechten 2 cm kürzer als die Ulna. Aktive und passive Bewegungen sind gleich und schmerzlos. Linker Arm: Dorsalflexion und Ulnaradduktion der Hand sind sehr über die Norm erhöht, während Volarflexion und Radialadduktion sehr behindert sind, ja die letztere fast gänzlich aufgehoben ist. Rechter Arm: Funktionsänderung gering. Nur eine Behinderung der Radialadduktion. Pronation ist nur ein wenig erschwert, hauptsächlich auf der linken Seite, Supination dagegen mehr; links ist sie nur $1/3$ der Norm.

Mit den Röntgenstrahlen läßt sich eine leichte Verbiegung der Ulna, mit der Konvexität nach hinten gerichtet, nachweisen. Es besteht eine bedeutende Krümmung des unteren Drittels des Radius, konvex vorn und auf der radialen Seite. Wenn die Hand proniert wird, sieht man die Gelenkfläche des Radius ulnarwärts gedreht; und die erste Reihe der Karpalknochen bildet einen scharfen Winkel mit dem Os lunatum an der Spitze anstatt des leichten Bogens des normalen Gelenkes. Dieser Knochen ragt zwischen die distalen Enden beider Vorderarmknochen keilförmig hinein, doch scheinen Ossa naviculare et lunatum im normalen Verhältnis

zur Radiusgelenkfläche zu stehen. Die Radiusepiphyse hat sich dem Ulnaende genähert, so daß *sie*, *links*, das letztere etwas überdacht.

Die Epiphysenlinie des Radius ist etwas unregelmäßig, und direkt über derselben, an der Ulnarseite, besteht eine unbestimmte, durchsichtigere Zone, oberhalb welcher, links, ein kleiner dornartiger Fortsatz ulnarwärts vorspringt. (Exostose?)

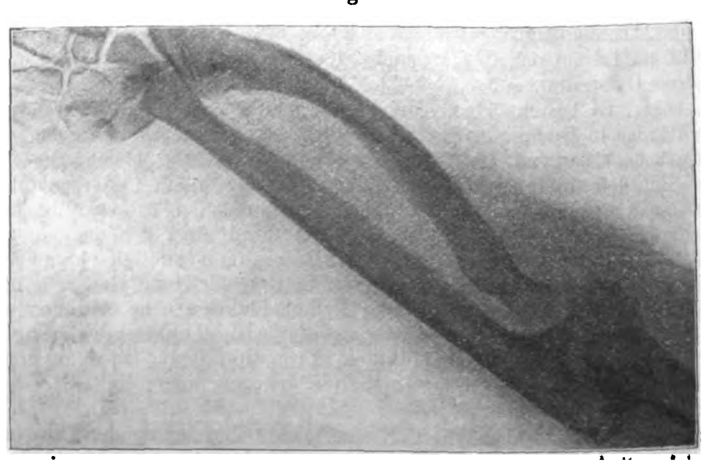
Fig. 1.



Radio-ulnare Aufnahme mit der Hand in Halbpronations- und Dorsalflexionsstellung. Links.

Bei der radio-ulnaren Aufnahme sieht *man* die *untere* Gelenkfläche des Radius nach hinten gerichtet. Der Carpus ist dieser Bewegung gefolgt, so daß das Ulnarköpfchen anscheinend frei auf der Volarfläche des Gelenkes liegt. All diese Veränderungen sind ausgeprägter auf der linken Seite.

Fig. 2.



Aufnahme in Pronationsstellung der Hand. Links.

Dieser Fall zeigt also alle Merkmale, welche augenblicklich als charakteristisch für eine »Madelung'sche Deformität« angesehen werden, mit dem Unterschiede:

1) daß die untere Radiusgelenkfläche nach hinten anstatt nach vorn gerichtet ist,

2) daß eine scheinbare Subluxation der Hand dorsalwärts anstatt volarwärts besteht, und

3) daß eine Luxatio anterior des unteren Ulnarendes im Radioulnargelenk anstatt einer Luxatio posterior, wie in den typischen Fällen, vorhanden ist.

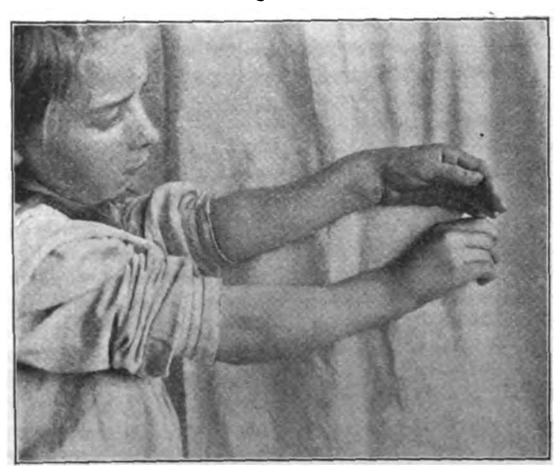
Fig. 3.



Nur ein anderer ähnlicher Fall erscheint in der Literatur. Er ist von Kirmisson (6) beschrieben worden und gleicht meinem auf das genaueste, nur daß seine Pat. Zeichen von Rachitis hatte.

Zum Schluß möchte ich die Aufmerksamkeit auf das Folgende lenken: Dieser Fall ist, übereinstimmend mit der Mehrzahl der Chirurgen, welche eine »Madelung'sche Deformität« nicht als eine wirkliche, sondern als eine scheinbare Luxation des Carpus ansehen, bedingt durch die Verkrümmung des unteren Radiusendes und eine Drehung der Gelenkfläche. Der Carpus behält seine normalen Verhältnisse zum Radius bei, aber die Ulna ist im unteren Radio-ulnargelenk luxiert. Die Krankheit tritt spontan in der Wachstumsperiode auf, entwickelt sich allmählich und ist höchstwahrscheinlich bedingt durch eine un-

Fig. 4.



regelmäßige Ossifikation des unteren Endes der Radiusdiaphyse. Es ist kein Grund vorhanden, diese Krankheit kongenitaler Belastung, Entzündungsprozessen, Trauma

oder Rachitis zuzuschreiben, doch mögen diese anscheinend ähnliche Deformationen hervorrufen.

Es bestehen zwei bestimmte Formen, analog dem Genu valgum und Genu varum:

a. Die Fälle, in welchen die untere Gelenkfläche des Radius nach vorn und ulnarwärts gedreht, die Ulna nach hinten luxiert ist, und anscheinend eine Subluxatio anterior der Hand besteht. Dies sind die gewöhnlichen Fälle.

b. Die, welche Kirmisson's und meinem Fall entsprechen, in welchen die Gelenkfläche nach hinten und zur Ulna gedreht ist, mit Luxatio posterior des Ulnaendes und Subluxationsstellung der Hand nach hinten.

Therapeutisch kommt nur die Osteotomie des Radius nach vollendetem Wachstum in Betracht, falls die Funktionshindernisse und die kosmetischen Erfordernisse Anlaß dazu geben.

Eine ausführliche Beschreibung des obigen Falles mit einem kritischen Überblick der Literatur wird binnen kurzem erscheinen.

Literatur.

1) Madelung, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1878. Bd. VII. p. 259—276.

2) Pels-Leusden, Deutsche med. Wochenschrift 1907. Bd. XXXIII. p. 372 bis 374.

3) E. Estor, Revue de chirurgie 1907. Bd. XXVII. p. 145 168, 317—348.

4) H. Siegrist, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1908. Bd. XCI. p. 524—586.

5) Franke, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1908. Bd. XCII. p. 156—180.

6) E. Kirmisson, Les difformités acquises de l'apparail locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence. Paris, 1902. p. 367—372.

---

14) **Hochenegg.** Jahresbericht der II. chirurgischen Klinik zu Wien. 1906.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1907.

Gleich seinem Vorgänger bringt der Jahresbericht für das Jahr 1906 der II. chirurgischen Klinik in Wien eine Fülle interessanter Mitteilungen. Hervorhebung verdient H.'s Einleitung, in der er eine Frage anschneidet, die auch andere klinisch lehrtätige Chirurgen beschäftigt oder noch beschäftigen wird, die erschreckende und in Zunahme begriffene qualitative Einschränkung des Lehrmaterials. Zu einer verhältnismäßig großen Zahl von Bauchoperationen an H.'s Klinik steht die Extremitäten- und Verletzungschirurgie in einem erstaunlichen Mißverhältnis. Auch in anderer Beziehung ist das Material als überaus lückenhaft und unzureichend zu bezeichnen. So konnte H. im ganzen Berichtsjahre keine Tracheotomie, keine Trepanation, keine regelrechte Empyemoperation, keinen Fall von Hirnerschütterung, von Hirndruck, keinen Schädelbruch, keine frische Wirbelsäulenverletzung, keine Nierenverletzung, nur eine Thoraxschußwunde usf. zeigen; der Mangel an Extremitätenchirurgie erlaubte nicht einmal die Demonstration der gewöhnlichsten Amputationen und Resektionen am Lebenden. Das vorhandene operative Material ist zudem zu einförmig; es besteht aus Fällen, deren Operation gewagt erscheint oder zur chirurgischen Alltäglichkeit geworden ist. Die Ursachen liegen in der jedes Bedürfnis deckenden Versorgung der Provinz und der Großstadtperipherie mit Fachchirurgen, in der großen Zahl neu entstandener Ambulatorien und in der Absorbierung eines großen Materialteiles durch Orthopäden, Laryngologen, Otiater, Urologen und Gynäkologen, deren Gebiete zusehends gewachsen sind. Die nicht nur im Interesse der kommenden Ärztegeneration dringend nötige Abhilfe glaubt Verf. zum Teil durch die obligatorische Überführung aller Verletzungen in die Kliniken schaffen zu können. Die frühere Popularität der Kliniken, in denen im Gegensatz zu kleineren Krankenhäusern der Kranke sich die klinische Vorstellung gefallen lassen muß, und in denen die Aus-



führung operativer Eingriffe auch dem lernenden Chirurgen überlassen werden soll, hat gelitten; sie wäre durch Herabsetzung der Pflegesätze und Aufbesserung der Verpflegung, durch Schaffen von Freibetten für die chirurgische Kinderabteilung u. dgl. zu heben. — Im wissenschaftlichen Teile des Jahresberichtes finden sich von H. und seinen Mitarbeitern 16 zum Teil sehr interessante Vorträge und Demonstrationen; die Arbeiten sind schon an anderen Stellen veröffentlicht worden, es sei hier nur auf sie hingewiesen. Der umfangreichste Teil des Bandes, der etwa 180 Seiten umfassende, mit großem Fleiß ausgearbeitete ärztliche Bericht, bringt in übersichtlicher Anordnung eine Fülle kasuistischer Mitteilungen, die durch eine Anzahl klarer Abbildungen ergänzt werden. **W. Goebel** (Köln).

15) **Tetsuo Miyata.** Beiträge zum Kapitel der totalen Skalpierung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

M. erweitert die bisherige Kasuistik von totalen Skalpierungen um drei neue Fälle, darunter einen selbst behandelten, der durch Transplantationen geheilt wurde.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

16) **J. B. Kaplan.** Zur Kasuistik der otogenen Meningitiden.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 11.)

Die 19jährige Pat. litt seit 4 Jahren an rechtsseitiger eitriger Otitis media. Vor 2 Tagen — nach Angina — hat sich der Ohrfluß verstärkt. Meningitis, Parese des rechten Facialis und Abducens; Blick nach links gerichtet. Probepunktion des Rückenmarkskanals ergibt trübe Flüssigkeit mit viel Eiterkörperchen, hauptsächlich vielkernigen Leukocyten und Diplokokken. Tod nach 3 Tagen. Sektion: rechtsseitige Otitis media, eitrige Meningitis an der Schädelbasis; Eiter hauptsächlich in der linken Felsenbeingegend. Nach Prof. Werchowski, in dessen Klinik der Fall beobachtet wurde, ist der nach links gerichtete Blick der Pat. ein Zeichen, daß auf derselben Seite mehr Eiter als rechts vorhanden war. Er sah schon früher einen solchen Fall. Das Symptom verdient nachgeprüft zu werden. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

17) **Barker.** On the possible use of lumbar puncture in the treatment of otitic meningitis.

(Proceedings of the royal soc. of med. 1908. April.)

Auf Grund der guten Erfolge, welche Lenhartz mit der Lumbalpunktion bei Zerebrospinalmeningitis hatte, tritt B. für häufig wiederholte Spinalpunktion bei eitriger Meningitis im Anschluß an Ohrerkrankungen ein. Von drei Pat. konnte er zwei durchbringen. Bei dem ersten Kranken war trotz Radikaloperation die Entzündung nach dem Wirbelkanal fortgekrochen und hatte schwer eitrige Spinalmeningitis veranlaßt (Mikrokokkus catarrhalis). B. hat 14mal punktiert, jedesmal 10—12 ccm abgelassen. Bei dem zweiten Kranken fand sich ein Abszeß hinter dem Gehörgang (Pseudodiphtheriebazillen), gleichfalls 14 Punktionen. Ein 16jähriges Mädchen, bei dem es sich um eine Streptokokkeninfektion handelte und ausgedehnte Karies des Schläfenbeins bestand, ging nach 14 Tagen zugrunde.

Von der Einspritzung einer antiseptischen Flüssigkeit in den Wirbelkanal verspricht B. sich nichts. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

18) **Thomas and Cushing.** Removal of a subcortical cystic tumor at a second-stage operation without anesthesia.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 11.)

Genaue Kranken- und Operationsgeschichte des von T. untersuchten und von C. operierten Pat., eines 32jährigen Lehrers und Farmers.

Mit 9 Jahren hatte er eine leichte Kopfverletzung erlitten, 1892 einen Bruch der Nasenbeine.

1895 Beginn der Anfälle mit unbehaglichen Gefühlsempfindungen im Kopf und linker Körperseite, etwa alle Monate einmal. Die Anfälle nahmen an Zahl

und Schwere zu, Bewußtlosigkeit stellte sich dabei ein, die Sehkraft verminderte sich stark, Schwäche in den Extremitäten linkerseits machte sich bemerkbar.

In fünf Etappen, zwischen dem 22. November 1906 und dem 26. März 1907, wurde mit großem osteoplastischem Lappen die Gegend der Rolands'schen Furche freigelegt und schließlich, nachdem das Hirn freigelegt worden war, ohne daß man objektiv etwas gefunden hätte, beim fünften Eingriff in das Hirn eingegangen, ohne daß der bei Bewußtsein befindliche Pat. Schmerzen davon gespürt hätte. 1 cm unter der Rinde des Gyrus postcentralis, nahe dem Sinus sagittalis kam man auf eine Cyste von 5 cm Durchmesser mit klarem Inhalt, die enukleiert wurde.

Pat. genas, hatte bis zum 6. Mai 1907 keinen Anfall mehr gehabt, seine Muskulatur linkerseits hatte er gut in der Gewalt.

Zahlreiche Abbildungen, besonders auch der durch Faradisation bestimmten lokomotorischen Zonen. **W. v. Brunn** (Rostock).

19) **F. Koch.** Moderne Operationen zur narbenlosen Verbesserung der Nasenform.

(Therapeutische Monatshefte 1908. Nr. 21.)

Zur Beseitigung von Nasenhöckern macht K. die Nase durch ein Lokalanästhetikum unempfindlich und löst den Höcker, vom Nasenseptum ausgehend, von innen her aus seiner Verbindung aus und befreit ihn vom Periost. Eine von ihm zu diesem Zweck konstruierte Fräse beseitigt den Höcker durch rotierende und schneidende Bewegungen.

Zur Beseitigung der Sattelnase setzt K. Paraffinstücke vom Innern der Nase aus auf. Die Form dieser Prothese wird erhalten, indem man zunächst ein Negativ der Nase in Gips bildet, von diesem ein Positiv macht, welches sterilisiert wird und durch Aufgießen des Paraffins die neue Nasenform bekommt. Dieses Stück wird abgelöst und eingelegt.

Nach den der Arbeit beigegebenen Abbildungen sind die Resultate K.'s als glänzend zu bezeichnen. **Silberberg** (Breslau).

20) **Morris.** Partial resection of upper and lower maxillae for congenital deformity of the face.

(Annals of surgery 1908. Februar.)

M. behandelte eine junge Dame, deren eine Gesichtshälfte stark hypertrophisch war und sehr entstellend wirkte. Die Hypertrophie war durch die rechten Gesichtsknochen bedingt; infolgedessen meißelte M. nach vorhergegangener Tracheotomie des Kehlkopfes und Tamponade des Schlundes von Inzisionen der inneren Wunde aus Stücke vom Oberkiefer und vom harten Gaumen fort, entfernte den Vomer auf der einen Seite und lockerte das rechte Nasenbein, um es tiefer zu drücken. In einer zweiten Operationssitzung entfernte er ein großes Stück aus dem rechten Unterkiefer und vernähte dann beide Unterkieferhälften mit Silberdraht. Endlich wurden noch, um die abstehenden Ohren anliegend zu machen, aus dem hinteren Teil ovale Hautknorpelstücke geschnitten und der Defekt vernäht. Wie die beigegebenen Photographien zeigen, war eine erhebliche Verschönerung des Gesichtes eingetreten. **Herhold** (Brandenburg).

21) **Garrè.** Fall von Mikrognathie.

Sitzungsbericht der Niederrhein. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn 1907.

Demonstration eines Mannes mit so hochgradiger Mikrognathie, daß er infolge Luftmangels Erstickungsanfälle bekommt und die Aufnahme fester Nahrung behindert ist. Operation nach v. Eiselsberg und v. Mikulicz mit stufenförmiger Durchsägung der horizontaler Unterkieferäste und nachfolgender Naht der auseinandergezogenen Fragmente, ist wegen der Dünnheit des Knochens unmöglich. G. wollte den Unterkiefer median spalten, zunächst einen Elfenbeinstift einlegen, da die Wunde nicht aseptisch zu halten ist. Später sollte derselbe durch ein vom





Wundboden her implantiertes Rippenstück, der Krümmung wegen am besten dem Angulus entlehnt, ersetzt werden.

Nach gütiger Mitteilung G.'s war nach Durchtrennung des Kiefers die Spannung sehr groß. Es wurde daher zunächst ein Elfenbeinzapfen, dann eine zahnärztliche Prothese mit Schraube eingelegt. Gegen den 29. Mai ist der Zustand recht gebessert. Die Kochenimplantation ist noch aufgeschoben.

Deetz (Homburg v. d. H.).

22) **Bogoljuboff.** Adenoma adamantinum.

(Chiurgia Bd. XXIII. Nr. 135 [Russisch].)

Beschreibung eines einschlägigen Falles. Die 27jährige Frau litt seit 2 Jahren an einer Geschwulst des linken Oberkiefers. Resektion nach prophylaktischer Tracheotomie.

Die mikroskopischen Präparate bestätigten die Diagnose, wie aus fünf beigegebenen recht instruktiven Zeichnungen hervorgeht. Verf. betont besonders, daß er in einigen Präparaten die Herausbildung cystenartiger Hohlräume aus mehrschichtigen Komplexen epithelialer Zellen nachweisen kann. An jenen Stellen will er den Übergang des Adenoma adamantinum in das Adenoma adamantinum cysticum direkt beobachten. Verf. schließt daraus auf die gleichartige Genese der soliden, gutartigen Epithelialgeschwülste und der vielkammerigen Cysten des Kiefers, welch letztere aus den ersteren hervorgehen.

Oettingen (Berlin).

23) **Levinger** (München). Ein kongenitaler behaarter Rachenpolyp.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 19.)

Die Geschwulst, die seit der Geburt des Kindes Atem- und schließlich auch Schluckbeschwerden verursachte, hatte mit dem Stiel eine Länge von 6 cm, eine Breite von $1^1/_2$ cm und keulenförmige Gestalt. Die Oberfläche entsprach äußerer Haut mit zahlreichen Härchen. Das $6^1/_2$ Monate alte Kind war sonst normal entwickelt. Heilung durch Abtragung des Polypen mit der kalten Schlinge.

Kramer (Glogau).

24) **D. G. Gorochow.** Zur Kasuistik der Spina bifida. Drei Fälle mit Einschluß des Rückenmarks im Bruchsack.

(Praktitscheski Wratsch 1908. Nr. 15—17.)

Im Moskauer Sophienkinderhospital wurden innerhalb der letzten 7 Jahre etwa 16 Fälle von Spina bifida beobachtet. Drei Fälle enthielten als Inhalt im Bruchsack das Ende des Rückenmarks. Sie betrafen zwei Knaben und ein Mädchen im Alter von 3—10 Monaten. Die Geschwulst war apfel- bis orangengroß, von angiomatös und narbig veränderter Haut bedeckt. Das darin befindliche Rückenmark war 3, 5 bzw. 6 cm lang und wurde — wie die ebenfalls vorgefallenen Nervenbündel — möglichst nahe am Sack abgeschnitten und reponiert. In Fall 1 wurde die quer zur Längsachse des Körpers liegende Öffnung im Kreuzbein durch einen unterhalb derselben entnommenen Periostknochenlappen und darüber durch einen Muskellappen aus dem Latissimus dorsi verschlossen. Heilung; nach $10^1/_2$ Monaten gesund; die vorher vorhandene Urininkontinenz hat sich gebessert. — In Fall 2 wurde der Bruchsack durch Übereinanderlegung der Ränder geschlossen; darüber wurden von beiden Seiten Muskellappen — links mit dem Periost — geschoben und vernäht. Am 5. Tage Tod an Sepsis. — In Fall 3 wurde das große (3×2 cm) Loch durch zwei Lappen zu $^2/_3$ geschlossen; rechts wurde ein Periostknochenlappen über dem Foramen ischiad. maj., links ein Periostknorpellappen dicht am Defekt entnommen und über dem Loche vernäht. Heilung. — Acht Zeichnungen erläutern die Technik der Operation und zeigen den Zustand vor derselben (in Fall 1 auch nachher). **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

25) **A. M. Wirschubski.** Zur Kasuistik der Spondylitis typhosa.

(Praktitscheski Wratsch 1908. Nr. 17.)

Pat., 18 Jahre alt, Arbeiter, erkrankte 2 Monate nach überstandenem Abdominaltyphus an starken Schmerzen in der rechten Lendengegend. Rücken nach

hinten rechts verkrümmt. Während der 9. oder 10. Woche Abendtemperatur bis 39° C, sonst normal. Behandlung mit Kompressen, Bädern und Salizylpräparaten erfolglos; nach Anlegen eines Gipskorsetts trat — 4 Monate nach Beginn der Krankheit — Heilung ein. **E. Glückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

26) **Dobromyssloff.** Zur Pathologie und Therapie der Tumoren des Glomus caroticum.

(Chiurgia 1908. Nr. 135 [Russisch].)

Ausführliche Behandlung der Anatomie und Histologie des Glomus. Die Geschwülste sind selten. Seit 1891 sind 19 Fälle beschrieben worden, die D. in statistischer Tabelle geordnet hat. D. hat zwei Fälle beobachtet, von denen er einen selbst operierte. Einmal handelte es sich offenbar um ein Peritheliom — Verf. stand nur das Präparat zur Verfügung. Im anderen Falle lag eine kleinapfelgroße Geschwulst vor, die, im linken seitlichen Halsdreieck liegend, bis an den Proc. mastoideus heranreichte. Die Exstirpation war verhältnismäßig leicht. Nach Abbindung der zahlreichen Gefäße, die in die mit fester Kapsel umgebene Geschwulst eintraten, ließ diese sich bequem entfernen, zumal sie nicht wie gewöhnlich hinter, sondern vor der Karotidenteilung lag. Daher kam es auch nicht zu der gewöhnlich notwendigen Unterbindung der Carotis.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zunächst das ausgesprochene Bild des Spindelzellensarkoms. Dennoch gestattete die Anordnung zahlreicher epitheloider Zellkomplexe in der Umgebung schlingenartig gebogener Kapillaren die Annahme, daß es sich in jenem Fall um eine bösartige Neubildung des Glomus handelte.

Diese Geschwülste wachsen langsam. Das männliche Geschlecht scheint prädisponiert, der Beginn des Wachstums liegt meist in den Pubertätsjahren, und besonders häufig ist die linke Seite getroffen. Solange die Kapsel der Geschwulst unversehrt ist, scheint die Bösartigkeit nicht groß, daher oft ein gleichbleibender Status über zehn und mehr Jahre. Wird aber die Kapsel erst durchbrochen, so tritt die feste Umwachsung der Karotiden ein, das Vordringen in das Nachbargewebe usw. Mit diesem Augenblick wird die Bösartigkeit groß.

Prognose und Indikation ergeben sich hieraus von selber.

Oettingen (Berlin).

27) **C. Severeanu** und **I. Jianu** (Bukarest). Versuche zur Behandlung der Neubildungen durch lymphatische Stase: die Ligatur des Bogens des Ductus thoracicus und die Ligatur der Pecquet'schen Zisterne.

(Revista de chir. 1908. Juni.)

Verff. haben die Unterbindung des Ductus thoracicus an jener Stelle, wo er sich in die V. subclavia ergießt, vorgenommen und hierdurch in sehr günstiger Weise die Schmerzen, welche ein großes, nicht operables Sarkom der Bauchhöhle bewirkte, beeinflußt. Auch das Allgemeinbefinden und der Appetit besserten sich. In drei Fällen von inoperablem Karzinom des Gebärmutterhalses wurde die beiderseitige Unterbindung der Artt. hypogastricae und der Cisterna chyli gemacht, und der Erfolg war der, daß die Sekretion, die Blutung und der üble Geruch auffallend abnahmen bzw. ganz verschwanden. Der Allgemeinzustand wurde ebenfalls besser, und die Kranken verloren ihr kachektisches Aussehen.

S. und J. nehmen sich vor, in Zukunft in Fällen von nicht operablen Gebärmutterkrebsen nur die Cisterna chyli und nicht auch die hypogastrischen Arterien zu unterbinden, um den Einfluß der reinen lymphatischen Stase auf das Neugebilde zu studieren. **E. Toff** (Braila).

28) **W. Hinrichs** (Ratzeburg). Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu große Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde. Operation. Heilung.

Inaug. Diss., Leipzig.

Beschreibung eines Falles, der die in der Überschrift angekündigte Eigentümlichkeiten zeigte. Partielle Resektion brachte Heilung. **Stocker** (Bonn).

29) **Delore et Chalier.** Contribution à la chirurgie thyroidienne (goitres et strumites).

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 10.)

Verff. berichten ihre Beobachtungen an 61 gutartigen Kröpfen und 12 Entzündungen in Schilddrüsen oder Kröpfen, welche sie in der Klinik Poncet's operiert haben.

Bei den Kröpfen handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle um Cysten oder Knoten, die 42mal innerhalb der Drüse, 11mal subkapsulär (»énucléation massive«) enukleiert wurden. Nur 7mal wurde wegen diffuser Kröpfe die Resektion oder partielle Thyroidektomie ausgeführt. Ein von zahlreichen Knoten durchsetzter Kropf mit hochgradigem Infantilismus wurde teilweise exstirpiert, wonach sich der Zustand schnell besserte. Fast die Hälfte der Cysten enthielt Blut, das sich entweder allmählich in mehreren Schüben oder ganz plötzlich in die Cyste infolge eines Traumas, einer Infektion, der Menstruation oder Schwangerschaft ergießt und die schwersten Druckerscheinungen verursachen kann. Nicht selten vereitert der blutige Inhalt, gibt aber wohl kaum zur Bildung eines Fibroms Veranlassung, wie einige Autoren behaupten; wenigstens konnten die Verff. in einem äußerst schnell gewachsenen Fibrom von vorangegangenen Blutungen nichts feststellen.

Am häufigsten erfordern die Kröpfe, welche die Nachbarorgane komprimieren, die Operation. Ganz besonders bedürfen der chirurgischen Hilfe jene teilweise retrosternal oder gänzlich mediastinal gelagerten Kröpfe, welche zu schweren Herz- und Lungenstörungen führen und gewöhnlich lange Zeit unter falscher Diagnose innerlich behandelt sind (»forme médicale«). Auch nervöse und psychische Störungen bilden eine dringende Indikation.

Fast bei allen Operationen wandten Verff. Ätherbetäubung an, die sie mit 10 ccm Chloräthyl einleiteten. Die Lokalanästhesie ist bei hinfälligen und kachektischen Kranken oder bei Herz- und Atmungsstörungen angezeigt. Die Tracheotomie darf nur im äußersten Notfall ausgeführt werden. Die oft sehr heftigen Blutungen bei Enukleationen stillen Verff. an dem vorgestülpten Geschwulstbett durch Poncet's »suture hémostatique«. Im übrigen sahen sie, abgesehen von einem tödlich verlaufenen Fall von Empyem, keine Komplikationen bei oder nach der Operation eintreten, beobachteten auch niemals ein Rezidiv.

Die akuten Entzündungen entwickelten sich unter zwölf Fällen 10mal in einem bereits vorher bestehenden Kropf. Die Eiterungen heilen selbst nach breiter Eröffnung zuweilen nicht aus, so daß die sekundäre Ausschälung des Eitersackes sofort oder à froid notwendig wird. In einem Falle wurde sie primär mit bestem Erfolge ausgeführt.

Bei mehreren Kranken haben die Verff. wegen Poncet's entzündlicher Tuberkulose, d. h. bei diffusen oder knotigen Hypertrophien, die durch den Tuberkelbazillus oder seine Toxine verursacht sind, ohne daß es zu spezifisch tuberkulösen Gewebsveränderungen kommt, eingegriffen. **Gutzeit** (Neidenburg).

30) **Cook.** The X-ray and high frequency treatment of exophthalmic goiter.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 10.)

Verf. hat in fünf Fällen sehr befriedigende Resultate gehabt, wo er Morbus Basedow mit Röntgenstrahlen und Strömen hoher Frequenz behandelte. Letztere wirken stark beruhigend auf das Nervensystem, der Appetit wird angeregt, das Körpergewicht hebt sich. Die Röntgenstrahlen wirken auf den Kropf energisch ein: anfangs beobachtet man Verkleinerung der Drüse, dann wieder Anschwellung unter Umständen über das Maß der früheren Größe hinaus und unmittelbar danach die definitive Abschwellung. In zwei Fällen ging auch der Exophthalmus sehr stark zurück, ebenso die Tachykardie. Das Allgemeinbefinden besserte sich erheblich, der Schlaf wurde günstig beeinflußt. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **Kan.** Über einen Fall von kongenitalen Larynxluftsäcken bei einem Kinde von 16 Tagen.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 1.)

Die für stereoskopische Besichtigung angefertigte Photographie gibt ein vorzügliches Bild der beschriebenen Mißbildung, die zu häufigen cyanotischen Anfällen und in einem derselben zum Tode des Kindes geführt hatte. Anatomisch fand sich eine mangelhafte Entwicklung des Aryknorpel, scheidenförmige Lichtung des Kehlkopfes ohne die charakteristischen Prominenzen der wahren und falschen Stimmbänder, und der Stelle der Sinus pyriformes entsprechend zwei nach oben und medialwärts sich erstreckende Wölbungen, die mit Schleimhaut ausgekleidete Luftsäcke darstellte, von denen aber unentschieden gelassen werden mußte, ob sie direkt mit dem Kehlkopfinnern kommunizierten. Interessante Darstellung der verschiedenen Formen der bei Affen so häufig zu beobachtenden Laryngokelen.

Engelhardt (Kassel).

32) **Hansberg.** Über angeborene Membranbildung des Kehlkopfes.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 1.)

Angeborene, aber nur einseitig entwickelte Membran des Kehlkopfes bei einem Neugeborenen, bei dem nach 4 Monaten wegen hochgradiger Dyspnoe zuerst die Tracheotomie, dann die Laryngotomie mit sehr günstigem Erfolg ausgeführt wurde. Die dicke, derbe Membran inserierte unterhalb der vorderen Kommissur, und verlief dem rechten Stimmband eine kurze Strecke adhärent, nach hinten oben, um kurz vor dem Aryknorpel in der Höhe des Taschenbandes zu endigen.

Engelhardt (Kassel).

33) **R. Bloch** (Prag). Ein Fall von gonorrhoischer Miterkrankung eines Kehlkopfgelenkes.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

Der außergewöhnlich seltene Fall betraf einen 19jährigen Pat., der eine 8 Tage alte Gonorrhöe hatte. Es bestand eine Arthritis des rechten Handgelenkes gonorrhoischer Natur und eine ebensolche im Gelenke des linken Aryknorpels. Die Gegend des Aryknorpels war in eine kugelige, kleinhaselnußgroße Geschwulst verwandelt. Die Abheilung der Arygelenksentzündung beanspruchte 4 Wochen. In der gleichen Zeit war auch die Handgelenksentzündung verheilt.

A. Hofmann (Karlsruhe).

34) **S. Möller.** Über Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberkulose.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 1.)

Empfehlung der Epiglottisamputation in geeigneten Fällen; die endolaryngeale Behandlung wurde dadurch erheblich erleichtert, die Schluckschmerzen hörten auf, das Allgemeinbefinden hob sich. Die Operation dürfte übrigens doch häufiger, wenigstens als Teilamputation, ausgeführt werden, als Verf. annimmt.

Engelhardt (Kassel).

35) **Jacson.** Tracheo-bronchoscopy.

(Annals of surgery 1908. März.)

Verf. beschreibt sechs interessante Fälle von Fremdkörpern im Bronchus, die alle mittels Bronchoskop und Zange entfernt wurden. Besonders interessant sind zwei Fälle, in welchen sich einmal eine Schalnadel, das andere Mal eine Schlipsnadel im Bronchus quer gestellt hatten. Die ziemlich große Schalnadel hatte sich dabei mit der Spitze in den Bronchus gebohrt und konnte nur extrahiert werden, nachdem sie durch die eingeführte Zange zerbrochen war. J. schlägt vor, stets bei diesen Operationen große Rundbrillen zu tragen, da dem Operateur sonst Kokainteilchen oder infektiöser Schleim aus dem Bronchus ins Auge spritzt.

Herhold (Brandenburg).

36) **Markuson.** Über Fremdkörper in den Luftwegen der Kinder.

(Chirurgia 1908. Nr. 135. [Russisch.])

Unter Berücksichtigung der gesamten Literatur wird eine Statistik über die in den letzten 20 Jahren im Olga-Hospital zu Moskau beobachteten Fälle gegeben.

Das Thema kann statistisch von verschiedenen Seiten beleuchtet werden. Einige Zahlen seien genannt: In den Jahren 1887—1907 wurden rund 50 Fälle beobachtet. Für Rußland charakteristisch ist, daß es sich in 43 Fällen (86%) um Aspiration von Sonnenblumensamen handelte. 19 Kinder waren noch nicht 2 Jahre alt, 46 Kinder noch nicht 6 Jahre. 14 Kinder wurden am 1. Tage, bzw. sofort in das Hospital gebracht, davon zeigte die Hälfte Erscheinungen der akuten Asphyxie; die übrigen litten an leichten Stenosenerscheinungen. Von den 50 Pat. wurden 5 ohne Operation geheilt, 45 operiert. Von letzteren starben 9, und zwar 6 davon, obgleich der Fremdkörper in der Operation entfernt worden war.

Verf. vergleicht den Wert der Tracheotomie mit dem der bronchoskopischen Methoden und kommt zum Schluß, daß die intralaryngealen diagnostischen und operativen Methoden außerordentlich wertvoll wären, aber eine erstklassige spezialistische Ausbildung verlangten. Deshalb sind sie aber neben der Tracheotomie nicht zu verwerfen, sondern im Gegenteil eifrig zu üben. Die Prognose kann dadurch noch um ein Bedeutendes gebessert werden. **Oettingen** (Berlin).

37) **Ingals.** Removal of a pin from lung by upper bronchoscopy.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 10.)

Mühsame Entfernung eines zylindrischen Stückes Radiergummi mit hindurchgesteckter Stecknadel aus dem rechten Bronchus. Der Gummi maß 1,2 cm in der Länge und 7 mm im Durchmesser, die Nadel war 3 cm lang. Der Pat. war ein 10 Jahre alter Knabe. Verf. operierte in Narkose. Vor 3 Tagen hatte Pat. den Fremdkörper aspiriert. Heilung. **W. v. Brunn** (Rostock).

38) **Vidal.** Appareil à hyperpression pour les interventions thoraciques.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. April.)

Der auf dem Brauer'schen Überdruckprinzip beruhende Apparat ist in folgender Weise zusammengesetzt. Durch einen gewöhnlichen Blasebalg wird Luft in ein Rohr getrieben, welches sich an seinem Ende in drei Röhrchen teilt, die nach Art einer Panflöte nebeneinander, eins jedesmal 1 mm kürzer wie das nächste, angebracht sind. Diese Panflöte taucht in ein offenes Gefäß mit Wasser so ein, daß die aus der Öffnung des kürzesten Röhrchens austretende Luft, um aus dem Gefäß entweichen zu können, den Druck einer Wassersäule von 10 cm Höhe zu überwinden hat. Dieses ist der Druck, unter dem die Luft in dem System stehen soll. Erhöht sich dieser Druck, wie es bei der Blasebalgtätigkeit leicht möglich ist, so tritt auch Luft aus dem zweiten und bei weiterer Erhöhung auch aus dem dritten Röhrchen aus, was einen sehr schnellen Ausgleich zur Folge hat. Tritt eine Druckerniedrigung ein, so wird diese durch eine andere Vorrichtung ausgeglichen; von dem Hauptrohr zweigt ein Seitenast ab, der in eine 15—20 Liter haltende Flasche führt; diese kommuniziert durch eine seitlich dicht über dem Boden befindliche kurze Röhre mit einem etwas kleineren offenen Gefäß. In dieses wird Wasser eingelassen, das sich nach dem Gesetz der kommunizierenden Röhren in beiden Gefäßen verteilt; dabei bleibt in der größeren Flasche über dem Wasserspiegel eine normalerweise unter 10 cm Druck stehende Luftmenge enthalten. Geht nun der Druck unter 10 cm herunter, so wird diese Luftmenge durch das Wasser in das Hauptrohr hineingepreßt und hier der Druck erhöht. Am Hauptrohr sind noch einige weitere Abzweigungen angebracht; durch die eine kann die Luft durch Einschalten eines Hahnes über Chloroform geleitet und mit Chloroformdämpfen gesättigt werden. Eine weitere führt zu einem Manometer, die letzte endlich steht mit einer Gummikanüle in Verbindung, die in den Kehlkopf eingeführt wird, oder neuerdings endigt sie in zwei ovalen Platten, die, ähnlich wie beim Mayer'schen Apparat, durch Kompression der Lippen einen Abschluß der Lungenluft gegen die Atmosphäre bewirken. Von dem letztbeschriebenen Luft zuführenden Rohre zweigt noch ein in einen Gummiballon führendes Röhrchen ab, welches das event. Erbrochene aufnehmen soll.

Den Hauptwert des mehrfach mit gutem Erfolg erprobten Apparates sieht Verf. in seiner Einfachheit, Wohlfeilheit und leichten Transportierbarkeit.

Vorderbrügge (Danzig).

39) **Delorme.** Traitemant des blessures de poumon compliquées d'hémorragies graves.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 598 ff.)

An der Hand zweier, von Ombredanne und Duval operierter Fälle von Lungenschußwunden (deren zweiter, wenigstens nach der Krankengeschichte zu urteilen, zweifellos bei exspektativem Verfahren wohl auch zur Heilung gekommen wäre Ref.) bespricht D. eingehend die Indikationen zu direkten Eingriffen bei penetrierenden Lungenschußwunden. Er möchte mehr als bisher dem aktiven Vorgehen dabei das Wort reden. Sowohl bei primärem als bei sekundärem Hämatothorax, der irgendwie bedrohlich durch Kompression oder den Blutverlust wirkt — bei stärkerer Hämoptöe ebenfalls, — soll das Verhalten des Chirurgen möglichst aktiv sein. In der anschließenden Diskussion werden zahlreiche Ansichten auf Grund reicher Kasuistik laut, die im Original nachgelesen werden müssen.

Kaehler (Duisburg-M.).

Zu der vorläufigen Mitteilung von Stabsarzt Dr. Momburg: „Künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte" in Nr. 23. d. Bl.

Von

Prof. ***Felix Franke*** *in Braunschweig.*

Bei der Bedeutung der von Momburg angeschnittenen Frage der künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte halte ich es im Hinblick darauf, daß wahrscheinlich andere die Versuche Momburg's wiederholen oder zu modifizieren suchen, für geboten, auf meine in einem Falle mit der elastischen Umschnürung 1890 gemachte Erfahrung hinzuweisen.

Ich hatte, wie ich in Nr. 45, Jahrgang 1897 d. Bl., mitgeteilt habe (Die Amputatio colli femoris als Ersatz der Exarticulatio coxae [Darmblutung nach elastischer Umschnürung des Leibes]), um die Kompression der Aorta sicher zu erhalten, eine Pelotte unter die Martin'sche Binde gelegt und dazu in Ermangelung eines besseren in der Eile eine porzellanene Nadeldose benutzt. Die Blutstillung nun war eine vollkommene, es kam aber nach der Abnahme der Binde zu reichlichen, anfangs etwas blutigen Durchfällen, die allerdings keinen vollen Tag anhielten; sonst zeigte sich kein Schaden.

Da der betreffende Pat. sehr mager war, besteht die Möglichkeit, daß nicht die elastische Umschnürung an sich, sondern der Druck der Eingeweide gegen den scharfen Rand der Nadeldose die Blutung verursacht hat. Ja, nach den günstigen Erfahrungen Momburg's mit der einfachen Umschnürung ist das sogar sehr wahrscheinlich.

Meine und namentlich Momburg's Erfahrungen fordern zu weiteren Versuchen auf. Falls die einfache Umschnürung bei gut genährten Personen versagen sollte, empfiehlt es sich, den Versuch unter Benutzung einer Pelotte mit stumpfen Rändern zu wiederholen, in ähnlicher Weise, wie es schon v. Esmarch in seinem Handbuch der kriegschirurgischen Technik (3. Aufl. 1885, p. 213) vorgeschlagen hat.

Berichtigung. Im Aufsatz: »Beitrag zur Ätiologie des angeborenen Schulterblatthochstandes« in Nr. 29, p. 884, 3. Z. v. u. muß es heißen: Als es $1/2$ Jahr alt war, wurde rechtsseitiger Schulterblatthochstand und rechtsseitiger Schiefhals bemerkt.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 32. Sonnabend, den 8. August 1908.

Inhalt.

Jodpinselungen zur Erzielung schmaler Narben.

Von

A. Schanz in Dresden.

Daß Operationswunden mit Hinterlassung denkbar geringster Narben heilen möchten, ist ein berechtigter Wunsch unserer Pat. Man sollte meinen, daß unser Streben nach einem reizlosen Wundverlauf diesem Wunsche denkbar weit entgegenkommt. Das ist aber nicht der Fall. Gewiß hinterläßt eine Operationswunde bei aseptischem Verlauf eine viel geringere Narbe als eine Wunde, welche unter Eiterung heilt. Aber die ganz reizlose Wunde, welche den asepti-

schen Operateur zufriedenstellt, gibt sehr häufig nicht die schmale Narbe, welche unser Pat. wünscht und welche wir erwarten. Wenn man aus einer solchen Wunde nach 8, nach 10 und 12, ja nach 14 Tagen die Nähte entfernt, so sieht man sehr häufig die obersten Schichten der Haut, welche ganz exakt zusammengelegt waren, ein wenig voneinander weichen. Es entsteht ein kleiner, keilförmiger Spalt, der sich von der Tiefe heraus füllt, und wir erhalten nicht eine strichförmige Narbe, sondern eine von der Breite dieses Spaltes — einen ein paar Millimeter breiten Narbenstreifen.

Läßt man die Nähte länger liegen, so erhält man zwar die strichförmige Narbe, aber man bekommt dafür große Stichnarben.

Wenn man auf diese Erscheinungen bei der Heilung von Hautwunden achtet, so wird man bemerken, daß oftmals Wunden, die uns in ihrem Aussehen nicht vollständig befriedigen, weil sie leichte Reizerscheinungen zeigen, günstigere Narbenbildung geben. Wir sehen an solchen Wunden, deren Reizung natürlich nicht so weit gehen darf, daß Sekretion entsteht, sehr rasche Verklebung bis zu den äußersten Rändern und als Narbe einen Strich, der aussieht, als ob er von einem Nadelriß herrühre.

Heute, wo wir die Hyperämie kennen und als Heilmittel zu schätzen wissen, kann uns diese Differenz in der Heilung der ganz reizlosen und der leicht gereizten Wunde nicht überraschen. Ich kann darauf verzichten, darzulegen, wie und warum die durch die Reizung hyperämisierten Wundränder rascher verkleben müssen als die ganz reizlosen der ideal aseptischen Wunde.

Die Schlußfolgerung aus diesem Verhalten ist sehr einfach gezogen. Wenn es uns darauf ankommt, denkbar schmale Narben zu erhalten, so müssen wir die Ränder ideal aseptischer Wunden in einen leichten Reizzustand versetzen. Ein ausgezeichnetes Mittel zu diesem Zweck haben wir in unserer Jodtinktur. Pinselt man damit vor der Entfernung der Nähte die Wunde ein- oder mehreremal, so verkleben die Hautränder rasch so fest miteinander, daß jenes Klaffen mit seiner Verbreiterung der Narbe nicht eintritt.

Seit Jahren übe ich diese Jodpinselungen. Ich nehme dieselben 3—5 Tage nach der Operation vor. Bei kleinen, an gut ernährten Partien liegenden Wunden begnüge ich mich mit einer einmaligen Pinselung. Bei größeren Wunden und an weniger gut ernährten Stellen wiederhole ich die Pinselungen an 2—5 aufeinander folgenden Tagen.

Der Einfluß dieser einfachen Manipulation auf die Narbenbildung ist ein deutlich sichtbarer in dem gewünschten Sinne.

---

1) **V. Bonney.** The connective tissue in carcinome and in certain inflammatory states, that precede its ouset.

(Lancet 1908. Mai 16., 23. u. 30.)

Eine umfassende, aber zu einem kurzen Referat wenig geeignete Arbeit über das Verhalten des Bindegewebes bei Karzinom.

Nach kurzem Überblick über die einschlägige Literatur sowie über die von ihm angewandte Färbetechnik geht Verf. auf seine Untersuchungen über das Gebiet über; das Verhalten der Lymphocyten, der Plasmazellen, der Endothelien, der Leukocyten, der festen Bindegewebszellen, der Mastzellen, der Riesenzellen, des fibrösen und des Elastingewebes wird in bezug auf das Entstehen und die Ausbreitung des Karzinoms geschildert. Sodann werden die Karzinome der Vulva, der Zunge, der Lippe, der Haut, der Brust, der Eingeweide, der Speiseröhre einzeln in ihrem Verhalten zum Bindegewebe eingehend besprochen.

Den Schluß der sehr interessanten Arbeit bilden folgende Kapitel: Das Bindegewebe in seinem Verhalten zur Ausdehnung des primären Karzinoms; das Bindegewebe in seinem Verhalten zu den durchwucherten Lymphgefäßen; das Bindegewebe in seinem Verhalten zu metastatischen Knoten; die Veränderungen in den Lymphdrüsen bei Karzinom; die Frage der Spezifität der Bindegewebsveränderungen, die dem Krebs vorausgehen, bzw. ihn begleiten. Im ganzen sind als Beläge 28 Zeichnungen mikroskopischer Bilder in der Arbeit enthalten.

Als interessantestes Ergebnis dürfte wohl der Satz gelten, »daß kein histologischer Beweis dafür erbracht werden kann, daß von seiten des umliegenden Bindegewebes gegenüber der Krebszelle Schutzmaßregeln auftreten«.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

2) **S. Wideröe.** Hämolyse som diagnosticum vid kancer.

(Nord. kirurg. förenings VII möto 1907. Nord. med. Arkives 1907. Tillägshäfte.)

Verf. hat nach Kelling's Methode mit Serum von 50 verschiedenen Pat. hämolytische Untersuchungen gemacht. Er hat nur Gelegenheit gehabt, seine Versuche mit Hühnerblutkörperchen zu machen. Von den 50 hämolytischen Untersuchungen sind 25 mit Serum von an Krebs oder Sarkom leidenden Pat., die übrigen 25 mit Serum von an anderen Krankheiten leidenden Pat. vorgenommen worden. Von den ersten 25 wurde in zehn Fällen Hämolyse unter 30% erhalten, von den übrigen 15 trat in neun Fällen Hämolyse von 30—50% ein, in sechs Fällen von 50—85%. Von den zehn negativen waren in sechs Fällen die Pat. sehr kachektisch. Die Diagnose war sichergestellt durch Sektion, Operation oder längere klinische Beobachtung. Von den übrigen 25 Untersuchungen wurde in 22 Fällen Hämolyse unter 3%, in zwei Fällen zwischen 30 und 50% und in einem Falle über 50% gefunden. Von diesen drei mit Hämolyse über 30% waren zwei mit Serum von an maligner Blutkrankheit leidenden Pat., einer mit Serum von einem Pat. mit kruppöser Pneumonie vorgenommen. [illegible]

22 Fällen mit negativer Hämolyse waren zwei Fälle von gutartigen Geschwülsten und zwei Fälle von Syphilis. Verf. betont außerdem, daß bei gutartigen Geschwülsten und Syphilis keine Hämolyse gefunden wurde, und daß bei kruppöser Pneumonie gesteigerte Hämolyse vorhanden ist. Ob dies auf dem fieberhaften Zustande beruht oder etwas für kruppöse Pneumonie Charakteristisches ist, bleibt dahingestellt. Bei auf Tuberkulose beruhenden fieberhaften Zuständen fehlt vermehrte Hämolyse. Verf. bemerkt, daß das Hämolysin, das sich in Krebsserum findet, nicht nach der Seitenkettentheorie Ehrlich's zusammengesetzt, daß es vielmehr mutmaßlich dem von Bord und Kultmann in Krebsblut und Krebsgewebe nachgewiesenen Hämolysin verwandt ist. Verf. betont, daß, wenn es sich bestätigen sollte, daß das Krebshämolysin nicht nach Ehrlich zusammengesetzt ist, Kelling's Theorie vom Tierzellenparasitismus eine wertvolle Stütze verloren habe. Dahingegen wird auf die Bedeutung der Methode als Diagnostikum bei Krebs aufmerksam gemacht. **Einar Key** (Stockholm).

---

3) **Pochhammer.** Der lokale Tetanus und seine Entstehung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

P. hat umfassende experimentelle Studien in dieser Hinsicht angestellt. Nach ihm beruht die lokale Muskelstarre beim Tetanus auf einer Intoxikation der peripheren Nerven. Das Tetanustoxin wird in der Substanz der Markscheiden der Nervenfasern abgelagert und gebunden (chemische Affinität). Das Zustandekommen des Tetanus ist durch Störung der Isolierung zwischen sensiblen und motorischen Nervenfasern in den gemischten peripherischen Nervenbahnen infolge Veränderung der Marksubstanz durch das Tetanustoxin zu erklären. Die Substanzen der Markscheide wirken, in der Blutbahn kreisend, antitoxisch. Nach Ausbruch des Starrkrampfes ist ein Nutzen von der Antitoxinbehandlung nicht zu erwarten. Der Wert aller Serumtherapie beruht in der Prophylaxe. **Borchard** (Posen).

---

4) **Zupnik.** Bemerkungen zu Pochhammer's Aufsatz: »Der lokale Tetanus und seine Entstehung.«

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 26.)

Z. verweist auf seine Publikation in der Deutschen med. Wochenschrift und die daselbst mitgeteilten Versuche. Hiernach sind bereits im Jahre 1905 die jetzt erhobenen Hypothesen und Einwände Pochhammer's widerlegt. **Borchard** (Posen).

---

5) **Poenaru-Caplescu** (Bukarest). Die Knochennaht und der Gipsapparat in der Behandlung der Beinbrüche.

(Revista de chir. 1908. Juni.)

Nach einer kurzen historischen Übersicht der Frage beschreibt P.-C. die in der Abteilung von Th. Jonnescu übliche Behandlungs-

methode der Beinbrüche. Im großen und ganzen besteht dieselbe darin, daß aus zehn- bis zwölffachen Organtistreifen, die mit Gips imprägniert sind, drei Leisten zugeschnitten werden, von denen die eine, vom mittleren Drittel des Beines beginnend, über die hintere Fläche, den Absatz und die Sohle läuft, über den Zehen umbiegt und bis auf den Fußrücken hinübergreift. Eine zweite Organtinleiste umfaßt beide Seitenteile des Beines und geht wie ein Steigbügel über die Fußsohle. Anfangs mit Binden und nach Erhärtung des Gipses mit Diachylonstreifen werden diese Leisten nach vorgenommener Adaptierung der gebrochenen Teile befestigt, und das Bein bleibt nun durch dieselben genügend befestigt. Das Glied kann auf diese Weise in seiner ganzen Ausdehnung beobachtet, offene Wunden können bequem verbunden, und durch die Diachylonstreifen kann der Verband fester angezogen oder gelockert werden, je nachdem es die stattgehabte An- oder Abschwellung verlangt. Nach 25—30 Tagen wird der Verband abgenommen und mit Massage, Bädern und Mechanotherapie begonnen.

Der angegebene Verband ist der modifizierte Maisonneuve'sche Apparat der Beinbrüche. Eine weitere Neuerung ist die, daß die Koaptierung der Knochenfragmente, falls dieselbe sehr schmerzhaft ist, unter Spinalanästhesie vorgenommen wird. Bei komplizierten Brüchen oder bei solchen, bei denen die Teile nur schwer oder gar nicht in der richtigen Lage gehalten werden können, werden die Jacoël'schen Klammern angewendet und, wie die beigegebenen Röntgenographien zeigen, sehr gute Resultate erzielt.

E. Toff (Braila).

---

6) **Miller.** Opsonic therapie in tuberculosis of bones and joints.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. Mai.)

Die Beurteilung des praktischen Wertes der Opsoninbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose ergibt sich aus folgenden Tatsachen: Die Opsonintherapie gewährleistet bisher keine vollständige Heilung. Trotzdem kann sie im Beginn der Erkrankung mit Vorteil mit den sonstigen gebräuchlichen Behandlungsmethoden kombiniert werden. Tuberkulöse Abszeßbildung muß nach Eröffnung des Abszesses mit Opsoninen nachbehandelt werden. Gute Erfolge wurden auch bei der Behandlung tuberkulöser Fisteln erzielt, zumal wenn gleichzeitig Bakterienprodukte der Mischinfektion verwendet wurden.

Mohr (Bielefeld).

---

7) **Cornil** et **Coudray.** Ostéomes musculaires. Hyperostose consécutive à l'ablation du périoste. Etude expérimentale et histologique.

(Rev. de chir. XXVII. ann. Nr. 12.)

Die Verff. haben bei 3—4 Monate alten Hunden 1 cm lange und 5—6 mm breite Knochenhautläppchen, die unter sorgfältiger Schonung

der osteogenen Schicht von der Innenfläche des Schienbeines abgelöst wurden, sorgfältig ausgebreitet in die vordere Unterschenkelmuskulatur versenkt. Die darauffolgende Knochenbildung haben sie an Präparaten vom 2.—37. Tage genau studiert; sie ist frühestens am 8. Tage zu bemerken und beginnt in dem jungen Bindegewebe, das den Knochenhautlappen umgibt. Vom 10. Tage ab finden sich typische Ossifikationsbilder mit osteoiden und knorpeligen Zwischenstufen. Nirgends waren Beziehungen zwischen dem neugebildeten Knochen und den Muskelfasern bzw. ihren Zerfalls-, Degenerations- oder Umwandlungsprodukten aufzufinden, die auf ihre Beteiligung an der Knochenbildung schließen ließen. Sie waren vielmehr stets durch Bindegewebe von den Knochenbälkchen getrennt. Ganz denselben Befund konnten die Verff. an zwei von Muskelgewebe umschlossenen und einer periostalen traumatischen Knochenbildung vom Menschen erheben. Sicherlich gibt es nun viele Knochenbildungen im Muskel, die unabhängig vom Skelett und der Knochenhaut entstehen infolge eines einzigen oder wiederholten Reizes. Auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen gelangen die Verff. zu der auch sonst im Gegensatze zu Bremig und Grawitz (ds. Bl. 1898, p. 82) vertretenen Ansicht, daß in diesen Fällen allein das Bindegewebe des Muskels als Knochenbildner in Betracht *kommt*.

Gutzeit (Neidenburg).

---

8) **W. A. v. Oppel.** Zur operativen Behandlung der arteriovenösen Aneurysmen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

Verf. hält es für wichtig, daß bei den arterio-venösen Aneurysmen vor der Operation die Intensität der kollateralen Blutzirkulation nach Korotkow festgestellt und danach der Operationsplan bestimmt wird. Die Kenntnis dieser Intensität läßt die Gefahren berechnen, die einer Extremität durch Unterbindung der Arterie oder bei Resektion eines Stückes derselben drohen. Trotz dieser Vorsorge kann es aber geschehen, daß die Extremität brandig wird, weil event. das arterielle Blut durch den aneurysmatischen Sack von den Venen abgefangen werden kann, ein Umstand, der anscheinend bisher nicht bekannt war. v. O. hat das bei einem Fall erlebt, bei dem er zur Rettung des betreffenden Armes in 9 Stunden drei Operationen in Chloroformnarkose ausführen mußte.

Als das wesentlichste Prinzip der gefahrlosen Behandlung des Aneurysma sieht er die Trennung des arteriellen Blutes von dem venösen an. Danach ist die Methode von Hunter, die Unterbindung der zuführenden Arterie, als ungeeignet anzusehen, wenn auch oft genug bei ihr eine glückliche Verkettung von Umständen die Gangrän verhütet hat. Die moderne Chirurgie ist immer mehr bestrebt, das Aneurysma durch ganze oder partielle Exzision des Sackes zu heilen. In neuester Zeit ist man sogar wiederholt bestrebt gewesen, die normale Blutbahn durch Naht der Arterie wiederherzustellen. Verf. ist der Ansicht, daß dieses letztere Verfahren nur dann anzuwenden sei,

wenn man nach der obenerwähnten Methode von Korotkow durch die Voruntersuchung feststellt, daß die arteriellen Kollateralen nicht ausreichend sind. Man darf aber nicht außer acht lassen, daß z. B. bei der A. carotis communis eine derartige Prüfung nicht möglich ist, und daß man bei ihr infolgedessen bezüglich des Ausganges der Operation stets in einer gewissen Unsicherheit bleiben wird. Hier wäre also in der Tat die Naht der Arterie das sicherste Verfahren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

9) **J. Wetterer.** Einiges über Dosimeter.

(Archiv f. phys. Medizin u. med. Technik Bd. III. Hft. 1.)

Holzknecht's Chromoradiometer, Sabourand-Noiré's Radiomètre und Bordier's Chromoradiometer beruhen auf der Farbenänderung gewisser Salze — bei letzteren beiden Bariumcyanür — durch die Röntgenstrahlen. Bei allen dreien werden Reagenzpastillen gleichzeitig mit der zu bestrahlenden Partie exponiert. Die Pastillen dürfen nicht auf die zu bestrahlende Partie gelegt werden, da sie zuviel Strahlung absorbieren, müssen aber andererseits doch möglichst noch in der kräftigsten Strahlung liegen, um Fehler zu vermeiden. Nach der Exposition werden die Pastillen mit Testskalen verglichen. Die Unterscheidung der Grade bei H. ist im Anfang schwierig; bei S.-N. gibt es nur zwei Testfarben, so daß man geringere oder größere Dosen nicht beurteilen kann. Außerdem soll zur Erzielung zuverlässiger Funktion die Fokushautdistanz hier 15 cm betragen, die Pastille in halber Distanz sein. Dadurch wird die Handhabung sehr erschwert. Auch muß das Vergleichen sehr rasch geschehen, da die Farbe im Tageslicht zurückgeht. Schließlich wird auch durch Wärmestrahlung eine gewisse Färbung erzeugt. Das B.'sche Instrument ist eigentlich nur das durch Einfügung mehrerer Testfarben verbesserte S.-N.'sche und ist leicht abzulesen. Nur sollen die beiden niedrigsten Dosen nicht ganz exakt angezeigt werden.

Das Kienböck'sche Quantimeter beruht auf der Wirkung der R.-Strahlen auf photographische Schichten. Es werden Streifen photographischen Papiers direkt auf die zu bestrahlende Stelle aufgelegt, nachher in einer bestimmten Lösung bestimmte Zeit (jetzt 20 Sekunden) entwickelt und fixiert, dann mit einer Normalskala verglichen. Auch die Tiefendose kann man durch Mitbenutzung von Aluminiumtreppchen ziemlich exakt bestimmen. Ein Mangel der sonst sehr exakten Methode ist, daß man nicht sofort die bereits erreichte Dosis ablesen kann. Deshalb benutzen viele nebenbei ein »offenes« Dosimeter (H. oder S.). Wenn man die Wirkung der Röhre ungefähr kennt, kann man aber auch die Bestrahlung nach einiger Zeit unterbrechen, den Streifen rasch entwickeln und nachher, wenn nötig, die Bestrahlung mit einem neuen Streifen fortsetzen.

Bei der Freund'schen Methode wird eine Jodoformlösung durch Bestrahlung rot gefärbt, außerdem Jod ausgeschieden. Die Färbung wird mit Testlösungen verglichen. Sie ist aber ebensowenig wie ihre

Verbesserung durch Bordier und Gelimard exakt. Am günstigsten spricht sich Verf. über das Fällungsradiometer von Schwarz aus. Hier wird durch die Bestrahlung aus einer klaren Lösung Kalomel ausgeschieden, der Grad der Trübung an drei Teströhrchen abgelesen. Der Umschlag soll plötzlich und exakt stattfinden. Zur Messung höherer Dosen nimmt man besser neue Röhrchen, die man immer nur bis zum Eintritt der Trübung bestrahlt. Die einzelnen erreichten »Kalome« werden addiert.

Der Vorzug besteht also in Vermeidung aller Farbennuancen und sofortiger Ablesungsmöglichkeit. **Renner** (Breslau).

---

10) **Blum.** Ein Röntgenschadenersatzprozeß.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 3.)

Verf. gibt dem Praktiker Winke, wie er sich bei einer eventuellen Schädigung des Pat. durch Röntgenstrahlen zu verhalten hat. Vor allem soll er bei solchen Prozessen, die allmählich immer zahlreicher werden, einen in Röntgensachen wirklich kompetenten Sachverständigen herbeiziehen, da in nicht wenig Fällen Ärzte wegen Fahrlässigkeit verurteilt worden sind auf Grund »sachunverständiger Sachverständigengutachten«. **Gaugele** (Zwickau).

---

11) **Cohn.** Überblick über die Leistungen auf dem Gebiete der Händedesinfektion.

Dissertation. Berlin, S. **Karger**, 1907.

In fleißigem Bemühen hat Verf. die meisten der üblichen Desinfektionsmethoden mit ihren zahlreichen Änderungen und Vorschlägen zu Änderungen in Form eines kurzen Überblickes aus der Literatur zusammengestellt. Am Schluß findet sich eine kurze Besprechung der Handschuhfrage. Die geschickt angelegte Arbeit ist nicht ganz vollständig, kann es bei dem Umfange von 33 Seiten auch nicht sein. Wer sich mit der Händedesinfektionsfrage beschäftigen will, findet aber in der C.'schen Dissertation mit ihrem etwa 150 Nummern umfassenden, allerdings auch nicht lückenlosen Literaturverzeichnis ein brauchbares Hilfsmittel. **W. Goebel** (Köln).

---

12) **Clark.** The use of anthracite coal ash as a surgical dressing.

(Journ. of the amer. med assoc. 1908. Nr. 11.)

Empfehlung der Anthracitkohlenasche zur Wundbehandlung in Notfällen, bei stark eiternden Wunden, besonders auch bei Beingeschwüren. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

13) **P. Frangenheim.** Die Wirkung der Stauungshyperämie im Tierexperiment. (Aus der Königsberger chirurgischen Universitäts-Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 24.)

Nach dem Ergebnis der von F. vorgenommenen Versuche wirkt im Tierexperiment die Stauungshyperämie nicht oder wenigstens nicht in nennenswerter Weise bakterizid, und gelingt es nicht, durch frühzeitige oder sofortige Stauung zu verhüten, daß Knochenmarkeiterungen ausschließlich — durch stärkere Eiterung in der Markhöhle, größere Sequester und Totenladen usw. — und Gelenkeiterungen in dem größeren Teil der Fälle — durch Ausbreitung der Eiterung, Durchbruch in die Umgebung usw. — ungünstig beeinflußt werden. Eine charakteristische Eigenschaft der Stauungshyperämie, die bei der Stauung und Saugung zu beobachten ist, ist die vermehrte Eiterbildung und die Hinterlassung von Infiltration in der Umgebung der Eiterherde. **Kramer** (Glogau).

14) **J. Corbellini.** La guérison radicale des hernies inguinales.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 7.)

C. hält es für verfehlt, indirekte (intrainguinale oder vordere) und direkte (retroinguinale oder hintere) Leistenbrüche mittlerer Größe nach ein und derselben Methode zu operieren. Weder für die Freilegung und Abtragung des Sackes noch für die Wiederherstellung der Wände des Leistenkanales ist es nötig, die Fascie des Obliquus externus zu spalten.

Bei den indirekten Brüchen verstärkt Verf. die vordere Wand, schützt den inneren und verengert den äußeren Leistenring durch Nähte, welche durch die Externusfascie hindurch Obliquus internus und Transversus vor dem Samenstrang am Leistenbande befestigen und beim Knüpfen die Aponeurose des Obliquus externus falten.

Bei den direkten Brüchen werden zur Wiederherstellung der hinteren Wand und zum Schutze der äußeren Leistenöffnung Nähte gelegt, die zunächst Obliquus externus und internus und Transversus fassen und hinter dem Samenstrange hinab durch das Leistenband gehen. Darauf wird das obere Fadenende eingefädelt, wieder durch den Einstich der Externusfascie hindurch und hinter ihr und dem Samenstrange hinab nochmals durch das Leistenband, wenige Millimeter vom ersten Ausstich, geführt und nun erst mit dem unteren Ende geknüpft. Die vordere Wand und die innere Leistenöffnung bleiben unberührt. Der äußere Leistenring wird durch mediale Pfeilernähte so weit wie nötig verkleinert. **Gutzeit** (Neidenburg).

15) **S. S. Girgolaff.** Experimentelle Ergebnisse zur Frage der Anwendung isolierter Netzstücke in der Bauchchirurgie.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1907. [Russisch.])

Die Hauptergebnisse der umfangreichen Arbeit sind in der Polemik zwischen G. (cf. d. Zentralbl. 1906 Nr. 46 und 1907 Nr. 5) und

Springer (1907 Nr. 49) bereits erwähnt worden. Hier bringt G. die Literatur, die an 58 Tieren ausgeführten Versuche und eine Auseinandersetzung mit Springer.

Die überpflanzten Netzstücke verkleben in wenigen Stunden, meist mittels fibrinösen Exsudates, und zeigen in 48 Stunden kapilläre Gefäßbeziehungen zur Unterlage. Die Netzpfropfung bietet »gewisse, wenn auch nicht absolute Garantie« gegen Verwachsungen, die nur am Dünndarme sich nicht vermeiden lassen.

Die »Plastik« ist also verwendbar zur Herstellung des serösen Überzuges, zur Sicherung von Nähten, zur Naht parenchymatöser Organe (Leber, Milz, wobei das Netz als Tampon eingenäht wird). In Fällen, wo eine Perforation schon besteht oder droht, wo ausgedehnte Schädigungen vorliegen, empfiehlt es sich, nicht isoliertes Netz zu verwenden. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

16) **E. Capek.** Eine weitere Modifikation der Technik der Cauterium-Darmanastomosen resp. Gastroenterostomien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 2.)

Für die Anlegung von Darmanastomosen sind im Laufe der Jahre zahlreiche Methoden angegeben worden. Vor allem war man in letzter Zeit bestrebt, ein Verfahren zu ersinnen, bei welchem die Anastomosenbildung völlig aseptisch verläuft, d. h. man will die Darmwand nur zur Nekrose bringen, damit die Eröffnung der aneinander genähten Darmlichtungen erst einige Zeit nach der Operation eintrete und so eine Berührung des Operationsfeldes mit Darminhalt völlig vermieden werde. Keine der bisherigen derartigen Methoden hat sich aber bisher allgemeine Anerkennung verschafft, hauptsächlich weil das Eintreten einer Kommunikation nie ganz sicher war. Verf. glaubt nun ein ganz sicheres Verfahren gefunden zu haben, das er empfehlen möchte. Er näht die Darmschlingen mit einer fortlaufenden Seromuscularisnaht aneinander, dann werden beiderseits Serosa und Muscularis bis auf die Schleimhaut inzidiert, die Ränder etwas auseinander gezogen und darauf die Schleimhaut verschorft. Durch den inneren und durch den äußeren Rand der verschorften Schleimhaut wird je eine Reihe von Knopfnähten gelegt, die den Rand der Serosa und Muscularis mitfassen. Dadurch werden die verschorften Schleimhäute einander genähert. Darüber wird wieder eine Seromuscularisnaht mit Lembert-schen Nähten gelegt. Wichtig ist für die Verschorfung, daß nach der Inzision eine exakte Blutstillung mit heißen Tupfern, event. mit Ligaturen größerer Gefäße erfolgt. Der Paquelin ist zum Kauterisieren ganz ungeeignet. C. hat deshalb Glühbrenner von dreieckiger Gestalt konstruiert, die auf einmal die Verschorfung erledigen, und zwar in 20—25 Sekunden. Am besten bewährt sich ihm ein Glühdraht von 3,8 mm Durchmesser. Die Anastomose ist jeweils schon nach 24 Stunden hergestellt gewesen. Das Verfahren ist ihm bei sämtlichen Versuchstieren geglückt und ist nach des Verf.s Ansicht auch bei

Darmresektionen mit Vereinigung der Darmschlingen side to side anwendbar. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

17) **M. Patel.** Sigmoïditis et périsigmoïditis, affections inflammatoires simple de l'S iliaque.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 10 u. 12.)

Außer dem Geschwür, der spezifischen (dysenterischen, syphilitischen und tuberkulösen) und der sekundären Entzündung der Flexur über eigenen oder Mastdarmverengerungen und außer der sekundären symptomatischen Perisigmoiditis, die durch Übergreifen krankhafter Vorgänge der Nachbarschaft entsteht, gibt es eine primäre, einfach entzündliche Sigmo- und Perisigmoiditis, die zuerst von Mayer im Jahre 1897 genauer studiert ist, und zu der die Klinik Jaboulay's, aus welcher auch diese Arbeit stammt, mit am frühesten einschlägige Beobachtungen mitgeteilt hat (Régnier, Thèse de Lyon, 1897/98).

P. hat noch mehrere neue und die in der Literatur niedergelegten Fälle dazu verwertet, um in einer ausführlichen Abhandlung ein vollständiges Bild dieser Krankheit zu geben und ihre Stellung in der Pathologie und Klinik der Dickdarmkrankheiten genau zu fixieren.

Das Sigma unterscheidet sich in seiner anatomischen Anordnung und physiologischen Aufgabe ganz wesentlich von den übrigen Teilen des Dickdarmes. Die ungleiche Länge seines Gekröses, seine wechselnde Lichtung geben zu häufigen Lageveränderungen, Knickungen, Erweiterungen, Aussackungen und Kotstauungen Veranlassung, besonders da der Kot sich schon normalerweise längere Zeit im Sigma, dem »Regulator der Defäkation«, aufhält. Bei habitueller Kotstockung kommt es zu Dehnungsgeschwüren und kleinen Einrissen der Schleimhaut, welche Eingangspforten für die Infektion bilden, und zur Entstehung von Divertikeln, die so zahlreich sein können, daß sie die ganze Flexur besetzen; wie P. betont, spielen sie die weitaus wichtigste Rolle in der Ätiologie der Sigmoiditis. In ihrer Höhlung fangen sich kleine Fremdkörper, sie bilden die besten Schlupfwinkel für den infektiösen Darminhalt; wird das Divertikel durch Schleimhautödem nach der Darmlichtung zu abgeschlossen und der Druck in ihm auf diese Weise gesteigert, so ist es bis zum divertikulären Abszeß und der Perforation nicht mehr weit. Divertikel und Wurmfortsatz spielen somit eine ähnliche Rolle, und die Divertikulitis steht in demselben Verhältnis zur Sigmo- und Perisigmoiditis, wie die Appendicitis zur Typhlitis. Daß die Divertikelentzündung nicht so häufig ist wie die des Wurmfortsatzes, liegt wohl daran, daß der feste Kot der Flexur nicht so leicht in das enge Divertikel eindringt, wie der flüssige des Blinddarmes in den Wurm. Für gewisse Formen von Sigmoiditis nach allgemeinen Infektionskrankheiten (Wochenbettfieber, Scharlach, Influenza) ist wahrscheinlich der Follikelreichtum der Flexur nicht ohne Bedeutung.

Die Sigmoiditis kann auf die Wand beschränkt bleiben oder zum perisigmoiditischen Abszeß und zu allgemeiner Peritonitis führen. Hiernach teilt sie P. ein in:

a. akute, nicht eitrige Sigmoiditis,

b. eitrige Perisigmoiditis,

c. chronische Sigmo- und Perisigmoiditis, zu welchen auch die subakute Perisigmoiditis und die entzündlichen Verengerungen gehören,

d. Sigmoiditis mit allgemeiner Peritonitis.

Verf. erörtert eingehend die klinischen Erscheinungen, den anatomischen Befund und die Differentialdiagnose und Behandlung jeder Form. Die Anfälle der akuten Sigmoiditis sind meist weniger stürmisch als die der Epityphlitis und klingen nach reichlicher Stuhlentleerung sofort ab. Der perisigmoiditische Abszeß liegt, wenn er von der Bauchfelloberfläche des fixierten Teiles der Flexur ausgeht, über dem Leistenband; entstammt er dem beweglichen Teile, so findet er sich am äußeren Rande des linken Rectus unterhalb des Nabels. Entwickelt er sich zwischen den Blättern des Mesosigma, so kann er sich weithin bis zum Zwerchfell subperitoneal ausdehnen und sich nach der Lendengegend bzw. dem Petit'schen Dreieck senken und hier am besten zugänglich sein, während die vorderen Abszesse durch den Schnitt nach Roux bzw. Jalaguier zu eröffnen und unter Umständen noch nach der Lendengegend hin zu drainieren sind. Durchbrüche des Eiters nach der Blase und dem Darme sind auch beobachtet. Die Perforationsperitonitis führt meist schnell zu tödlichem Kollaps.

Hervorzuheben ist noch, daß die Diagnose oft recht schwierig sein kann, da Beckenaffektionen, Blinddarmentzündung und der Krebs der Flexur wenigstens eine Zeitlang ganz ähnliche Erscheinungen wie die Sigmoiditis veranlassen können.

Mit einem Literaturverzeichnis von 128 Nummern schließt die gründliche Arbeit. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

18) **J. Petrivalsky.** Zur Hirschsprung'schen Krankheit.
(v. Langenbeck's Archiv. Bd. LXXXVI. Hft. 2.)

P. bespricht die Differenzen, welche bei den verschiedenen Autoren über die Ätiologie der Hirschsprung'schen Krankheit bestehen. Während die einen eine kongenitale Anomalie annehmen, sehen andere als Grundlage des Leidens mechanische Hindernisse, Formveränderungen der Flexur oder eine idiopatische Dilatation an. Verf. hatte Gelegenheit einen einschlägigen Fall zu beobachten, und da die Operation tödlich verlief, durch eingehende Autopsie genauere Studien an den Präparaten zu machen. Er kommt auf Grund seiner Beobachtung und anatomisch-histologischer Arbeit zu dem Schluß, daß das echte Megakolon, die eigentliche Hirschsprung'sche Krankheit, eine angeborene Entwicklungsstörung ist, welche nicht nur den Dickdarm, sondern den ganzen Verdauungskanal, einschließlich der Drüsen-

organe betrifft. In seinem Falle war der Darmkanal im Vergleich zu der Körpergröße um die Hälfte kürzer als gewöhnlich, das Mesenterium war histogenetisch geschwächt, das heißt nicht hinreichend mit Elastika ausgerüstet. Diese histogenetische Anomolie des Mesenterium und der Darmwand sieht Verf. als das Charakteristische des Megakolon an. Die klinischen Erscheinungen, die Dilatation des Darmes, die Hypertrophie der Darmmuskulatur und die Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes der Darmwand sind nur Folgeerscheinungen, die ihrerseits durch die Intensität und den Umfang der histogenetischen Störung bedingt werden.

Im Gegensatz zu diesen Fällen gibt es noch eine symptomatische Megakolie, welche nie den mikroskopischen Befund der angeborenen aufweist. Ihre Ursache ist vornehmlich in Veränderungen an der Flexura sigmoidea zu suchen, die ja auch bisher bekannt waren, wie die abnorme Länge derselben, Schlingenbildung, engere Insertion des Mesosigmoideum usw.

Derartige Veränderungen können durch einen Ventilverschluß leicht dem Megakolon ähnliche Erscheinungen, auch eine Dilatation und Hypertrophie der Darmwand herbeiführen. P. glaubt, daß seine Einteilung in zwei Gruppen das Verständnis für die Hirschsprung'sche Krankheit wesentlich zu fördern geeignet ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **Riedel.** Die Frühoperation der akuten schweren Cholecystitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 22.)

In seiner ausführlichen, äußerst interessanten Mitteilung weist R. darauf hin, wie früher zahlreiche Kranke mit akuter schwerer Cholecystitis und nachfolgender Perforation überhaupt nicht bis in die Spitäler gelangt sind. Erst seit der Zeit, wo entzündliche Prozesse im Bauche dem Chirurgen überwiesen werden, erweist sich die Cholecystitis acuta als ein schweres, das Leben bedrohendes Leiden. Deshalb sollte die prall gespannte Gallenblase entfernt werden, bevor sie platzt oder bevor ein kleines im Blasenhalse oder Ductus cysticus steckendes Konkrement in den Choledochus hineingeworfen wird. Bei gutem Allgemeinzustand und bei sicherer Diagnose ist auch bei leichter Cholecystitis zu operieren, weil jeden Tag eine schwere Cholecystitis einsetzen kann.

Borchard (Posen).

---

20) **I. Jianu** (Bukarest). Note über die cavo-meseraische Anastomose.

(Spitalul 1908. Nr. 9.)

Die Ligatur der V. cava inferior unterhalb der Nierenvenen bewirkt ein außerordentlich großes chronisches Ödem der unteren Extremitäten infolge Behinderung des venösen Abflusses; die Ligatur oberhalb der Nierenvenen bewirkt den Tod infolge von Nierendegeneration. Beides kann verhütet werden, falls man die Cava mit der

V. mesenterica superior seitlich anastomosiert. Diese Operation wird derart ausgeführt, daß nach präventiver Blutstillung die beiden Venenstämme aneinander gelegt und mit Catgut Nr. 00 in der Ausdehnung von etwa 1 cm zusammengenäht werden. In die gegenüberliegenden Venenwände werden nun zwei Fensterchen geschnitten, dieselben mit penetrierender Naht vereinigt und darüber mit dem von der ersten Naht übrig gebliebenen Catgutende eine weitere Konsolidierungsnaht ausgeführt. Nach Entfernung der provisorischen Ligatur geht der Blutstrom von der Cava inferior in die Mesenterica superior.

Diese experimentellen Venenanastomosen könnten bei unabweislicher Ligatur der Pfortader, bei Behinderung der Leberzirkulation, statt der Talma'schen Operation, oder bei Hindernissen in der Zirkulation der Mesenterialvenen zu therapeutischen Zwecken herangezogen werden.

E. Toff (Braila).

---

21) **Magnuson.** Lengthening shortened bones of the leg by operation.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. Mai.)

Experimente an Hunden über operative Verlängerung der langen Röhrenknochen des Beines. Die Verlängerung wurde dadurch erzielt, daß der Knochen längs gespalten und auf die Endpunkte des Spaltes quere Trennungen auf einander gegenüberliegenden Seiten des Knochens gesetzt wurden. Unter Extension in der Längsrichtung wurden dann die Knochenenden durch besonders konstruierte Elfenbeinschrauben miteinander verschraubt. An der Tibia des Hundes betrug die so erzielte Verlängerung $^1/_3$—$1^1/_4$ cm. Das Elfenbein fand sich, wenn keine Eiterung eingetreten war, stets nach 3 Monaten resorbiert; es verursacht keine Nekrosen und stößt sich bei aseptischem Verlauf nicht aus. Für praktische Zwecke empfiehlt sich als beste Operationsstelle das untere Drittel des Oberschenkels. Nach den Tierexperimenten zu schließen, läßt sich beim Menschen eine Verlängerung bis zu 5 cm ohne Schädigung der Blutgefäße und Nerven erzielen.

Mohr (Bielefeld).

---

22) **Alglave** et **Retterer.** Du mécanisme de la phlébectasie.

(Compt. rend. de la soc. de biologie 1907. p. 373, 446.)

Verff. versuchen die noch in manchen Punkten dunkle Ätiologie der Varicen teils aus dem histologischen Befunde, teils aus der funktionellen Inanspruchnahme der Beinvenen zu erklären. Sie wenden sich gegen die Annahme, daß primäre Klappenerkrankungen, das Gewicht der Blutsäule oder chronische Gefäßwandentzündungen die Ursache der Bildung von Venenerweiterungen seien. In keinem Stadium beobachte man Atrophie der Gefäßhäute oder der Elastika. Die Venenwände seien von Anfang an hypertrophisch. An der Hypertrophie nähmen später auch die Klappen teil und würden dadurch starr und insuffizient.

A. und R. nehmen an, daß der Anprall der großen Blutmenge, welche von den tieferen Beinvenen brüsk in die oberflächlichen Blutadern entleert würde, die Ursache sei, die primär eine Hypertrophie der Gefäßwände und sekundär Venenerweiterung bewirke. Dafür spreche insbesondere, daß die den Varicen benachbarten Venen, welche im übrigen eine gesunde Beschaffenheit ihrer Häute aufwiesen, ebenfalls hypertrophische Wände besäßen. **Revenstorf** (Hamburg).

---

23) **Riedinger.** Hypertrophie der Wadenmuskulatur im Anschluß an Venenthrombose nach Typhus.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 2 u. 3.)

24) **Landwehr.** Pseudohypertrophia musculorum nach Venenthrombose.

(Ibid.)

Beide Verff. führen die Ursache einer Ernährungsstörung in Fällen von Gefäßverschluß auf ein Versagen der Kollateralbahnen zurück, die bei gesunden Individuen prompt und dauernd den Ausgleich bewerkstelligen. Es verwirklicht sich auch die Bier'sche Annahme, wonach bei hochgradiger Stauung der Erfolg der Muskelhypertrophie nicht eine Erhöhung, sondern eine Verminderung der Leistungsfähigkeit ist. Der Prozeß ergreift nach und nach die proximal gelegenen Muskelpartien und zeigt dabei die Formen einer Atrophie und später Hypertrophie, die wohl im Sinne einer Pseudohypertrophie aufzufassen ist. Hinsichtlich der Entstehungsweise wird auf die Erklärung von Ribbert hingewiesen, nach welcher der Zug an den Muskelfasern infolge Erweiterung der Gefäße eine intrazelluläre Entspannung zur Folge hat, die ihrerseits durch Auslösung von Wachstumsenergie Neubildung von Muskelsubstanz herbeiführen kann. **Hartmann** (Kassel).

---

25) **G. Friedel.** Operative Behandlung der Varicen, Elephantiasis und Ulcus cruris.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 1.)

In Fällen von Varicen, bei welchen man wegen Ausdehnung des Leidens die Exstirpation der Venenstränge nicht mehr ausführen kann, empfiehlt Verf. ein von Rindfleisch ersonnenes Verfahren, die Anlegung spiraliger Schnitte um den Unterschenkel herum. Nach Resektion eines Stückes der Vena saphena magna zeichnet man sich durch Einritzen in die Haut den Verlauf der Spiralen an. Sind Unterschenkelgeschwüre vorhanden, so müssen sie zwischen die Windungen der Spiralen zu liegen kommen. Eventuell kann die Blutzufuhr zu diesen Geschwüren noch durch seitliche Schnitte in Längsrichtung gehemmt werden. Alle Varicen müssen durchschnitten werden, womöglich mehrere Male. Deshalb muß der Spiralschnitt unter dem Knie beginnen und event. bis auf den Fußrücken verlaufen.

Es wurden bis zu fünf Spiralwindungen angelegt. Die durchschnittenen Venen werden unterbunden oder umstochen. Die Schnitte werden tamponiert und sollen per secundam intentionem heilen. Es soll eine feste tief einschneidende lineäre Narbe erzielt werden, damit sich keine neuen Venenerweiterungen bilden. Die Operation setzt den Druck in den Venen wesentlich herab, und durch die ausgiebige Eröffnung der Lymph- und Gefäßspalten kommt es zu einer enormen Entfaltung des Operationsgebietes, infolgedessen zu Rückgang der entzündlichen Erscheinungen und Verdünnung der angeschwollenen Beine. Eine Reihe von Krankengeschichten beweist die Erfolge, welche mit dem Eingriff erzielt worden sind.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Krankenhauses Wenzel Hancke zu Breslau. Leitender Arzt: Primärarzt Dr. Heintze.

Isolierte Fraktur des Processus coronoideus ulnae.

Von

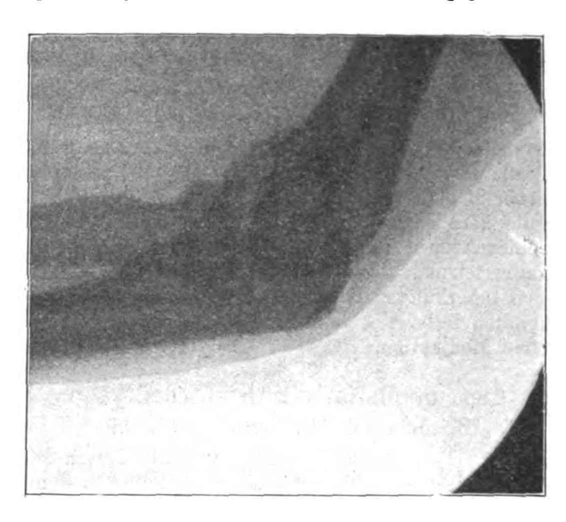
Sekundärarzt Dr. Schwenk.

Wilhelm L., 21 Jahre alt, kehrte am 26. März 1908 von einer Radtour ermüdet heim. Beim Absteigen vom Rade kam er zu Fall. Er fiel bei gestrecktem rechten Arm mit leicht dorsal flektierter Hand auf den steinernen Boden und erlitt so eine Stauchung des Vorderarmes in der Richtung seiner Längsachse bei Feststellung seiner beiden Hauptgelenke. Er hatte zunächst nicht den Eindruck, daß er sich verletzt hätte. Erst nach einer Stunde traten zunehmende Schmerzen bei jeder Bewegung im rechten Ellbogengelenk auf, die den Pat. zu uns führten.

Pat. hält den Vorderarm zum Oberarm ca. im rechten Winkel gebeugt, und zwar in Mittelstellung. — Bewegungsversuchen setzt er heftigen Widerstand entgegen, jede Bewegung ist schmerzhaft. Die Schmerzhaftigkeit ist konzentriert bei Druck auf die Beugeseite des Ellbogengelenkes; ganz deutlich läßt sie sich lokalisieren auf den Gelenkteil der Ulna. Aktive Bewegungen sind nur in geringem Grade ausführbar, passiv wegen der großen Schmerzen nicht weiter zu forcieren. Das Olecranon liegt in der Condylenlinie. Die Gelenkgegend zeigt normale Konturen, doch ist sie rechts mehr ausgefüllt wie links. Ein größerer Erguß ist nicht zu konstatieren. Die bei dem Versuch, die Bewegung des Vorderarmes zu vermehren, besonders heftig exazerbierenden Schmerzen lassen bei Berücksichtigung des fixen Schmerzpunktes im Gelenk an eine Verletzung des Proc. coronoideus ulnae mit Abreißung des Musc. brach. int. denken. Die Röntgenaufnahme bestätigt die Diagnose der Fraktur. Der Proc. coronoideus ulnae ist an seiner Spitze abgebrochen, die Spitze liegt frei im Gelenk (s. das Röntgenbild). — Ein Gipsverband in Flexionsstellung von ca. 60° blieb 14 Tage liegen. Nach Abnahme des Verbandes war die Beweglichkeit fast momentan eine vollständige, nur die Streckung des Armes war in geringem Grade behindert. Nach weiteren 10 Tagen war absolute Heilung erreicht. Allerdings machten sich jetzt gelegentlich seitens des abgesprengten Stückes Corpus mobile-Beschwerden geltend, indem bei plötzlich ausgeführter Beugung der Vorderarm mitten in der Bewegung »stehen blieb«. Das läßt sich nur so erklären, daß die Heilung ligamentös erfolgt ist.

Auffallend sind in unserem Falle die geringen Beschwerden direkt nach der »Stauchung«.

Für die (meist indirekte) Entstehung dieser Stauchungs- oder Kompressionsfraktur scheint es gleichgültig, ob der Vorder- zum Oberarm in mehr oder weniger Streck- oder Beugestellung sich befindet, wenn nur die Hauptgelenke festgestellt sind.



Bekanntlich ist die Fraktur des Proc. coronoideus sehr selten isoliert, häufiger in Verbindung mit Luxation des Vorderarmes nach hinten gefunden worden. Der Fall interessiert daher an sich, ferner durch die sichere Kenntnis seiner Entstehungsweise, seine genaue röntgenographische Beobachtung und den durchaus günstigen Ausgang im Gegensatz zu den Fällen mit komplizierender Luxation.

Zur Literatur sei verwiesen neben den Lehrbüchern auf die Arbeiten von Urlich, Beck u. a.

---

26) **Williams.** Report of hundred and seven cases of cancer treated with the Roentgen ray, with comments thereon.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 8.)

Die Fälle des Verf.s betreffen zur Hälfte Cancroide (53, davon 52 geheilt). Hatte die Neubildung tiefere Gewebe ergriffen, wurde das Resultat erheblich schlechter.

Drei Pat. mit unoperiertem Carcinoma mammae ergaben ein sehr schlechtes Resultat; von 15 Karzinomrezidiven der Mamma wurden die meisten erheblich gebessert, zwei sind seit $2^1/_2$ Jahren geheilt und rezidivfrei geblieben.

W. v. Brunn (Rostock).

27) **Burr.** Delirium during and after tetanus.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 11.)

Delirium während oder nach Ausbruch des Tetanus ist nach Verf.s Ansicht sehr selten.

Verf. beobachtete drei Fälle dieser Art bei Männern zwischen 26 und 33 Jahren.

In einem Falle, der tödlich endete und mit hohen Temperaturen verlief, war weder Potatorium vorhanden noch waren Medikamente irgendwelcher Art gegeben worden. Auch scheint Antitoxin nicht verabreicht worden zu sein. Das Delirium dürfte hier eine Folge des schnellen Kräfteverfalles bei dem hohen Fieber gewesen sein. Die Sektion klärte ebenfalls den Zusammenhang nicht auf.

Im zweiten Falle können die vorher verabreichten Medikamente (Brom, Chloral) den Ausbruch verschuldet haben. Es wurde Antitoxin gegeben und trotz der Schwere des Falles (10 Tage Inkubation) Heilung erreicht. Im ersten Falle konnte über die Inkubation nichts eruiert werden.

Der dritte Fall war leicht und ging ebenfalls in Heilung aus. Hier handelte es sich um einen Potator. **W. v. Brunn** (Rostock).

28) **Wood.** Operative procedure as a therapeutic measure in the cure of epilepsy.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 9.)

W. berichtet aus seiner Praxis über drei Fälle von Epilepsie, weibliche Personen betreffend, die seit 20 bzw. 10 und 7 Jahren epileptisch waren und trotz sorgfältiger ärztlicher Behandlung alle paar Monate ihre Anfälle hatten.

Im ersten Falle kam es nach schwerer Verbrennung während eines Anfalles zur Amputation eines Armes; im zweiten hatte Pat. sich durch Sturz aus dem Fenster eine Handverletzung zugezogen, die operativ behandelt werden mußte. Fall 3 wurde wegen tuberkulöser Halslymphome operiert; alle drei in Narkose.

Die Fälle konnten 8 bzw. 4 und 3 Jahre beobachtet werden und blieben ganz anfallsfrei ohne Medikation. **W. v. Brunn** (Rostock).

29) **Flemming.** Case of filariasis with abscess.

(Bristol med.-chir. journ. 1908. Juni.)

Bei dem 30jährigen Pat., der sich längere Zeit in Deutsch-Südwestafrika aufgehalten hatte, entwickelte sich subakut eine Schwellung an den langen Rückenmuskeln in Höhe der Lendenwirbel. Im Blute wurde Filaria *festgestellt*. Die Inzision der Schwellung ergab, daß ein Abszeß in den tiefsten Muskelschichten vorlag; im Abszeßinhalt konnte Filaria nicht nachgewiesen werden, was bei dem längeren Bestehen des Abszesses vor der Inzision (66 Tage) nicht zu verwundern war. **Mohr** (Bielefeld).

30) **Hashimoto** und **So.** Über Pseudarthrosenbehandlung nach Schußverletzungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 2.)

In sieben Fällen von Pseudarthrose, die Verff. im japanisch-russischen Kriege im Tokyo-Shibuya-Lazarett beobachteten, war nach ihrer Meinung unvorsichtige Exstirpation der Knochenstücke die Ursache falscher Gelenkbildung. Bei Eiterung von Schußwunden sollte man nur für guten Abfluß des Sekretes sorgen und die Splitter nicht entfernen, da man mit ihnen nur zu leicht Periostgewebe abreißt, das für die Knochenneubildung von größter Wichtigkeit ist. Verff. geben eine kurze Krankengeschichte ihrer sieben operierten Fälle und besprechen die verschiedenen Methoden allgemeiner und lokaler nichtoperativer, wie operativer Therapie, die bisher gehandhabt werden. Sie selbst haben fünf Fälle nach Mangoldt mit ungestielten Periost-Knochenlappen und zwei Fälle nach Hahn durch Einfügung der durchsägten Fibula in das obere Fragment der Tibia meist mit sehr gutem Erfolg behandelt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

31) **G. J. Turner.** Über Klopfung als Mittel zur Beschleunigung der Heilung von Knochenbrüchen und als Heilmittel bei Pseudarthrosen.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 15.)

T. wandte in je zwei Fällen von Pseudarthrose und von nicht heilenden Knochenbrüchen die Klopfung der Bruchgegend mit dem Perkussionshammer an, wozu im Gipsverband ein Fenster gemacht wird. Darauf trat in allen Fällen rasch Heilung ein. — In der Literatur fand er eine Notiz von Schäffer, der bei Pseudarthrosen auch klopft, aber mit der Hand.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).



32) **Young.** Case of multiple exostoses in a rachitic subject.
(Glasgow med. journ. 1908. März.)

Pat., jetzt 33 Jahre alt, hatte in seiner Kindheit so schwere Rachitis, daß er erst nach dem 6. Jahre gehen lernte. Mit 14 Jahren bekam er Genua valga, und mit 21 Jahren bemerkte er die erste Exostose, die sich an den Rippen entwickelte. Allmählich bildeten sich noch an vielen anderen Stellen seines Skeletts Exostosen aus. **W. v. Brunn** (Rostock).

33) **Titoff.** Über den Echinokokkus der Knochen.
(Chirurgia 1908. Nr. 135 [Russisch].)

Im Verhältnis zu den Erkrankungen an Echinokokkus überhaupt ist der Knochen selten zu nennen. T. hat 77 Fälle zusammengestellt. Sein mitgeteilter Fall hat insofern Interesse, als die Pat. angab, vor 6 Jahren zum erstenmal im linken Schulterblatt eine nußgroße Geschwulst gefühlt zu haben, die ganz allmählich anwuchs. Bei der Aufnahme in das Hospital war die Blase mannskopfgroß. Die Entfernung des Echinokokkus bot keine Schwierigkeiten; die am Schulterblatt haftenden Teile wurden mittels breiten Meißels herausgehoben. Heilung p. p. **Oettingen** (Berlin).

34) **N. A. Weljaminow.** Polyarthritis chronica progressiva thyreotoxica.
(Russki Wratsch 1908. Nr. 18—20.)

Unter obigem Namen scheidet W. eine Form des sogenannten chronischen Gelenkrheumatismus in eine besondere Gruppe aus. Von etwa zehn beobachteten Fällen werden zwei ausführlich beschrieben. Im ersten — mit Pocken in der Anamnese — wurde Pat. 4 Jahre lang erfolglos wegen ihres Gelenkleidens behandelt. Es begann von den Fingergelenken, ergriff nach und nach alle Gelenke der oberen, dann auch der unteren Extremitäten — symmetrische Polyarthritis. Gleichzeitig hysterische Erscheinungen, Muskelatrophie, toxische Affektion des Rückenmarks im Bereich der unteren Hals- und oberen Brustwirbel. Röntgenoskopisch wurde eine Struma endothoracica entdeckt. Nun erklärte W. sich die Krankheit so: Struma — Dysthyreosis — Rückenmarksintoxikation — trophoneurotische Polyarthritis. Eine eingeleitete Thyreoidinbehandlung ergab glänzenden Erfolg, — beinahe vollständige Heilung. — Zweiter Fall: Abdominaltyphus in der Anamnese, Kropf, Affektion der Tarsal- und Fußgelenke, die aber spontan zurückging; darauf wurden Ellbogen- und Handgelenke befallen, Muskelatrophie wenig ausgeprägt, keine deutlichen Symptome von Rückenmarksaffektion, bloß solche der peripherischen Nerven. Thyreoidinbehandlung 1 Monat lang — geringe Besserung; Strumektomie — nun rasche Besserung: nach einem Monat hat die Beweglichkeit im rechten Ellbogen um 42° zugenommen.

Auf Grund dieser Fälle, sowie des Studiums der — ziemlich kärglichen — Literatur schließt W., daß außer Hypo- und Hyperthyreosis (bzw. Thyreodismus) besonders die Dysthyreosis (bzw. Thyreodismus) in der Ätiologie vieler Fälle von Polyarthritis chron. progressiva eine Hauptrolle spielt. Er bringt u. a. drei Fälle von Polyarthritis, die mehrere Wochen nach Scharlach auftrat; zur Zeit der Beobachtung dachte er an neurogenen Ursprung des Leidens; jetzt ist er überzeugt, daß es sich auch hier um Affektion der Schilddrüse handelte. Weitere Einzelnheiten müssen in der hochinteressanten Arbeit nachgelesen werden. Betreffs der Thyreoidinbehandlung fand W., daß die gewöhnliche Dosis — bis 0,9 pro die — oft nicht vertragen wird. Er beginnt mit 0,05 und geht selten über 0,3 pro die; nach 8—12 Tagen wird die Behandlung für etwa 8—10 Tage unterbrochen.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

35) **Guthrie.** Further results on heterotransplantation of blood vessels.
(Amer. journ. of phys. 1908. März.)

In zwei Fällen transplantierte G. Stücke der Abdominalaorta von Katzen zwischen die Schnittenden der Carotis beim Hunde; beidemal war die Blutzirku-

lation nach 7—8 Monaten vollkommen. Die nachträgliche Untersuchung des eingepflanzten Stückes ergab, daß seine Lichtung frei, der Durchmesser stark vergrößert, die Wandung verdickt war. Die Intima war glatt und glänzend.

Mohr (Bielefeld).

36) **Biesalski.** Die Neueinrichtung des Röntgenhauses (am Urban in Berlin).

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 3.)

Es wurde auf Betreiben der Professoren Fränkel und Körte am Urban ein eigenes Gebäude für den Röntgenbetrieb errichtet. Verf. empfiehlt vor allem, nicht — wie früher — kleine Zimmer, sondern möglichst große Säle zu schaffen, da sie eine weit größere Übersichtlichkeit und Schnelligkeit des Betriebes mit einem geringeren Personal gewährleisten. Auf den üblichen roten Anstrich wurde verzichtet, das Zimmer vielmehr hellgrau gestrichen. Die gesamte Einrichtung ist von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall geliefert. Im Erdgeschoß befindet sich der Untersuchungsraum nebst einer Dunkelkammer, mit allen notwendigen und modernen Ausrüstungen versehen. Im Obergeschoß ist das Zimmer für die Therapie und ein Schwesternzimmer, im Kellergeschoß sind Arbeitsräume, eine Dunkelkammer und Plattenarchiv. **Gaugele** (Zwickau).

37) Aus der Röntgentechnik.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 3.)

1) Die Firma Max Kohl, Werkstätten für Präzisionsmechanik und Elektrotechnik in Chemnitz, Adorferstraße Nr. 20, stellt eine Universalblende her mit Einrichtung für stereoskopische Aufnahmen und mit Schutzkasten für die Röntgenröhre. Der Apparat soll sowohl für Durchleuchtungen als auch für röntgenographische Aufnahmen verwendet werden können und soll in der Handhabung bequem sein.

Der Schutzkasten für Röntgenröhren besitzt eine Stellvorrichtung für Beleuchtung von oben, von der Seite und von hinten.

2) Die Firma C. H. F. Müller in Hamburg bringt einen neuen Röntgenröhrentyp, die Zentralröhre, in den Handel. Der Ingenieur der Firma, C. F. Rodde, glaubt in der Zentralröhre die Röhre der Zukunft gefunden zu haben. Sie stellt eine Spezialröhre für allseitige Bestrahlungen und für Moment- und Fernaufnahmen dar. Die Röhre wird nur in einer Größe von 200 mm Kugeldurchmesser, in zwei Ausführungen, und zwar mit massiver Kupferantikathode und mit Wasserkühlung, fabriziert. In Vorbereitung sind Röhren mit Iridiumantikathoden, über welche demnächst berichtet werden soll. **Gaugele** (Zwickau).

38) **Forssell.** Eine Vorrichtung zur Röntgenographie mit Kompression und Orthodiagraphierung in unmittelbarem Anschluß an die Durchleuchtung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. hat an dem Durchleuchtungsapparat von Holzknecht einige Veränderungen angebracht. Der Zweck dieser war, wie in der Überschrift schon angedeutet ist, den Apparat zur Röntgenaufnahme mit Kompression einzurichten und die Orthodiagraphie unmittelbar an die Durchleuchtung anzuschließen. Durch seine Änderungen ist eine Fixierung des Fluoreszenzschirmes auch in sagittaler Richtung ermöglicht, so daß er zur Plattenstütze, auch bei Kompression und zum Orthodiagraphieren, gebraucht werden kann. Durch die Fixierung des Schirmes erhält dieser auch bei kräftiger Kompression eine vollkommen sichere Lage, im Gegensatz zu den Apparaten anderer. Die Einzelheiten sind im Original nachzulesen. **Gaugele** (Zwickau).

39) **Stein.** Über plastische Röntgenogramme.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 2.)

Ein weiterer Beitrag und Nachprüfung der Technik der plastischen Röntgenogramme von Alexander, der immer noch nicht ganz den Schleier von seinem Verfahren gelüftet hat.

Wie **Alexander**, so erreichte auch S. die plastischen Röntgenogramme bei gleichzeitigem Zusammenkopieren von Negativ und Diapositiv. Der Arbeit sind einige hübsche plastische Röntgenogramme beigefügt. **Gaugele** (Zwickau).

40) **R. Kienböck.** Über Hautreaktion nach diagnostischen Untersuchungen.

(Archiv f. phys. Medizin u. med. Technik Bd. III. Hft. 2.)

Verf. hat schon früher 14 Fälle zusammengestellt und spricht sich nach seinen Erfahrungen dahin aus, daß nicht eine Überempfindlichkeit der Haut, sondern Überexposition die Schuld tragen. An der Hand von vier Fällen macht er klar, welch große Dosen manchmal bei solchen Untersuchungen oder Aufnahmen zustande kommen. Oft wirken mehrere an sich nicht schädliche Faktoren zusammen: Geringe Fokushautdistanz, intensives Licht, lange Exposition.

Bei einem Falle trat nach drei Brustwirbelaufnahmen innerhalb 6 Tagen eine Ulzeration am Bauch von einjähriger Dauer ein. In einem anderen Falle kam es nach zwei Nierenaufnahmen zu kurzdauernder Exkoriation, ferner nach 5 bis 6 Schultergelenkaufnahmen zu 10wöchiger Ulzeration. In einem eigenen Falle des Verf.s entstand nach Durchleuchtung und Aufnahmen der linken Schläfengegend eine vorübergehende Epilation derselben. K. berechnet die gegebene Dose auf etwa 10 x. Zur Vermeidung von Hautreaktionen muß man, wenn intensives Licht und lange Belichtung nötig ist, durch Milliampèremeter und K.'s Minutentabellen ungefähr die resultierende Dose berechnen oder sein Quantimeter oder ein offenes Dosimeter (Holzknecht oder Sabourand-Noiré) anwenden.

Renner (Breslau).

41) **G. Gross** et **M. Barthélmy.** Stérilisation des gants de caoutchouc par les vapeurs de formol.

(Province méd. 1908. Nr. 21.)

Verff. haben die Sterilisation der Gummihandschuhe nach der Analogie der Kathetersterilisation mit Formoldämpfen vorgenommen. Bakterielle Versuche haben ergeben, daß der Formaldampf des nicht erwärmten Formalins imstande ist, die mit infektiösem Material befleckten Gummihandschuhe vollkommen keimfrei zu machen. Seit 1 Jahre operiert G. mit auf diese Art sterilisierten Handschuhen und hat keine Nachteile gesehen. Die Handschuhe werden vor dem Gebrauche tüchtig gereinigt, kommen dann in eine 1%ige Sodalösung $1/2$ Stunde lang, werden dann abgewaschen und getrocknet. Schließlich werden sie in einen Behälter getan, der mit der kalten Formalinlösung beschickt ist. Das Innere der Handschuhe wird zweckmäßig mit Gaze ausgestopft, damit der Formoldampf auch leicht und überall hindringen kann. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

42) **E. Erhardt.** Über Verwendung von Gummi als Zusatz zum Anästhetikum bei Lumbalanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 26.)

In Ergänzung seiner Arbeit der Münchener med. Wochenschrift (s. Ref. in d. Bl. Nr. 31) teilt E. mit, daß der am Schluß erwähnte Fall von Meningealreizung nach Tropakokain-Gummi-Lumbalanästhesie zur Heilung gelangt ist; Schuld an dem Eintreten der leichten Meningitis habe aber nicht der Gummizusatz zur Injektionsflüssigkeit, sondern die Verwendung einer in Sodalösung ausgekochten Nadel und Spritze gehabt. Die von E. seit der Demonstration auf dem Chirurgenkongreß in Berlin ausgeführten 21 Tropakokain-Gummianästhesien sind sämtlich gut verlaufen; ein 3%iger Gummizusatz zu der auf 10 ccm mit Liquor verdünnten Lösung genügte, um Totalanästhesie herbeizuführen. Schwere Erschütterungen des Körpers sind während der Operation zu vermeiden, da durch Druckschwankungen Erbrechen und Kopfweh eintreten; eine rasche Bewegung kann die Anästhesie völlig beenden. **Kramer** (Glogau).

43) **Regnier.** Traitement par l'eau salée de tuberculoses externes avec guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Bd. XXXIII. p. 352.)

R. berichtet von günstigen Erfolgen, die er bei offener chirurgischer Tuberkulose (besonders Weichteilfungus und fungöser Synovitis) mit Salzbädern erzielt hat. Er benutzte Salze von Salies-Salins und Kreuznach, und zwar 40 g auf 1 Liter gekochten Wassers, ein Verfahren, das vor ihm schon Louvel angewendet hat. Je nachdem wurden Irrigationen oder Verbände unter wasserdichtem Stoff mit der Lösung appliziert. Die Resultate sollen selbst bei verzweifelten Fällen mit vielfachen Fisteln günstig sein. (Vgl. dazu die ähnlichen Angaben von Binsberger, Ref. im Zentralblatt 1907, p. 1167.) Bei späterer Gelegenheit (p. 362) stellt R. einen Fall vor, bei dem eine tuberkulöse Ostitis des Brustbeins unter Chlorhydratammoniak-Umschlägen geheilt wurde. **Kaehler** (Duisburg-M.)

44) **Prawdoljuboff.** Zur Kasuistik der Zwerchfellverletzungen.

(Chirurgia 1908. Nr. 36. [Russisch.])

Beschreibung dreier einschlägiger Fälle. Jedesmal hatte es sich um Stichverletzungen der linken Seite gehandelt, in allen drei Fällen lag die Außenwunde in einem Interkostalraum, und zweimal war das Netz in einem Klumpen von etwa Hühnereigröße vorgefallen.

An der Hand der drei geheilten Fälle stellt P. gewisse Normen auf, die für ihn bei der Behandlung der transpleuralen Zwerchfellverletzungen Regel geworden sind. Zunächst erweitert er jedesmal die Wunde; in den meisten Fällen scheint eine Rippenresektion vorhergehen zu müssen. Wird die Zwerchfellwunde dem Auge sichtbar, so tritt die Frage an einen heran, ob die Organe des Bauches unverletzt sind. Der Vorfall des Netzes gibt dafür nach keiner Richtung Hinweise. Im dritten Falle konnte P. nach Erweiterung der Wunde, Resektion des vorgefallenen Netzes und Erweiterung der Zwerchfellwunde feststellen, daß das Colon transversum verletzt war. Die Wunde wurde transpleural und transdiaphragmal genäht. Im Anschluß an diesen Vorgang warnt P. davor, in jedem Falle die Verletzungen an Unterleibsorganen durch das Zwerchfell hindurch zu nähen. Nur wenn einwandsfrei nachgewiesen werden kann, daß weiter keine Verletzungen an Bauchorganen vorliegen, darf auf die Laparotomie verzichtet werden.

Oettingen (Berlin).

45) **Eisendraht.** Subphrenic abscess as a complication of appendicitis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 10.)

Verf. erörtert die verschiedenen Wege, auf denen es bei normal und bei abnorm gelagertem Wurm zu subphrenischen Abszessen kommen kann und illustriert seine Ausführungen einmal durch fünf Fälle seiner Beobachtung und ferner durch eine Reihe von Zeichnungen.

Lateral und medial vom Colon ascendens kann die Ausbreitung der Eiterung erfolgen, oder auch vorn über das Querkolon und die Vorderfläche des Magens hinweg zum linken Leberlappen oder zur Milz, oder endlich durch das Foramen Winslowi auf die Hinterfläche des Magens; vom rückwärts hochgeschlagenen Wurm aus kann die Eiterung zwischen rechter Niere und Leber aufwärts wandern.

Besprechung der Symptome, Diagnose und der Therapie. Letztere muß operativ sein. Seit Elsberg's Statistik (1901: 50 operierte Fälle) hat E. noch 34 Fälle einschließlich seiner 5 eigenen Beobachtungen sammeln können, deren Mortalität 25% betrug. Eine Statistik der nicht operierten Fälle existiert nicht, Verf. schätzt deren Mortalität auf 80—85%.

E. operiert am liebsten transthorakisch mit Resektion der 10. Rippe, ohne Eröffnung der Pleurahöhle. Seine Ausführungen basieren im ganzen auf 106 Fällen, einschließlich seiner 5 eigenen Beobachtungen. **W. v. Brunn** (Rostock).

46) **K. Vogel.** Trauma und Appendicitis.
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

In der Mehrzahl der bisher beschriebenen Fälle von traumatischer Appendicitis war der Wurmfortsatz bei Eintritt des Traumas schon erkrankt gewesen, indem entweder ein oder mehrere typische Anfälle vorangegangen waren oder chronische, selbst ganz symptomlose Veränderungen bestanden hatten. Letzterer Kategorie gehört wahrscheinlich V.'s Fall an, bei dem der Wurm durch eine starke plötzliche Körperbewegung des Pat. vollständig quer durchgerissen und es danach zu akuter exsudativer Appendicitis gekommen war; nach Ablauf dieser wurde die Operation ausgeführt. Der relativ gutartige Verlauf trotz der totalen Durchtrennung des Fortsatzes mit Dislokation der Fragmente, deren zentrales an der Rißstelle obliteriert gefunden wurde, spricht dafür, daß das Trauma einen schon erkrankten Wurm getroffen hatte. **Kramer** (Glogau).

47) **Ssisemski.** Zur Ätiologie retroperitonealer Eiterungen.
(Chirurgia 1908. Nr. 135.)

Das Gebiet retroperitonealer Eiterungen, heißer und kalter Abszesse, vereiternder Hämatome usw. ist ein weitumfassendes. Fast noch größer ist das Gebiet, das von verschluckten Fremdkörpern handelt, von ihrem Schicksal, das im günstigsten Fall in einem Wiedererbrechen oder im Abgang auf natürlichen Wegen besteht, im ungünstigeren in einem Ileus oder in Perforation mit nachfolgender allgemeiner oder umschriebener Peritonitis. Zu den größten Seltenheiten gehört es aber, wenn ein verschluckter Fremdkörper einen rein retroperitonealen Abszeß erzeugt; denn zum Zustandekommen dieses Bildes muß der Fremdkörper ganz besonders gestaltet sein.

Ein 6jähriger Knabe wurde mit den Erscheinungen einer schweren Eiterung in der rechten Leistengegend aufgenommen. Da alle in Frage kommenden Erkrankungen (Spondylitis, Appendicitis, Karies, Trauma, Entozoen usw.) ausgeschlossen werden konnten, wurde operiert mit der Diagnose: Abszeß auf unbekannter Grundlage. Schnitt parallel dem Lig. Pouparti. Retroperitoneal wurde eine große Menge nicht riechenden, aber auch nicht käsigen Eiters entleert, und eine Gegenöffnung über dem Darmbeinkamm angelegt. Beim vierten Verbandwechsel erschien ein Stahlnagel von fast 2 cm Länge, der konisch zulief und an seiner 2 mm breiten Basis keinen Kopf trug. Der Vater des Knaben erinnerte sich, vor 2 Wochen mit solchen Nägeln an einem Kumt Leder befestigt zu haben. Aus der Form des Nagels, der im Original abgebildet ist, kann man ersehen, daß er in jeder Weise für Perforation geeignet war; konischer Bau, feinste Spitze und breite Basis, an der die treibende Gewalt angreifen und ohne Hindernis das Objekt fortschieben konnte. **Oettingen** (Berlin).

48) **K. Port** (Nürnberg). Die Graser'sche Operation großer Nabel- und Bauchbrüche.
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

Unter den sieben von P. operierten Pat. ist einer am nächsten Tage an Embolie gestorben, zwei sind durch Einreißen der Naht mit Zerfetzung der Muskulatur gestört gewesen, bei den übrigen war der Verlauf ein völlig glatter. Bei drei dieser Pat. liegt die Operation über 1 Jahr zurück, und ist die Bauchwand vollständig fest geblieben. Wesentlich für das Gelingen der Operation ist nach P. das ausgiebige Freilegen des Operationsfeldes; der Querschnitt muß über die lateralen Ränder der Recti hinausreichen, die Fascienblätter sollen nach oben und unten bis zu der Stelle, wo die auseinander gewichenen Muskeln wieder beieinander liegen, lospräpariert, beim Knüpfen der Nähte zuerst die durch die festen Inskriptionen gelegten geknotet, bei den anderen Muskelnähten die hintere Fascie mitgefaßt werden. Vorherige gründliche Darmentleerung ist notwendig, damit die Verkleinerung des Bauchraumes gut vertragen wird. — P. hält die Methode Graser's für eine wertvolle Bereicherung unserer Technik bei den großen Brüchen mit weit auseinander gewichenen Muskeln. **Kramer** (Glogau).

49) **H. Weimann** (Tapian). Über einen Fall von Heilung eines perforierten Magengeschwüres durch einfache Eröffnung eines intraperitonealen Abszesses.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 24.)

Der betreffende Pat. hatte schon seit 11 Jahren an Magenbeschwerden, die auf ein Geschwür zurückgeführt wurden, gelitten, so daß sich vor der Perforation des letzteren schon feste Verwachsungen zwischen Magen und Bauchwand usw. gebildet hatten. Der entstandene Abszeß lag der vorderen Magenwand an, in der die Perforationstelle bei der Eröffnung des Eiterherdes gefunden wurde. Heilung ohne Stenosenerscheinungen. **Kramer** (Glogau).

50) **O. Eschbaum.** Viermalige Magenoperation infolge Verwechslung von gastrischen Krisen mit Pylorusstenose. (Aus der medizinischen Klinik in Bonn. Prof. Schultze.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

Die vier Operationen — Gastroenterostomie und Enteroanastomosen — waren von vier verschiedenen Chirurgen in den letzten 4 Jahren vor Aufnahme des 37jährigen Kranken in die Bonner medizinische Klinik wegen plötzlich mit Erbrechen aufgetretener Magenschmerzen gemacht worden. In der inneren Klinik wurde anamnestisch festgestellt, daß Pat. schon seit Jahren anfallsweise an reißenden Schmerzen in den Beinen gelitten hatte; die weitere Untersuchung ergab bei Fehlen aller auf frühere Lues hinweisenden Residuen das Bestehen von Tabes mit zeitweise sich einstellenden heftigen gastrischen Krisen. **Kramer** (Glogau).

51) **Einhorn.** Ein Fall von Verengerung und Schließunfähigkeit des Pylorus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

Die obigen Fälle, von denen E. ein neues, durch Gastroenterostomia posterior geheiltes Beispiel mitteilt, sind dadurch charakterisiert, daß kleinere Mengen von Galle stets im Mageninhalt nachweisbar sind. Es weist dies auf eine Rigidität des Pförtners hin, weswegen derselbe nie vollkommen schließfähig ist. Diese Affektion hat E. sowohl bei gut- wie bösartigen Erkrankungen des Pförtners beobachtet.

Borchard (Posen).

52) **T. Voeckler.** Über den primären Krebs des Wurmfortsatzes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 2.)

Verf. hat zwei Fälle von Wurmfortsatzkarzinom beobachtet, die in vorliegender Arbeit beschrieben werden. Im Anschluß daran bespricht er die Literatur, die über den Wurmfortsatzkrebs bisher veröffentlicht wurde; die Zahl der Einzelberichte ist eine noch geringe, obschon wahrscheinlich das Leiden häufiger ist. Es bleibt jedoch vielfach unbeachtet, weil manchmal erst die mikroskopische Untersuchung den Charakter des anscheinend nur entzündlichen Prozesses aufklärt. Meist fand man solide, alveoläre Krebsformen, wenngleich auch Zylinderzellen- und Gallertkrebse vorkommen. Nach allen bisherigen Untersuchungen besitzt der Wurmforsatzkrebs eine relative Gutartigkeit. Bei seinem zweiten Falle fand V., daß auch der Blinddarm karzinomatös erkrankt war. Aber da lediglich die Serosaseite die Veränderung aufwies, die Schleimhaut aber völlig unverändert war, so ist anzunehmen, daß die Wucherung von dem ganz in einer karzinomatösen Geschwulst aufgegangenen Wurm aus entstanden ist. V. glaubt deswegen, daß eine Reihe von Blinddarmkarzinomen primäre Wurmkrebse sind und darum der Appendektomierte glücklich zu preisen sei, der nun auch noch die Aussicht weniger besitzt, ein Blinddarmkarzinom im Alter zu akquirieren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



53) **Tesson.** Occlusion intestinal par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 578.)

Bei einem Pat., dem im zweiten akuten Appendicitisanfall vor 7 Monaten der Processus vermiformis entfernt worden war, waren öfter plötzliche, vorübergehende Schmerzen im Leibe geblieben. Eines Abends traten außerordentlich heftige Schmerzen ein mit sehr rasch auftretenden Erscheinungen völligen Darmverschlusses. Erst 44 Stunden nach Beginn der Erkrankung konnte laparotomiert werden: die Blinddarmgegend war frei, der ganze Dünndarm mit seinem Mesenterium im Sinne des Uhrzeigers gedreht; außerdem fanden sich zwei Stränge zwischen dem Scheitel der betroffenen Schlingen und der zugehörigen Mesenterialfläche. Zurückdrehung, Durchtrennen der Stränge. Heilung. — Ausführliche epikritische Bemerkungen Delbet's. **Kaehler** (Duisburg-M.).

54) **W. N. Rosow** (Smolensk). Zur Anatomie und Therapie des akuten Darmverschlusses.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1907. [Russisch.])

Von den 59 Fällen aus einer 8jährigen Periode wurden 58 operiert:

Volvulus der Flexura sigmoidea	5	geheilt,	4	tot,
» der Dünndärme	5	»	10	»
» des gesamten Dünndarmes und halben Kolon	0	»	1	»
Strangulationen	1	»	5	»
Invaginationen	2	»	2	»
Obturationen	6	»	7	»
2 Infarkte (?) (tot) und 1 Enterospasmus (?)	1	»	2	»
Unklare Fälle	2	»	5	»
	22	geheilt,	36	tot.

Die Erfahrungen sprachen auch hier durchweg gegen interne Behandlung; u. a. wurde mit Atropin keinmal etwas erreicht.

Bezüglich der Technik ist erwähnenswert, daß »sehr oft« die Punktion des geblähten und kotgefüllten Darmes während der Operation gemacht wurde mit dem Erfolge ganz wesentlicher Erleichterung der Arbeit. Die Öffnung erfolgte durch Trokar mit seitlichem Ansatz oder Messer.

Von den 10 Darmresektionen, die zum größten Teil unter sehr schwierigen Verhältnissen gemacht wurden, brachten 5 Heilung. 4mal wurde das S romanum (1mal wegen rezidivierendem Volvulus) fixiert mit Nähten, die das Mesosigmoideum an die seitliche oder vordere Bauchwand hefteten. Die Fäden wurden nach außen geleitet und über Bäuschen geknotet. Der Schluß der Bauchwunde erfolgte häufig mit durchgreifenden Seidenfäden.

Die meisten Operationen wurden von L. J. Spasokukozki ausgeführt.

V. E. Mertens (Kiel).

55) **Wilson.** Case of carcinoma of the sigmoid, complicated by double pyosalpinx.

(Intercol. med. journ. of Australasia 1908. April 20.)

Bei der 32jährigen Pat. wurde wegen doppelseitiger eitriger Adnexerkrankung mit ausgedehnten Verwachsungen operiert. Bei der Auslösung der linksseitigen, stark mit Mastdarm und Flexura sigmoidea verwachsenen Eitertube wurde die Lichtung der Flexur eröffnet, und es zeigte sich eine infiltrierende, weiche, z. T. ulzerierte Geschwulstbildung. Resektion der Flexur und des Mastdarmes auf 17 cm Länge, Vereinigung der Darmenden mit dem Murphyknopf, schließlich linksseitige inguinale Kolostomie. Der Knopf ging durch die Öffnung einer bereits vor der Laparotomie ausgeführten hinteren Kolpotomie am 11. Tage ab, es blieb eine Rekto-Vaginalfistel. Ein Mastdarmrohr wurde durch die Kolostomiewunde nach außen geleitet, am Ende mit einem weiten Gummifingerling versehen, dieser auf-

geblasen und nun das Rohr so weit abwärts gezogen, daß die Lichtung der Flexur unterhalb des künstlichen Afters verschlossen war und sämtlicher Stuhl durch letzteren abging. Bei dieser Behandlung heilte die Rekto-Vaginalfistel aus. Nach 3 Monaten Heilung der Kolostomiewunde, normale Stuhlentleerung. Nach 17 Monaten kein Rezidiv. **Mohr** (Bielefeld).

56) **L. Burkhardt.** Über Berstungsrupturen des Rektums. (Aus der chir. Universitätsklin. zu Würzburg Prof. Enderlen).

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr 24.)

Während in den bisher bekannt gewordenen Fällen von Berstungsrupturen des Mastdarmes zumeist pathologische Veränderungen desselben vorlagen, war die von B. beobachtete, bei einem jungen Menschen mit gesundem Mastdarm während der Defäkation entstanden. Pat. war 12 Stunden später kollabiert, die Bauchwand gespannt, der Unterleib aufgetrieben, druckempfindlich, Puls 140, Temperatur 37,7°. Oberhalb der Ampulle, ventral gelegen, fand sich eine für die Fingerkuppe gerade noch erreichbare schmerzhafte Vertiefung, die sich wie ein Divertikel anfühlte und Blutspuren am Finger zurückließ. Bei der Laparotomie entleert sich 1/2 Liter Eiter, aus der Excavatio recto-vesicalis ziemlich reichlich breiiger Kot, der in sie durch einen 2 cm langen schrägen Riß der vorderen Mastdarmwand etwa 2 cm oberhalb der Umschlagsstelle des Bauchfells hineingelangt war. Anlegung eines Anus praeternaturalis iliacus, Tamponade und Drainage an der für die exakte Naht schwer zugänglichen Rißstelle. Guter Verlauf; 3 1/2 Wochen später Schluß des künstlichen Afters. Heilung.

Der mitgeteilte Fall ist, soweit aus der Literatur ersichtlich, der erste von intraperitonealer Mastdarmruptur, der durchgekommen ist.

Kramer (Glogau).

57) **Paryski.** Totalexstirpation von Netz und Milz wegen Echinokokkus. Heilung.

(Chirurgia 1908. Nr. 136. [Russisch.])

Der Fall ist durch die Schwere des operativen Eingriffes mit Ausgang in Heilung von Interesse. Eine 25jährige Armenierin stellte sich wegen einer schmerzhaften Geschwulst im linken Hypochondrium zur Operation ein. Der Leib war hoch aufgetrieben und mit Flüssigkeit gefüllt. Die Diagnose lautete: bösartige Geschwulst des linken Eierstockes oder der Milz. Operation in Narkose. Nach Eröffnung der Leibeshöhle stürzte eine Unmenge klarer Flüssigkeit hervor. Es wurde das Netz sichtbar, das in ganzer Ausdehnung mit kleinen Erhebungen von Senfkorn- bis Haselnußgröße besät war. Bei näherem Zusehen stellte sich heraus, daß es sich um Tausende von Echinokokkenblasen handelte. Bei weiterer Orientierung zeigte sich, daß der hintere Pol der Milz von einer sehr großen, die Mitte der Milz von mehreren kleineren Blasen eingenommen war. Verf. beschloß, alles Erkrankte zu entfernen, was unter sorgfältigster Anlegung doppelter Ligaturen verhältnismäßig leicht gelang. Verwachsungen, die die Milz an ihrer Rückfläche zeigte, ließen sich ebenfalls ohne erhebliche Blutung lösen. Schluß der Bauchhöhle mit Etagennaht.

Der Heilungsverlauf wurde durch Temperaturen nicht kompliziert. Das nach totaler Netzexstirpation gefürchtete blutige Erbrechen trat nur einmal, am 11. Tage, auf. Es wurde mit innerlichen Gaben von Argentum nitricum erfolgreich bekämpft. Nach 4 Wochen konnte Pat. geheilt entlassen werden. Nach 1/2 Jahre war sie gesund und mit schwerer Feldarbeit beschäftigt. **Oettingen** (Berlin).

58) **Hardouin.** Quelques remarques sur le traitement des kystes glandulaires du pancréas à propos d'une observation personnelle.

(Revue de chir. XVII. ann. Nr. 5.)

Dem Rate Siraud's, jede Pankreascyste von vornherein auf lumbalem Wege freizulegen, kann sich Verf. nicht anschließen. Dazu ist in der Mehrzahl der

Fälle die Diagnose vor der Operation zuwenig bestimmt. Der Zugang ist mühevoll und genügt gar nicht, falls die Cyste exstirpiert werden soll und kann. Unbedingt zu empfehlen ist aber ein Schnitt in der Lendengegend zur Drainage, weil er jede Verhaltung und dadurch auch die sekundäre Infektion des Cysteninhaltes verhindert. H. heilte auf diese Weise eine sehr große, traumatisch entstandene Cyste, die er von einem medianen Bauchschnitt aus freigelegt und entleert hatte, in 3 Monaten. Nur ein kleiner Teil ihrer vorderen Wand wurde reseziert, dann die Cystenwunde vollständig, die Bauchwunde bis auf eine Drainöffnung geschlossen. Um die Absonderung der Sackwand schneller zum Versiegen zu bringen, spritzte H. durch die hinteren Drains Jodtinktur ein. **Gutzeit** (Neidenburg).

59) **J. J. Schirokogorow.** Primäres Pankreassarkom.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 21.)

Mann von 57 Jahren leidet seit 3 Jahren an Schmerzen in den Unterextremitäten, die im letzten Sommer jede Arbeit unmöglich machten. Von Zeit zu Zeit Erbrechen, die letzten 5 Tage Temperatursteigerung, Pneumonie links; am Tage vor dem Tode Lähmung der linken Gesichtshälfte. Diagnose: Tabes dorsalis. — Doch zeigte die Sektion sarkomatöse Entartung des ganzen Pankreas mit Metastasen in der linken Lunge, im Magen, Dünndarm, Nieren und in den Ganglia spinalia lumbalia et sacralia. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Sarcoma parviglobocellulare; im Pankreas waren von den normalen Bestandteilen bloß die Langerhans'schen Drüsen vertreten, nie Diabetessymptome vorhanden.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

60) **J. W. Miller.** Ein Fall von metastasierendem Ganglionneurom.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 411.)

Verf. beschreibt eine Geschwulst, die von den medial von der Niere liegenden sympathischen Ganglien, vielleicht vom Ganglion coeliacum ausgegangen war. Die Geschwulst war fest mit dem Nierenhilus verwachsen, ohne in die Niere einzudringen oder den Harnleiter zu verlegen. Die abgeplattete Nebenniere lag dem oberen Pole der Geschwulst auf. Die Struktur derselben war grobfaserig, an ein Fibromyom des Uterus erinnernd, die Farbe gelblichweiß, die Konsistenz derb. Medial von der Geschwulst lagen vier erbsen- bis bohnengroße Gebilde, die ihrem Aussehen nach dem Hauptknoten völlig entsprachen und als Lymphknotenmetastasen imponierten. Durch die Färbemethode von Ramón y Cajal-Levaditi wurden in sämtlichen Geschwülsten Nervenelemente nachgewiesen. An die eigene Beobachtung schließt sich eine kurze Literaturübersicht über die bekannten Fälle von Ganglionneuromen an. **Doering** (Göttingen).

61) **Koerber.** Zur Kasuistik der Totalexstirpation der Scapula bei akuter infektiöser Osteomyelitis, zugleich ein Beitrag zur Frühdiagnostik derselben.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

K. beschreibt einen Fall von akuter infektiöser Osteomyelitis des Schulterblattes, bei der wegen der großen Ausdehnung des Abszessses und der drohenden Allgemeininfektion die Totalexstirpation des Knochens vorgenommen und ein völliges Heilresultat erzielt wurde. Die Ursache der Erkrankung war eine fieberhafte Angina und ein gleichzeitiges Trauma, nämlich schwerer Fall auf die Schulter. Wie in den meisten Fällen war bei der vorliegenden Krankengeschichte die Spina scapulae die zuerst ergriffene Stelle und auch der Abszeß zuerst in der Fossa subscapularis lokalisiert. Findet man auf der dorsalen Seite des Schulterblattes einen Abszeß, so handelt es sich meist um den Durchbruch eines subskapulären verborgenen Eiterherdes. Für die Frühdiagnose macht Verf. auf zwei bisher nicht bekannte Symptome aufmerksam. Man kann nämlich bei leicht abduziertem Arm und fixiertem Schulterblatt dort Fluktuation fühlen, wo der durch den Eiterstock gespannte Musculus subscapularis über den Ansatz des Proc. glenoidalis heraufzieht.

Ferner ist die Außenrotation des Oberarmes enorm schmerzhaft, während die anderen Bewegungen, sofern sie nicht brüsk und zu weitgehend ausgeführt werden, keinen Schmerz auslösen. Die Erklärung ist die, daß gerade bei der Außenrotation der M. subscapularis in besondere Spannung versetzt wird. Bei der Operation des beschriebenen Falles wurde die Cavitas glenoidalis erhalten, und das Schultergelenk blieb uneröffet, ein Verfahren, das sich bei jugendlichen Individuen und dort, wo kein Durchbruch in das Gelenk vorhanden ist, sehr empfiehlt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

62) **Stieda.** Zur Pathologie der Schultergelenkschleimbeutel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

S. beschreibt acht Fälle von akuten Entzündungen der Schultergelenksschleimbeutel. Es konnte in allen Fällen ein Schatten im Röntgenbild nachgewiesen werden, der im weiteren Verlauf der Krankheit verschwand oder wenigstens bis auf kleine Reste zurück ging. Verf. möchte diese eigenartige Schattenbildung als eine gichtische Entzündung auffassen, obschon sich anderweitige Zeichen dieses Leidens nicht fanden. Entsprechend der angenommenen Ätiologie der Erkrankung wurden anfangs Narkotika, Umschläge, Einwicklungen und Tinctura colchici verabreicht, später Massage und Bewegungstherapie verordnet.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

63) **Pförringer.** Zur Kasuistik der angeborenen Verbildungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 3.)

Verf. beschreibt mehrere Mißbildungen:

1) Fehlen beider Daumen bei einem 22jährigen Kaufmann, der die Hände mit merkwürdiger Geschicklichkeit gebraucht, so daß der Fingerverlust nur wenig empfunden wurde. Mißbildungen in der Familie nicht vorhanden. Im Röntgenbilde fiel vor allem auf, daß das Kahnbein auffallend klein war. Das Os multangulum majus fehlte vollkommen.

2) Bei einem 40jährigen Arzte zeigte das Röntgenogramm eine Verwachsung beider Vorderarmknochen vom Capitulum bis zur Tuberositas radii. Die funktionelle Störung war gering. Der Vater und ein verstorbener Bruder hatten dieselbe Mißbildung besessen.

3) In einem dritten Falle handelte es sich um ein $1^1/_2$jähriges Kind, mit steifem und verkürztem rechten Arm. Das Röntgenbild zeigt, daß Humerus und Radius zu einem einzigen Knochen verschmolzen waren.

Zu einem Urteil bezüglich der Ätiologie läßt sich Verf. nicht herbei.

Gaugele (Zwickau).

64) **Plagemann.** Intraartikuläre umschriebene akute Osteomyelitis der Synchondrosis sacroiliaca. Operative Heilung mit guter Funktion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 22.)

Der Fall ist ein Analogon zu den von Müller mitgeteilten rein intraartikulären herdförmigen Osteomyelitiden. Das Wesentliche ist das Überwiegen der Gelenkerscheinungen gegenüber den im klinischen Bilde mehr latent bleibenden kleineren Osteomyelitisherden.

Im vorliegenden Falle war der Prozeß noch im Gelenk eingeschlossen, so daß es sich also gewissermaßen um eine Frühoperation gehandelt hat. Daher der gute funktionelle Erfolg.

Borchard (Posen).

65) **J. Riedinger.** Haltungsanomalie und Dérangement im Hüftgelenk.

(Archiv f. phys. Medizin u. med. Technik Bd. III. Hft. 2.)

Bei einem kräftigen Mann entstand durch eine im Liegen ausgeführte kräftige Streckung, Abduktion und Außenrotation im Hüftgelenk eine schmerzhafte Affektion dieses, welche sekundär zu einer Haltungsanomalie führte, die an die Wertheim-Salomon'sche Attitude hanchée erinnerte. Aus den Symptomen: leichte

Beweglichkeitsbeschränkung, Schmerz nur bei forcierter Streckung und bei Druck unterhalb und etwas nach innen von der Mitte des Lig. Pouparti, negativer Röntgenbefund u. a. kam R. schließlich zu der Diagnose einer intraartikulären Verletzung im Bereiche des unteren vorderen Abschnittes des Hüftgelenkes; jedenfalls handelte es sich um Loslösung von Gewebeteilen innerhalb der Gelenkhöhle mit oder ohne Herausquetschung aus der Fossa acetabuli.

Renner (Breslau).

66) **Rauenbusch.** Ein Beitrag zur Behandlung der angeborenen Unterschenkelpseudarthrose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 22.)

Nachdem bei direkter Anfrischung eine Konsolidation nicht eingetreten war, wurde durch die Methode nach Codivilla (Überpflanzung einer Periostknochenmanschette vom gesunden Bein) in 7 Wochen völlige feste Verheilung erzielt.

Borchard (Posen).

67) **J. Riedinger.** Hackenfuß nach Spitzfuß.

(Archiv f. phys. Medizin u. med. Technik Bd. III. Hft. 2.)

Im Anschluß an eine kurze Erwähnung der Fälle von Entstehung eines Pes calcaneus nach Durchtrennung der Achillessehne bringt Verf. einen neuen (dritten Fall der Literatur) Fall von Umwandlung eines spastisch-paralytischen Spitzfußes in einen spastisch-paralytischen Hackenfuß. Nach einer Durchschneidung beider Achillessehnen wegen Little war die neue Deformität entstanden. Verf. schließt eine kurze Besprechung der Ursachen an. Auch dieser Fall zeigt, daß an Stelle der einfachen Tenotomie die Bayer'sche Plastik zu treten hat.

Renner (Breslau).

68) **H. Landwehr.** Ein Fall von Fractura ossis navicularis pedis.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Der Fall betrifft ein $16^1/_2$ Jahre altes Mädchen. Nach anfänglicher Besserung traten starke Beschwerden auf, weshalb etwa $5^1/_2$ Monate nach der Verletzung (Sturz von der Treppe) die abgebrochene Tuberositas ossis navicularis operativ entfernt, die Spongiosa des Kahnbeines mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und der Fuß in Adduktions-Supinationsstellung eingegipst wurde. Die Nachbehandlung bestand in der Anlegung einer Plattfußsohle mit seitlichen Schienen. Der Erfolg war ein guter. — Die Verletzung ist wahrscheinlich als Abrißbruch zu deuten.

J. Riedinger (Würzburg).

69) **O. Nippold.** Über Subluxationsfrakturen des Os naviculare pedis. (Aus der chir. Universitätspoliklinik Jena.)

(Archiv f. phys. Medizin u. med. Technik Bd. III. Hft. 1.)

Mitteilung zweier Fälle, die beide durch Fall auf den plantarflektierten Fuß mit Einwirkung einer Gewalt in der Längsrichtung entstanden waren. Verf. zieht zum Vergleiche Paublan's Bild von dem Herausschneppern eines Kirschkernes zwischen zwei komprimierenden Fingern heran. Er hat im Anschluß an diese beiden Fälle schon in einer Dissertation 1907 (bei Craz & Gerlach, Freiberg i. S.) 40 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, um zu zeigen, daß diese Verletzung lange nicht so selten, wie nach den Lehrbüchern anzunehmen, sei. Die Diagnose ist im Anfang ohne Röntgen kaum zu stellen. Die Reposition gelingt meist nicht; dann kommt partielle oder totale Kahnbeinresektion in Betracht und gibt gute Resultate. Sonst benutzt man vorteilhaft eine plantare Gipsschiene und stark gepolsterten, fest komprimierenden Verband.

Renner (Breslau).

70) **Blecher.** Das Os tibiale externum und seine klinische Bedeutung, zugleich ein Beitrag zu den Brüchen des Kahnbeinhöckers.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Os tibiale; auch er tritt der Ansicht Haglund's entgegen, daß es sich um Absprengungen handelt. In seinen zwei

Fällen waren jedesmal Schmerzen über dem stark vorspringenden Kahnbein vorhanden, die unter feuchten Verbänden bald wieder verschwanden. Plattfußbildung war nicht vorhanden.

Seine Erklärung über die Entstehung der Schmerzen und die Bedeutung der Plattfußbildung lasse ich wörtlich folgen:

»Wenn wir dazu die anatomischen Verhältnisse betrachten, so liegt das Os tibiale externum, wenn es klein und rudimentär ist, abgewandert — wie am rechten Fuß von Momberg's Fall — als Sesambein in der Sehne des M. tibialis posticus oder dem Lig. calcaneo-naviculare als kleine Verknöcherung auf — in beiden Fällen ist es äußerlich nicht sichtbar und verändert auch — was wesentlich ist — nicht die Ansatzpunkte der Sehne des Tibialis posticus: Ausgeprägte Tibialia externa stehen dagegen mit dem Kahnbein seltener durch Gelenkflächen, meist durch Gleitflächen, zwischen denen ein Schleimbeutel liegt, in Verbindung und bilden für einen Teil der Sehne, der sonst an dem Kahnbeinhöcker sich inseriert, den Ansatzpunkt. In diesem Falle sind die Ansatzverhältnisse der Sehne entschieden nicht so günstig, als wenn das Tibiale externum ganz fehlt oder nur verkümmert ist; das verhältnismäßig einzeln liegende und durch Band und Gelenkverbindungen wenig befestigte Tibiale externum wird durch Zerrungen, wie sie z. B. beim Umknicken des Fußes vorkommen, nicht so festen Widerstand entgegensetzen können, wie die übrigen Ansatzpunkte der Sehne bzw. das Kahnbein selbst, und daher wohl leichter bei derartigen sonst unerheblichen Gewalteinwirkungen Lockerungen seiner Befestigungen erfahren. Die in die nähere Umgebung des Tibiale lokalisierten Schmerzen finden dann durch derartige kleine, sonst symptomlos bleibende Verletzungen ihre Erklärung; das Reiben in unserem zweiten Falle muß wohl auf eine Entzündung des Schleimbeutels zwischen Kahnbein und Tibiale externum bezogen werden.

Bei der wesentlichen Bedeutung, die der M. tibialis posticus ferner für die Erhaltung des Fußgewölbes hat, muß natürlich jede Schädigung seiner Leistungsfähigkeit, wie sie z. B. die Lockerung seiner Ansatzpunkte herbeiführt, begünstigend auf die Entstehung des Plattfußes einwirken. Es ist daher leicht verständlich, daß ein ausgebildetes Tibiale externum bei stärkerer Inanspruchnahme des Fußes oder geringfügigen Verstauchungen neben den oben geschilderten Beschwerden dort, wo auch sonst Neigung zur Plattfußbildung vorhanden ist, diese wesentlich fördern kann.«

Die neueren Arbeiten von Lilienfeld und Ref. scheinen dem Verf. noch nicht bekannt gewesen zu sein. **Gaugele** (Zwickau).

71) K. Hirsch. Kasuistischer Beitrag zum Metatarsus varus congenitus.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Verf. berichtet über einen 18 Jahre alten Arbeiter, der beiderseits die zuerst von Cramer beschriebene Deformität zeigt. Kombiniert ist der Fall mit Tarsus valgus (Valgität des Talus und Calcaneus). **J. Riedinger** (Würzburg).

72) Schmitter. Metatarsalgia.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 9.)

Im ersten der zwei beschriebenen Fälle bestand bei Hallux valgus eine Verlagerung der zweiten Zehe nach oben, der Schuh drückte auf die zweite Zehe, und dieser Druck erzeugte den Schmerz im Mittelfuß. Im zweiten Falle bestand Hammerzehe an der zweiten, dritten und vierten Zehe, die vierte Zehe ragte vor und war dem Schuhdruck besonders ausgesetzt. Auch hier war der Schmerz im Mittelfuß lokalisiert.

Exartikulation der zweiten bzw. vierten Zehe in diesen zwei Fällen führte zur Heilung. **W. v. Brunn** (Rostock).

73) **Soubbotitch.** Luxation du métatarse en dehors.

(Bull. et mém de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 323.)

S. hat diese verhältnismäßig seltene Verletzung der in der Überschrift genannten Gesellschaft übermittelt, weshalb sie hier erwähnt sei. Pat. ließ sich an einer Mauer herunter; als er den Boden mit dem linken Vorfuß berührte, machte er eine scharfe Wendung nach rechts, wobei er einen, jede weitere Bewegung hemmenden Schmerz im Fuß verspürte. Es resultierte die erwähnte Verletzung, und zwar verbunden mit Bruch des II. Metatarsus und vollständiger Drehung des Cuneiforme I um seine Längsachse. Auf diesen letzteren Umstand führt S. die Unmöglichkeit der Reposition zurück. 14 Monate später ging Pat. so gut, wie man nach blutiger Reposition kaum hätte hoffen können. Instruktives Röntgenogramm. **Kaehler** (Duisburg-M.).

74) **Messando.** Sullo odiramento dei nervi plantari come preteso metodo di cura dell' ulcera perforante del piede.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 68.)

Verf. hat in drei Fällen von Malum perforans die Nervendehnung am Tibialis posticus bzw. dem inneren und äußeren Plantarnerven ausgeführt. Nach 2, 5 und 9 Monaten waren sämtliche Geschwüre, die nach dem Eingriffe heilten, wieder aufgebrochen. **Dreyer** (Köln).

75) **R. Pfeiffer.** Aus der orthopädischen Werkstatt.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XII.)

1) Bei Knickfuß empfiehlt sich zuweilen die Anbringung einer Feder an der Innenseite des Stiefels. Die Feder läuft vom Absatz nach oben und endet in einer Lederschleife. Die Feder gibt dem Leder des Stiefelschaftes und damit dem inneren Knöchel einen Halt.

2) Die Beely'sche Schiene zur Behandlung des Genu valgum hat Verf. auch für das Genu varum verwendbar gemacht. Das Nähere geht aus der Abbildung hervor.

3) Verf. empfiehlt zur Behandlung der Spondylitis cervicalis eine Lederkrawatte, die bei beweglichem Kinn einen federnden Druck nach oben ausübt, ferner eine »Kinnschleuder« zur Fixation des Kinnes im Reklinationsbett. Außerdem zeigt er, wie man durch drehrunde Riemen die Schultern im Reklinationsbett gut fixieren kann. **J. Riedinger** (Würzburg).

76) **H. Gocht.** Einige technische Neuerungen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

1) Ein Gipsbindentisch zur Aufbewahrung von fertigen Gipsbinden und zu ihrer weiteren Präparierung vor der Verbandanlegung.

2) Eine Schulter-Armschiene. Die Schiene wurde dazu verwendet, um den Arm nach der Arthrodese des Schultergelenkes in elevierter (annähernd horizontaler) Stellung festzustellen. Sie ist auch zu empfehlen für Entzündungszustände des Schultergelenkes, wenn Kontrakturzustände verhindert werden sollen, sowie für Nachbehandlung nach Operationen und Verletzungen. Sie ist nach dem Prinzip des Middeldorpf'schen Triangels konstruiert.

3) Plattfußeinlagen aus Walkleder (sc. »Hornhaut«).

77) **Russ.** The magnesite splint. A new permanent surgical dressing.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 8.)

Verf. empfiehlt statt des Gipsverbandes einen Verband mit Magnesit, der den großen Vorteil hat, die Röntgenstrahlen leicht durchdringen zu lassen. Von verschiedenen Firmen kann man gutes Material erhalten, in Deutschland von der Concordia, Chemische Fabrik auf Aktien in Staßfurt.

Die Herstellung von Magnesitbinden ist wie die von Gipsbinden. Zum Gebrauche legt man die Binde in Wasser mit Zusatz von Chlorbarium; Kochsalz oder Alaun darf man keinesfalls zufügen. Die Dicke des Verbandes betrage etwa nur zwei Bindenlagen. Der Verband ist sehr leicht, weil man weniger Magnesit braucht als Gips.

W. v. Brunn (Rostock).

78) **J. D. Ghiulamila** (Bukarest). Über einige einfache und praktische Gipsextensionsverbände.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XX.)

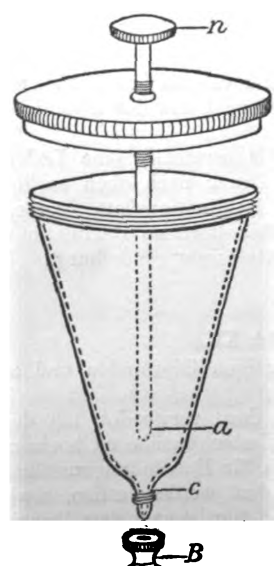
Um Extension am Hüftgelenk ausüben zu können, legt Verf. in geeigneten Fällen nach entsprechender Polsterung mehrere Zirkeltouren einer Gipsbinde um den unteren Abschnitt des Oberschenkels, ebenso um den unteren Abschnitt des Unterschenkels. In die Zirkeltouren werden die Enden von Bändern aufgenommen, die in üblicher Weise zur Ermöglichung der Extension nach unten um den Fuß herumgeschlungen und in der Mitte durch ein Brettchen auseinander gehalten werden. Wie bei der Heftpflasterextension geht eine Schnur zum Fußende des Bettes, verläuft dann um Rollen und ist am Ende mit einem Gewicht versehen.

Extension am Kniegelenk erfordert Eingipsen des Beckens, Oberschenkels, Unterschenkels und Fußes. Der Verband wird am Knie geteilt. Der obere Teil dient zur Fixation und Kontraextension, der untere als Angriffspunkt für die Extension.

Zur Streckung der Wirbelsäule wird das Becken durch einen gürtelförmigen Gipsverband fixiert und nach unten gezogen. Die Extension greift mit Hilfe einer Schlinge am Kopf an.

Die Verbände müssen beim Anlegen gut an den Körper anmodelliert werden.

J. Riedinger (Würzburg).



79) **Mayer.** New chloroform dropper.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 8.)

Ein Chloroformtropfapparat, auch für Äther verwendbar. Die Tropfenzahl läßt sich von 2 pro Minute an nach Gutdünken regulieren. Die Kappe *B* dient zum Verschluß des Apparates beim Neufällen. (Siehe nebenstehende Figur.)

W. v. Brunn (Rostock).

80) **Bockenheimer.** Leuchtender Hirnspatel.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1907. Nr. 7.)

Der Spatel ist aus Glas; an seinem Ende befindet sich die elektrische, infolge eines besonderen Glasschliffes sehr stark wirkende Lichtquelle. Der Spatel ist auskochbar und kann auch in jeder für andere Zwecke geeigneten Form von den Fabrikanten L. und F. Löwenstein hergestellt werden.

Gutzeit (Neidenburg).

81) **A. Schanz.** Ein Waschtisch für orthopädische Operationszimmer.

(Zeitschrift f. orthopäd. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3 u. 4.)

Verf. beschreibt einen Waschtisch, dessen Abflußrohre sich nicht mehr durch Gipsbröckel verstopfen können.

J. Riedinger (Würzburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 33. Sonnabend, den 15. August 1908.

Inhalt.

Aus dem orthopädischen Institut von Dr. Stein und Dr. Preiser in Hamburg.

Über pathologische Gelenkflächeninkongruenz.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. Georg Preiser.

In folgenden Zeilen möchte ich die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf eine pathologische Gelenkflächeninkongruenz lenken, deren Vorhandensein für den Ablauf von Gelenkverletzungen von einschneidender Bedeutung ist, und die meines Erachtens — da sie sich bei allen Fällen monartikulärer idiopathischer Arthritis deformans findet — die Ursache derselben ist. Diese monartikuläre Arthritis deformans, die man, wenn sie an der Hüfte auftritt, dort Malum coxae senile

nennt, die aber auch an jedem anderen Gelenk auftreten kann, nie mit Knochenatrophie, stets aber mit Knorpeldegeneration, Kapselwucherung (Lipoma arborescens), Randosteophytenbildung einhergeht, diese Arthritis deformans kann meines Erachtens nur auftreten als sekundäre Folge eines statischen Mißverhältnisses der Gelenkkomponenten; nicht zu verwechseln ist diese »statische« Arthritis deformans mit der meist polyartikulären Arthritis deformans progressiva, die man als Konstitutions- oder Infektionskrankheit aufzufassen hat und die mit Knochenatrophie und wirklicher Ankylosenbildung einhergeht.

Die Anatomen unterscheiden kongruente und inkongrente Gelenke: z. B. sind Hüfte, die Symphysis sacroiliaca kongruente, Knie und Schulter inkongruente Gelenke. Von dieser physiologischen Inkongruenz soll hier nicht die Rede sein, sondern von einer pathologischen, die ich wiederum einteilen möchte in eine anatomische und eine habituell-funktionelle Gelenkflächeninkongruenz. Letztere entsteht, wenn an einem a priori kongruenten Gelenk, z. B. der Hüfte, durch habituelle Rotationsänderung ein Teil der überknorpelten Kopffläche dauernd außer Artikulation gesetzt wird; das kann z. B. der Fall sein, wenn eine frontale oder eine laterale Variation der Hüftpfannenstellung vorliegt, ein häufiges Vorkommnis, wie ich in meinen Arbeiten a) Die Arthritis deformans coxae und die Variation der Hüftpfannenstellung, Leipzig 1907 bei C. F. W. Vogel, und b) Über die Arthritis deformans coxae, ihre Beziehungen zur Roser-Nélaton'schen Linie und über den Trochanterhochstand Hüftgesunder infolge anormaler Pfannenstellungen, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXIX, Hft. 5 u. 6, nachweisen konnte. Eine anatomische Gelenkflächeninkongruenz entsteht z. B. dann an der Hüfte, wenn bei einer Schenkelhalsfraktur das distale Kopffragmentende derartig verdreht wird, daß ein Teil seiner Knorpelfläche außer Artikulation gerät.

Ist dies nun — sei es auf anatomischer Basis, sei es durch funktionelle Rotationsänderungen — geschehen, so geht schließlich die nichtbenutzte überknorpelte Kopffläche zugrunde, und der Kopf zeigt später die für Arthritis deformans charakteristischen Veränderungen (Knorpelauffaserung, Schliffflächen, Randosteophyten, subchondrale Cystenbildung usw.).

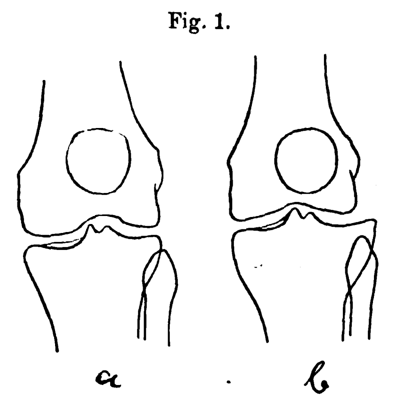
Aber auch wenn ein Trauma ein derart inkongruentes Gelenk trifft, so wird der Verlauf ein schwererer sein, da an ihm leichter die nun ungeschützt liegende Knorpelfläche verwundet werden kann, und auch die Kapsel einem Trauma durch Fältelung und Verdrehungen anormale Verhältnisse darbietet.

Da ich in meinen früheren Arbeiten versucht habe, das Entstehen des Malum coxae senile auf eine Gelenkflächeninkongruenz der Hüfte zurückzuführen, beschränke ich mich hier auf eine Untersuchung einiger anderer größerer Gelenke.

a. Die Gelenkflächeninkongruenz des Knies im Röntgenbilde.

Nach Albert haben wir die ganze Unterextremität, Fuß, Unter-, Oberschenkel und Becken als statische Einheit zu betrachten, so daß, wenn diese Einheit irgendwo gestört ist (Fraktur, pathologische Trochanterhochstände infolge anormaler Pfannenstellung, Genu valgum oder varum oder Pedes plano-valgi usw.), die Statik sämtlicher Gelenke der Einheit gestört wird.

Fig. 1.



Ist nun die Statik normal, so gehen am Kniegelenk im Röntgenbilde die Konturen des Femur bei ventrodorsaler Aufnahme direkt in die der Tibia über (Fig. 1a). Ist jedoch die Statik irgendwo gestört, so ragt der laterale Tibiacondylusschatten seitlich unter dem des lateralen Femurcondylus frei hervor, bis $1^1/_2$ und 2 cm auf der Platte gemessen (Fig. 1b). Diese anatomische Gelenkflächeninkongruenz ist wahrscheinlich die Folge einer Außenrotation, da sie sich bei allen valgierend und damit ja auch außenrotierend auf die Unterextremität wirkenden Einflüssen findet. Da ich sie bisher bei allen unseren Fällen von monartikulärer idiopathischer Arthritis deformans genus (auch manchen doppelseitigen) sah, d. h. bei 28 Fällen in 5 Jahren, so stehe ich nicht an, in dieser Gelenkflächeninkongruenz die Ursache dieser Form der Arthritis deformans zu sehen, die mit Kapselverdickungen, Knorpelauffaserungen, Krepitation, schließlich Zuspitzung der Gelenkkondylen im Röntgenbild usw. einhergeht, und die man bisher oft irrtümlicherweise auf klimatische Einflüsse zurückzuführen geneigt war: »Hamburger Knie« (sie kommt anderswo unter abgeänderter Lokalbezeichnung ebenso vor!).

Genau nun, wie sich bei alten Schenkelhalsbrüchen infolge der veränderten Statik später stets eine Arthritis deformans einstellt, da der außer Artikulation befindliche Teil der überknorpelten Kopffläche atrophiert und die Arthritis deformans einleitet, genau so atrophiert am Knie der außer Artikulation befindliche Teil der Tibiaknorpelfläche und leitet so eine Arthritis deformans ein. Es bedarf also zur Auslösung derselben nicht erst eines Traumas. Wohl aber verschlimmert — wie bekannt — jedes Trauma die einmal bestehende Arthritis deformans. Trifft jedoch ein Trauma ein noch nicht erkranktes, aber bereits inkongruentes Gelenk, so bietet dieses in dem frei unter dem Femurcondylus hervorragenden Teil der überknorpelten Tibiafläche eine viel leichter verwundbare Angriffsfläche, wie ein kongruentes Gelenk; auch der laterale Meniscus liegt ungeschützter.

Haben wir also einen Pat. mit Arthritis deformans-Beschwerden (Schmerzen bei längerem Stehen und Gehen, auch nachts, schwerem »Ingangkommen«, Krepitation usw.), so zeigt das Röntgenbild in initialen Fällen stets die oben beschriebene Inkongruenz. Solange es sich erst um Kapselveränderungen und Knorpeldegeneration handelt, so ist diese Inkongruenz der einzige Röntgenbefund. Bei längerem Bestehen der Erkrankung kommt dann die Randosteophytenbildung hinzu, die eigentümliche bekannte »Ecken«bildung und Zuspitzung der seitlichen Kondylenrundung (Fig. 2).

Fig 2.

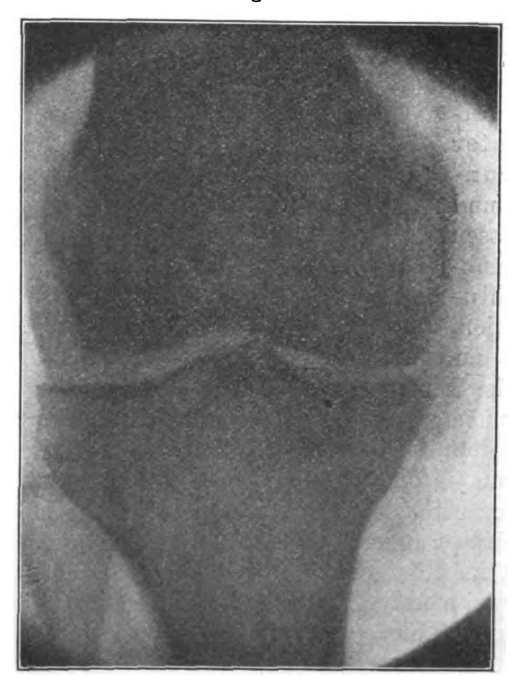


Fig. 3.



Alsdann hat man neben der Behandlung der Arthritis deformans des Knies (Massage, Pendeln, Heißluft, Heißwasser usw.) vor allem auch den Ort zu ermitteln, an dem die Statik der Unterextremität gestört ist, z. B. durch pathologische Trochanterhochstände (s. meine oben zitierten Arbeiten), Pedes valgi oder plano-valgi usw., und diese ebenfalls zu korrigieren.

b. Die Gelenkflächeninkongruenz des Ellbogens.

Nach den Anschauungen der meisten Autoren, z. B. auch Fischer's (Deutsche med. Wochenschrift 1907, Nr. 33), sind auch an der Oberextremität »statische« Einflüsse für die Gestaltung des Armes maßgebend. Bei der idiopathischen Arthritis deformans cubiti findet sich

ein der beschriebenen Kniegelenksflächeninkongruenz ganz analoges laterales Hervorragen der überknorpelten Gelenkfläche des Radiusköpfchens (Fig. 3). Auch am Ellbogen treten — mutatis mutandis natürlich — beim Fortschreiten der Arthritis deformans dieselben Veränderungen an den einzelnen Gelenkkomponenten ein, wie am Knie, wie denn auch ein inkongruenter Ellbogen einem Trauma gegenüber ein viel gefährdeteres Gelenk darstellt. Denn auch bei ihm liegt ein Teil der Radiusknorpelfläche fast subkutan frei von Muskulatur und dem deckenden Humerusknochen des kongruenten Ellbogens.

Für alles Weitere, auch bezüglich der praktisch überaus wichtigen Folgen der Inkongruenz im Schultergelenk, verweise ich vor allem auf die demnächst erscheinende ausführliche Arbeit in den Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII, Hft. 5.

---

1) **Fasiani.** Dell' influenza della stasi alla Bier sullo sviluppo del tessuto di granulazione.

(Giorn. della R. Accad. di med. di Torino 1908. Nr. 3—5.)

Verf. untersuchte experimentell den Einfluß der Bier'schen Stauung auf das Granulationsgewebe, indem er an Kaninchenohren Haut- oder Unterhautzellgewebe umfassende Substanzverluste setzte und nach Granulationsbildung durch elastische Umschnürungen arterielle Hyperämie bewirkte. Die mikroskopische Untersuchung der 4—11 Tage alten Granulationen ergab, daß unter dem Einfluß der Hyperämie der Substanzverlust rascher ersetzt wird. Es bildet sich bald junges, gefäßreiches Bindegewebe, über das vom Wundrande her das Epithel hinwegziehen kann. Reichlichere Leukocytenauswanderung wurde nicht beobachtet, dagegen will Verf. unter dem Einfluß der Hyperämie auch bei ausgewachsenen Tieren ein bemerkenswertes Längenwachstum beobachtet haben. **Strauss** (Nürnberg).

---

2) **Casoni.** Ricerche sperimentale sulle modificazioni della crase sanguigna nell' emostasi preventiva degli arti col metodo di Esmarch-Silvestri.

(Policlinico, sez. chir. 1908 Nr. 5.)

Nach einer kurzen historischen Übersicht über die Entwicklung der Esmarch'schen Blutleere und die zahlreichen experimentellen Untersuchungen, die sich an diese Methode anschlossen, weist Verf. darauf hin, daß eine cytologische Blutuntersuchung nach der Esmarchschen Blutleere bisher noch nicht vorgenommen wurde. Diese Lücke sollen seine Untersuchungen ausfüllen, da er Kaninchenextremitäten $1^1/_2$ bis 2 Stunden lang mit der Esmarch'schen Binde blutleer machte. Stets trat eine Parese auf, die 2—3 Tage andauerte und im Laufe

von 1—2 Wochen allmählich verschwand. Der Blutbefund ergab schon nach wenigen Minuten eine Leukocytose infolge Vermehrung der vorhandenen Leukocyten; nach einiger Zeit wurden diese durch jugendliche, aus dem Knochenmark stammende Zellen ersetzt. Auch die Erythrocyten, unter denen sich viele Normoblasten fanden, zeigten eine Vermehrung, während der Hämoglobingehalt des Blutes vermindert war. Temperatur und Ernährungszustand ließen keine Veränderung erkennen. Die genannten Veränderungen erklärt der Autor aus der Vasoparalyse der Knochenmarksgefäße infolge der elastischen Umschnürung, nach deren Aufhebung die Gefäße des Knochenmarkes einen Überfluß ihres Blut- und Zellvorrates abgeben.

Strauss (Nürnberg).

---

3) **G. Schmidt.** Bedarf die Kriegs- und Friedens-Sanitätsausrüstung hinsichtlich des Betäubungsverfahrens einer Änderung?

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1908. Hft. 11.)
(Bericht über die Verhandlungen des wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser-Wilhelm-Akademie am 21. April 1908.)

Die Ergebnisse dieser Verhandlungen waren in kurzem folgende: 1) Die örtliche Betäubung ist für die Hilfeleistung unmittelbar bei der fechtenden Truppe sowie auf den Truppenverbandplätzen gar nicht, auf Hauptverbandplätzen wohl nur unter besonders günstigen äußeren Bedingungen angebracht. Bier empfiehlt, statt der Schleich-schen Lösung die 0,5%ige Novokainlösung subkutan unter die Haut zu spritzen. 2) Wünschenswert ist für alle Sanitätseinrichtungen die Betäubung durch Äther. 3) Gegen die Lumbalbetäubung im Felde sprachen Czerny, v. Eiselsberg, A. Köhler, Rehn, dafür Küster, Sonnenburg, Bier.

Herhold (Brandenburg).

---

4) **Hawk.** On the diuresis following ether narkosis.

(Journ. of med. research 1908. Nr. 2.)

Äthernarkose ruft jedesmal Diurese hervor. Die Urinmenge ist um 5,7, 6,8, 12,9 und 24,8% vermehrt, je nachdem die Narkose 1/2, 1, 2 und 4 1/2 Stunden dauert. Die Vermehrung der Tagesmenge des Urins betrug 3,1—20,7%. Die Beeinflussung des Urins wird geringer bei häufiger Anwendung des Betäubungsmittels. Bei einem Versuchstiere hatte die erste Narkose Vermehrung der Urinausscheidung um 9,1% zur Folge, die vierte Ätheranwendung von gleicher Dauer nur noch um 6,7%. Am Tage nach der Narkose ist stets ein Gewichtsverlust des Versuchstieres zu beobachten, der zwischen 1,1 und 2% schwankt. Anästhesierung mittels Äther an drei aufeinander folgenden Tagen hatte einen Gewichtsverlust von 6,5% zur Folge. Das spezifische Gewicht des Harns ist erhöht, die Reaktion entweder sauer oder amphoter.

Revenstorf (Hamburg).

---

5) **J. L. Faure.** Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes. 153 Seiten mit 8 Abbildungen. Übersetzt von Dr. W. Goebel in Köln.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1908.

Wie der Übersetzer W. Goebel in seinem Vorwort richtig sagt, finden wir in dem vorliegenden Buche, das einen Teil des großen französischen Handbuches der Chirurgie von le Dentu und Delbet bildet, wohl kaum etwas, das nicht in den einschlägigen deutschen Lehr- und Handbüchern zu finden wäre. Aber da wir gewöhnlich in den deutschen Werken die zahlreichen Einzelheiten des chirurgisch-dermatologischen Grenzgebietes sehr zerstreut finden, ist die kurze zusammenfassende deutsche Bearbeitung des französischen Buches nur zu begrüßen. Die chirurgischen Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes werden der Reihe nach besprochen, wobei neben Ätiologie und Pathologie auch der Therapie ein breiter Platz eingeräumt wird, so daß der Praktiker in theoretischer und praktischer Hinsicht ein handliches Hilfsmittel hat, das ihm zeitraubendes Suchen in größeren Werken erspart.

Erfreulicherweise werden auch die neueren Behandlungsmethoden, wie die Behandlung der Furunkeln mit Hyperämie und Behandlung verschiedener Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen besprochen.

Das Buch ist jedem Praktiker zu empfehlen.

L. Simon (Mannheim).

---

6) **Peyser.** Zum Nachweis der Basisfraktur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 18.)

Bei Ohrerscheinungen nach Schädelverletzungen empfiehlt sich, falls der Zustand des Pat. es gestattet, die Röntgenaufnahme in occipito-frontaler oder fronto-occipitaler Richtung zu machen. Der positive Befund kann für die Begutachtung wichtig werden.

Borchard (Posen).

---

7) **A. Huther.** Die entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase im Röntgenbilde. Mit 20 photographischen Tafeln.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1908.

Auf 20 ausgewählten, ganz vorzüglichen Tafeln legt Verf. seine mit der Röntgenphotographie bei Nebenhöhlenerkrankungen gemachten Erfahrungen nieder. Die Röntgendiagnose der Nebenhöhleneiterungen, an die sich so große Hoffnungen geknüpft haben, erfährt, so hoch sie auch vom Verf. eingeschätzt wird, doch durch seine Ausführungen eine erhebliche Einschränkung ihrer Wertschätzung. Ihre Vorzüge sind, daß kein ernsterer Erkrankungsherd sich dem Nachweis auf der Röntgenplatte entzieht. Der Mangel ist, daß sich einmal die Verschleierung des Bildes auch bei Erkrankungen der Schleimhaut ohne abnormen Inhalt der Höhle findet, und dann, daß sie nicht v schwindet, wenn die Höhle durch Punktion entleert wird. Diese \

schleierungen bezieht Verf. auf überstandene ausgeheilte Nebenhöhlenentzündungen, die Veränderungen an Periost und Knochen hinterlassen haben. Daraus ergibt sich, daß bei Deutung der Röntgenphotographie große Vorsicht nötig ist, und dieselbe nur zur Ergänzung der auf klinischem Wege gestellten Diagnose herangezogen werden darf. Die Resultate der Durchleuchtung stimmen im allgemeinen, wenigstens bezüglich der Kieferhöhle, mit denen der Röntgenphotographie überein. Die Darstellung der Keilbeinhöhle ist bis jetzt noch nicht einwandsfrei gelungen.

Engelhardt (Kassel).

---

8) **Soubeyran et Rives.** Les parotidites post-opératoires.

(Arch. génér. de chirurgie II. 1908. Hft. 5.)

Verff. geben auf Grund einer 90 Fälle umfassenden Literaturübersicht eine Schilderung der Symptomatologie und Pathogenese der postoperativen Parotitis, die vorzugsweise beim weiblichen Geschlecht und nach Bauchoperationen beobachtet wird und fast in der Hälfte aller Fälle doppelseitig auftritt. Es gibt eine katarrhalische, kanalikuläre (Entleerung von Eiter durch den Ductus Stenonianus) und eine phlegmonöse Form, welch letztere zu den schwersten Komplikationen führt. Klinisch kennzeichnet sich die postoperative Parotitis meist innerhalb der 1. Woche durch Fieber und Schwellung der Wangen. Die Dauer schwankt zwischen 3 und 21 Tagen. Prognostisch kommen wesentlich die Komplikationen in Betracht (Facialisparalyse, Carotisulzeration, Sepsis). In 35 von 75 geheilten Fällen hatte exspektative Therapie Erfolg. Für die Ätiologie und Pathogenese kommt die Jahreszeit (Winter), der Zustand der Zähne, die Art der Operation (Ovariotomie) in Betracht. Wesentlich für die Entstehung der Parotitis erscheint jedoch der anormale Zustand der Mundhöhle: geringe Speichelsekretion, Trockenheit der Mundhöhle, der einen Locus minoris resistentiae für die Speicheldrüse schafft.

Strauss (Nürnberg).

---

9) **Brunk.** Über Operation von tiefliegenden Zungenabszessen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

Bei tiefliegenden Abszessen im hinteren Teile der Zunge, deren genaue Lokalisation oft schwierig ist, empfiehlt B. die Freilegung des M. hyoglossus und stumpfes Auseinanderdrängen der Fasern, und zwar sowohl bei lateral wie medial gelegenen Zungenabszessen.

Borchard (Posen).

---

10) **Dora Teleky.** Zur Therapie der Phosphornekrose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 2.)

In der v. Eiselsberg'schen Klinik wurden eine Reihe von Fällen mit Phosphornekrose ohne bestimmtes Prinzip, ganz individuell behandelt. Die Schlüsse, die sich aus diesen Beobachtungen ergaben,

sind jedenfalls beherzigenswert. Schmerzen und Eiterung geben keine Veranlassung zu frühzeitigem Eingriff. Durch Spaltung von Abszessen und Ausschabungen konnte man den Zustand des Pat. bis zur Lockerung des Sequesters leidlich gestalten. Die Grenze des Erkrankten ist frühzeitig nicht zu erkennen, ein Umstand, der ebenso gegen Frühoperation spricht, wie die in einzelnen Fällen sich aufdrängende Beobachtung, daß durch die Operation ein neues Aufflackern des Krankheitsprozesses angeregt wurde. Bei den Frühresektionen mußten die Pat. länger im Krankenhause bleiben als bei der einfachen Sequestrotomie, zumal man erst von einer Heilung sprechen kann, wenn der neugebildete Knochen zu einer Wiederherstellung der Funktion führt, was natürlich längere Zeit in Anspruch nimmt. Auch war ferner das kosmetische Resultat wie das funktionelle bei den exspektativ behandelten Pat. besser als bei denen mit Frühresektion. Was die Anwendung der sofort nach der Frühresektion eingelegten Prothese anbelangt, so wurde bei einer derartig behandelten Pat. ein Mißerfolg erzielt, der schwerwiegende Einwände gegen diese Therapie nicht von der Hand weisen läßt, zumal oft noch nachträglich Sägenekrosen am Unterkiefer entstehen, die ebenso wie die Lockerung der restierenden Zähne vielfach die Befestigung erschweren. Trotz aller Fortschritte der chirurgischen Technik wird deshalb für die Phosphornekrose das alte exspektative Verfahren empfohlen. Erwähnt sei noch, daß in der Arbeit ein seltener Fall beschrieben ist, in dem die Nekrose durch innere Darreichung von Phosphorpräparaten gegen Osteomalakie verursacht wurde.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **Stumpf** (Würzburg). Über Bolusbehandlung bei Diphtherie.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 22.)

S. hat die von ihm bei schweren akuten Brechdurchfällen und gewissen Vergiftungsenteritiden bewährt gefundene Bolusbehandlung auch auf die Diphtherie ausgedehnt. Pat. erhält von einer Bolusaufschwemmung (1 : 2 Wasser) alle 5 Minuten 1 Teelöffel bis $^1/_2$ Kinderlöffel, event. auch Nasenspülungen mit ihr. Schon nach kurzer Zeit verschwindet der üble Geruch, sinkt das Fieber und die Pulszahl, gehen Drüsenschwellungen zurück, der diphtherische Belag zerklüftet sich, bald wird die glänzend rote Schleimhaut darunter sichtbar; nach 36 bis 48 Stunden soll vollständige Heilung erreicht sein. In den vom Verf. so behandelten 15 Fällen, die Kinder im Alter von $1^1/_2$—11 Jahren betrafen, handelte es sich um ziemlich schwere Rachenaffektionen, und erfolgte volle Genesung, in einem der Fälle allerdings nach Auftreten von Lähmungserscheinungen; ein weiterer Pat. starb plötzlich an Herzschwäche.

S. empfiehlt wärmstens seine Methode unter Ausschluß aller anderer Verfahren (Seruminjektionen oder Pyocyanaseaufstäubungen).

Kramer (Glogau).

---

12) **Wolf.** Über die Endresultate der Tracheotomie.
(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.)

Die Verfechter der Intubation machen der Tracheotomie den Vorwurf der narbigen Stenosen und der Schädigung der tieferen Luftwege. Die Erfahrungen der Leipziger Klinik sprechen durchaus gegen die Berechtigung derartiger Vorwürfe, da in den Jahren 1895 bis 1906 überhaupt keine narbige Stenose nach Tracheotomie beobachtet wurde, die einer dilatierenden oder blutigen Behandlung bedurft hätte.

Borchard (Posen).

---

13) **H. Seidel.** Über Chondrotomie der 1. Rippe bei beginnender Spitzentuberkulose. (Aus der I. äußeren Abteilung des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt.)
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 25.)

Unter Bericht über zwei Fälle von Resektion an dem 1. und 2. Rippenknorpel bei Lungenspitzentuberkulose mit Ausgang in Heilung und auf Grund von Leichenversuchen, die S. im pathologisch-anatomischen Institut von Schmorl gemacht hat, sucht Verf. nachzuweisen, daß die künstliche Gelenkbildung an der 1. Rippe eine verhältnismäßig einfache und ungefährliche Operation, und die Resektion auch der knöchernen Rippe, wie sie Kausch und S. in dem ersten der beiden Fälle ausgeführt, nicht richtig ist, weil leicht neuralgische Schmerzen, eine Wiederannäherung der beiden Rippenstümpfe und dadurch eine Wiederverengerung der oberen Thoraxapertur die Folge sein können. Auch wird die Operation durch Fortnahme zu großer Rippenstücke erschwert, und genügt, wie die Selbsthilfe der Natur durch Gelenkbildung am 1. Rippenknorpel zeigt, die Herstellung einer schmalen Lücke in ihm. Für diese (Chondrotomie) empfiehlt S. die Anwendung einer von ihm angegebenen Zange, event. auch eines feinen Meißels oder scharfen Löffels und die Anwendung des Knorpelschnittes in der Richtung von außen unten nach innen oben — in welcher Richtung auch die von der Natur gebildeten Gelenke verlaufen —, etwa $^1/_2$ cm vor der Knorpel-Knochengrenze, mit Interposition eines kleinen Muskellappens aus dem Pectoralis zwischen die beiden Knorpelschnittflächen, um die Pseudarthrosenbildung zu sichern. Die Operation wird von einem Hautlappenschnitt mit lateraler Basis aus gemacht, dessen Konvexität am Brustbeinrande liegt, und der oben am oberen Rande des Schlüsselbeines, unten auf der 2. Rippe sich abgrenzt.

Kramer (Glogau).

---

14) **Paryski.** Echinokokkus der Prostata.
(Chirurgia. Bd. XXIII. Nr. 136. [Russisch.])

Im Jahre 1884 sammelte Nicaise 35 einschlägige Fälle, konnte aber nur zwei davon als notorische Echinokokken der Prostata anerkennen. Der Fall P.'s ist angeblich einwandsfrei. Ein 29jähriger Kosak klagte über Schmerzen in Blase und Darm, sowie erschwerte Miktion.

Im Mastdarm war eine elastische Geschwulst zwischen Blase und Vorderwand des Mastdarmes deutlich fühlbar. Ein Katheter ließ sich leicht einführen, der Urin war normal.

In der Annahme, daß es sich um einen abgekapselten Abszeß handelte, der ohne Temperaturen einherging, wurde die Probepunktion vorgenommen. Die aspirierte wasserklare Flüssigkeit ließ an der Diagnose Echinokokkus der Prostata keinen Zweifel übrig. Durch prärektalen Schnitt wurde in die Tiefe gegangen, zunächst die Kapsel eröffnet und die Flüssigkeit abgelassen, dann die Kapsel selbst entfernt, was leicht gelang. **Oettingen** (Berlin).

---

15) **E. Bierhoff** (New York). The palliative treatment of prostatic hypertrophy.

(New York med. journ. 1908. April 18.)

B. weist entgegen übereifrigen Verfechtern der rein operativen Behandlung darauf hin, daß auch die palliativen Methoden, unter der Voraussetzung einer zweckmäßigen Indikation, ihre großen Vorzüge besitzen. Nach B.'s Ansicht ist die richtige Statistik noch nicht geschrieben, da in den Statistiken viele Fälle als geheilt aufgezählt werden, deren Operation eine zu kurze Zeit zurückliegt.

Behufs Aufstellung der Indikation unterscheidet er drei Stadien.

Im ersten, dem Kongestionsstadium, mit gesteigertem Urindrang, Tenesmus, Brennen, aber mit der Möglichkeit völliger Blasenentleerung führen Enthaltung von langem Sitzen, Fahren, Reiten, Vermeidung von Exzessen im Essen und Trinken, Regelung des Stuhlganges, Schutz vor Kälte und Hitze und andere allgemeine Verordnungen oft zum Ziel. Bei Urinverhaltung gibt B. ein heißes Sitzbad, greift aber bald zum Katheter, wenn sich der Erfolg nicht rasch einstellt.

Im zweiten Stadium der Blaseninsuffizienz finden sich die genannten Symptome gesteigert. Dazu kommt die Unfähigkeit die Blase völlig zu entleeren, was durch die cystoskopisch leicht nachweisbaren Veränderungen der Blase erklärt wird.

Hier kann regelmäßiger Katheterismus (eventuell in Intervallen) mit Blasenspülung die Pat. oft jahrelang hinhalten.

Auch im dritten Stadium der vollständigen Retention erreicht B. durch Katheterismus, eventuell Verweilkatheter (täglich gewechselt mit Blasenspülung), oft eine bedeutende Erleichterung. Bei schweren Komplikationen, akuter Retention, Hämorrhagien, starker Cystitis, Pyelitis usw., Bettruhe mit Verweilkatheter. **H. Bucholz** (Boston).

---

16) **G. Li Virghi.** Azione del massagio nella ipertrofia della prostata.

(Giorn. internaz. della scienze med. 1908. Fasc. 8.)

Verf. sah nach **Massage** der Prostrata nicht bloß das Volumen derselben bei Hypertrophie zurückgehen, sondern auch Retention

erscheinungen der Blase verschwinden und rät, diese Methode vor einem chirurgischen Eingriff zu versuchen, besonders in Verbindung mit Bougierungen der Harnröhre. **Dreyer** (Köln).

---

17) **Lang.** Zweizeitige Prostatektomie unter Lokalanästhesie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 22.)

L. hält den Gebrauch des Katheters bei Prostatahypertrophie für kontraindiziert. An Stelle des Katheterismus hat prinzipiell die transvesikale Prostatektomie zu treten. Bei sehr dekrepiden Leuten kann der erste Akt — die Sectio alta — sehr wohl in Lokalanästhesie mit 1%iger Kokainlösung und der zweite Akt — die Ausschälung der Prostata — ohne jede Anästhesierung ausgeführt werden.

Borchard (Posen).

---

18) **J. Berg.** Über die Bedeutung der Röntgenographie für die Diagnose und Behandlung der Blasensteine.

(Nord. med. ark. 1907. Abt. I. Hft. 3 u. 4.)

Die Röntgenographie gewährt in der Regel eine vollstängere Diagnose bei Blasenstein als irgend eines unserer bisher gebräuchlichen Hilfsmittel und muß also, wo es angängig ist, vor Sonde und Cystoskop zur Anwendung kommen. Der große Wert der älteren Untersuchungsmittel bleibt natürlich unbestritten. — Die Röntgenplatte gewährt oft sichereren Aufschluß als das Cystoskop über Vorkommen, Anzahl, Größe und Gestalt der Steine. Auch über die chemische Zusammensetzung der Steine, sofern dadurch eine verschiedene Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen bedingt wird, gewährt sie in Verbindung mit der Harnuntersuchung wertvolle Aufschlüsse. Die Deutung des Bildes erfordert allerdings einen geübten Blick und ein geübtes Urteil, da Verwechslungen mit Phlebolithen, Prostatasteinen und Kotresten leicht möglich sind.

Über die Topographie der Steine in der Blase gewährt Röntgen Aufschlüsse, die uns oft in den Stand setzen, ohne Hilfe des Cystoskops, demnach auch in Fällen, wo dieses Instrument sich nicht einführen läßt, wichtige Schlüsse über die Freiheit oder Gebundenheit der Steine oder des Steins zu ziehen. Hierbei ist die wiederholte photographische Aufnahme, eventuell nach Füllung der Blase mit Sauerstoff, von großer Bedeutung. Da die Kenntnis der Beweglichkeit des Steines oder seiner festen Lagerung in einem Divertikel das wichtigste Moment ist bei der Wahl zwischen Zertrümmerung und Schnittoperation, gewährt die Röntgenplatte häufig ein gutes Mittel, die für Zertrümmerung günstigen Fälle von denjenigen zu scheiden, wo der Schnitt vorzuziehen ist. — Da der Stein bei Prostatahypertrophie ohne Cystitis in der Regel sehr unbedeutende Symptome abgibt und außerdem der Steinsonde leicht entgeht, sollte die Röntgenaufnahme des Beckens häufiger bei Prostatismus angewandt werden. — So liegt die Bedeutung

der Röntgenographie für die Entdeckung des echten Divertikelsteines (wie gleichfalls des Steines im Harnleiterende und der Prostata) klar zutage, und ihr häufiger Gebrauch auf dem betreffenden Gebiet der Pathologie ist sicherlich geeignet, nicht nur unsere Kenntnis von diesen Steinen zu erweitern, sondern vielleicht auch auf unsere Therapie — Resektion des Divertikels — einzuwirken.

Einar Key (Stockholm).

---

19) **D. P. Kusnetzki.** Die experimentelle Polyurie als Mittel zur Untersuchung der Nierenfunktion.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 12.)

K. prüfte in Prof. Fedorow's Klinik die Polyurie an 19 Pat. (16 Frauen, 3 Männer) 22mal. Im Gegensatz zu Albarran führte er in beide Harnleiter Katheter ein, um die Nieren in gleiche Umstände zu setzen. Neben den Kathetern floß meist ziemlich viel Harn vorbei (in zwei Fällen 108,0 bzw. 194,0). Verf. bringt 14 Diagramme und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Methode ist theoretisch hochinteressant, kann aber allein nicht alle klinischen Aufgaben lösen, ist schwierig, erfordert viel Zeit und wird daher nicht in die alltägliche Praxis der klinischen Untersuchung aufgenommen werden. Man muß beide Harnleiter gleichzeitig katheterisieren; bei Ausfluß des Harns neben den Kathetern muß die Untersuchung wiederholt werden; dieser Ausfluß kommt sogar bei Katheter Nr. 8 vor. Zuweilen gibt die kranke Niere größere Schwankungen als die gesunde, was zu falschen Schlüssen führen kann. Bei Männern ist die Methode besonders schwierig. Sie ist nur in den schweren Fällen, wo die übrigen leichteren Untersuchungsmethoden im Stiche lassen, angezeigt.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

---

20) **H. v. Haberer.** Experimentelle Verlagerung der Nebenniere in die Niere.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 2.)

Verf. ging darauf aus, zu versuchen, ob es durch Verpflanzung von Nebennieren in die Niere gelingen könne, Grawitz'sche Geschwulst zu erzeugen. Die Bestrebung, die Nebenniere in die Niere zu transplantieren, ist aus einer Reihe von literarischen Arbeiten bekannt; aber die Versuche sind meist nur in wenig befriedigender Weise gelungen. Vor allem schlug die Verpflanzung der Marksubstanz völlig fehl, und Schmieden konstatierte, daß sich die transplantierte Nebennierensubstanz höchstens 1 Jahr erhält. v. H. glaubte deshalb das Transplantationsverfahren dahin ändern zu sollen, daß die Nebenniere einen Teil ihrer Zirkulation durch Erhaltung ihres Gefäßstieles beibehielt. Es wurde deswegen stets bei seinen Experimenten ein Stück Nebenniere am Gefäßstiele in einen durch Resektion gewonnenen Raum in der Niere eingefügt und die Niere darüber vernäht. Die Versuche wurden an 86 Tieren, Kaninchen, Katzen und

Hunden ausgeführt. In mehr als der Hälfte der Fälle wurde damit nun in der Tat auch ein Erfolg erzielt. Auch die Erhaltung der Marksubstanz gelang im Gegensatz zu den in dieser Richtung völlig resultatlosen Versuchen bei gefäßloser Transplantation bei den Experimenten des Verf.s in völlig einwandsfreier Weise dort, wo der Versuch überhaupt geglückt war. Die erfolgreichen Versuche lehrten, daß ein großer Teil der überpflanzten Nebenniere zugrunde gehen kann, daß aber von dem erhaltenen Rest sich eine neue Nebenniere durch regenerative Hypertrophie auszubilden vermag. Auch eine längere Beobachtungsdauer zeigte, daß eine einmal erhalten gebliebene Nebenniere nicht mehr zugrunde geht. Bei der Regeneration vollzieht sich häufig ein völliger Gewebsumbau mit adenomähnlichen Bildungen der Rinde und Markversprengung, Durchbruch durch die Kapsel und Eindringen des Gewebes nach der Niere, wie nach der Oberfläche zu. Daß sich eine Geschwulstbildung in Zukunft ergeben könne, wagt v. H. nicht zu hoffen. — Als beiläufigen, aber immerhin wichtigen Nebenbefund ergaben die Versuche, daß man bei Hunden wenigstens das Vorkommen akzessorischer Nebennieren überschätzt hat. Jedenfalls sind sie nicht imstande, nach Exstirpation der Nebennieren das Hauptorgan zu ersetzen. Bezüglich der Funktion ist zu bemerken, daß die Nebenniere sich als sehr wichtig für den Bestand des Organismus erwies, und daß eine beträchtliche Reduktion des Organs nicht ertragen wird. Andere lebenswichtige Organe, wie z. B. die Nieren, sind in dieser Hinsicht besser gestellt. Selbst nach einseitiger Nebennierenexstirpation trat starker Gewichtsverlust bei den Tieren ein, und in einigen Fällen waren sogar schwerere Erscheinungen, wie Krämpfe, Gleichgewichtsstörungen, Kräfteverfall, vorübergehend zu beobachten. Die Rindensubstanz allein kann für die Funktion nicht genügen, selbst wenn sie in beträchtlichem Maße vorhanden ist. Erhaltenbleiben der Marksubstanz ist unbedingt für den Organismus erforderlich. In jedem Fall von zu großem Ausfall von Nebennierensubstanz kommt es zu einem typischen Symptomenkomplex, der mit dem Tode des Versuchstieres endet. Längere Intervalle zwischen der Schädigung der einen Nebenniere durch Transplantation und Eingriffe an der zweiten Nebenniere gestalten die Versuchsresultate ungünstiger als wenn man die Eingriffe rasch hintereinander ausführt. Auch bewährte sich diese Versuchsanordnung nur dann, wenn zuerst das eine Organ transplantiert, dann das zweite exstirpiert wurde. Bei umgekehrtem Vorgehen starb das Versuchstier sehr bald.

Es ist jedenfalls ratsam, die interessanten Versuche des Verf.s, welche einigermaßen Licht in das dunkle Gebiet der Nebennierenfunktion und -Pathologie bringen, im Original nachzulesen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

21) **Haga.** Einiges aus den eigenen Erfahrungen im japanisch-russischen Kriege 1904/1905.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 10.)

Verf., der als Divisionsarzt der japanischen Armee (unserem Korpsgeneralarzt entsprechend) den japanisch-russischen Feldzug mitmachte, hat in einem Vortrage seine in taktischer und chirurgischer Beziehung gemachten Erfahrungen besprochen. Chirurgisch interessiert folgendes. Auf dem Hauptverbandplatze wurde meistens nur verbunden und wenig operiert, ausgeführt wurden Blutstillungen und Tracheotomien. H. glaubt, daß auch die Tracheotomie bei dem modernen kleinkalibrigen Gewehr nicht mehr so häufig notwendig wird als früher. Nach dem Sitz der Wunden in Prozenten berechnet, befinden sich unter den direkt durch Gewehrfeuer Gefallenen:

Kopf und Hals	54,02%
Rumpf	44,45%
obere Extremität	0,66%
untere Extremität	0,86%.

Den Verletzungen durch Artilleriefeuer erlagen direkt auf dem Schlachtfelde:

Kopf und Hals	59,09%
Rumpf	34,55%
obere Extremität	0,45%
untere Extremität	5,91%.

Das Verhältnis der Toten zu den Verwundeten betrug 21,2 : 78,8%. Der Verlust betrug:

durch Handfeuerwaffen	98,67%
durch Artilleriegeschosse	9,67%
durch Hiebwaffen	0,16%.

Bei Schädelverletzungen müssen alle Fragmente ausnahmslos entfernt werden, nur nicht die in die Tiefe gedrungenen Splitter. Die Wunden sind offen zu halten, wodurch am besten der Entwicklung von Hirnabszessen vorgebeugt wird, denen die Verwundeten meist erliegen. Perforierende Streifschüsse bieten die meiste Aussicht auf Genesung. Einige Verwundete, bei denen durch Röntgenuntersuchung nachgewiesen wurde, daß das Geschoß im Gehirn stecken blieb, kamen mit dem Leben davon. Laparotomien wurden nicht gemacht, weil man es einerseits nicht wollte, andererseits auch die Zeit fehlte. Bei konservativer Behandlung sind viele mit dem Leben davongekommen, obwohl peritonitische Erscheinungen oft genug deutlich erkennbar waren. **Herhold** (Brandenburg).

22) **Franz.** Erfahrungen aus dem südwestafrikanischen Feldzuge.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 12.)

Von Sanitätsformationen kamen in Südwestafrika während des Feldzuges 17 Feldlazarette zur Verwendung, von welchen 15 etabliert waren; die meisten wurden und blieben stationär, einige wurden in der Nähe des Gefechtsfeldes vorübergehend als Hauptverbandplätze verwandt, im ganzen jedoch nur dreimal, da die Eigenart des Nahgefechts das Einrichten von Verbandplätzen verbot. Während des Feldzuges fielen von 174 Ärzten 5, und 7 wurden verwundet, 7,4%. In Gefechten gefallen bzw. den erlittenen Verwundungen erlegen sind 644, an Krankheiten gestorben 649 Mann. In den 31 Hauptgefechten sind von 9266 Gefechtsteilnehmern, Offizieren und Mannschaften, verwundet und gefallen 700 = 7,5%. Von 167 Fällen (erschöpfende Zahlen können noch nicht gebracht werden) der Gefallenen oder kurz nach dem Gefecht Verstorbenen hatten Kopfschüsse 49 = 29%, Brustschüsse 42 = 25,1%, Bauchschüsse 35 = 20,9%. Die Heilung der Wunden waren im allgemeinen eine günstige, was vom Verf. dem Einfluß der trockenen heißen Luft zugeschrieben wird. **Herhold** (Brandenburg).

23) **Cushing.** Subtemporal decompressive operations for the intracranial complications associated with bursting fractures of the skull.
(Annals of surgery 1908. Mai.)

C. hat in den letzten 3 Jahren in allen Fällen von Schädelbasisbruch, die mit Gehirndruckerscheinungen verbunden waren, eine Trepanationsöffnung in der Schläfengegend durch Aussägen eines $4^1/_2$ cm im Durchmesser großen, kreisrunden Knochenstückes (bis auf die Dura) angelegt. Er schreibt es dieser Operation zu, daß er von seinen letzten 15 Pat. nur zwei verloren hat. Die Wahl des Schläfenknochens hält er deshalb für die günstigste, weil die stumpf auseinander geschobenen Muskeln sich über den Defekt legen und einen Gehirnvorfall zurückhalten, und weil Blutansammlungen bei Schädelbasisbrüchen meist in der Schläfenlappengegend angetroffen werden. **Herhold** (Brandenburg).

24) **Kudeck.** Zur Physiologie des Gyrus supramarginalis.
(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.)

Ein 17jähriger Pat. hatte durch einen Balken einen Schlag auf die rechte Seite des Kopfes erlitten. Im Anschluß daran entwickelte sich nach 8 Wochen eine typische Jackson'sche Epilepsie. Bei der Operation wurde die Gehirnmasse durch den Meißel in $1^1/_2$ cm Ausdehnung verletzt. Es fand sich der Wand im Sulcus Rolandi angelagert ein graubraunes Knötchen als Rest eines alten Blutergusses. Dasselbe wurde nicht exstirpiert, die Dura vernäht. Nach der Operation bestand eine ganz leichte Facialisparese, leichte Störung der taktilen Sensibilität, des Temperatursinnes, geringfügige Herabsetzung der rohen Kraft im linken Unterarm und der linken Hand. Dagegen ist der stereognostische Sinn vollkommen gestört. Da der Ausfall des stereognostischen Erkennungsvermögens auf die Gehirnverletzung bei der Operation bezogen werden mußte, so zieht K. den Schluß, daß der stereognostische Sinn und das Muskelgefühl des Unterarmes und der Hand im Gyrus supramarginalis der Großhirnrinde ihren Perzeptionssitz haben. Zum Beweise zieht er den fast gleichen Fall von Starr und McCosh heran.
Borchard (Posen).

25) **Panegrossi.** Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori del corpo calloso.
(Policlinico, sez. med. 1908. Nr. 5.)

Bei einem 53jährigen, bis dahin völlig gesunden Manne ohne neuropathische Belastung trat inmitten voller Gesundheit nach einem Alkohol- und Tanzexzeß psychische Verwirrtheit ein, der ein Stadium des Stupors folgte. Die Untersuchung ergab, abgesehen von psychischen Störungen, keine pathologischen Erscheinungen von seiten der Gesichts- und Extremitätennerven, Pat. konnte nicht ohne Unterstützung stehen und sich in kleinen Schritten vorwärts bewegen. Die Kniereflexe waren etwas erhöht, an der oberen Extremität war lediglich der Bicepsreflex auslösbar. Baginsky war nachweisbar, die Pupillen reagierten auf Lichteinfall. Nach einer geringen Besserung des Stupors kam es unter Puls- und Temperaturanstieg zum Tode, 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung. Die Autopsie ergab ein kartoffelgroßes Gliosarkom des Corpus callosum, dessen zwei vordere Drittel bereits zerstört waren.

Eine ausführliche Berücksichtigung der Literatur und kritische Würdigung des klinischen und autoptischen Befundes ergänzen die interessante Mitteilung.
Strauss (Nürnberg).

26) **Lecène.** Adénomes et kystes de la parotide.
(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 1.)

Im Vergleich zu den Mischgeschwülsten werden die wahren Adenome und Cysten der Ohrspeicheldrüse selten beobachtet. L. berichtet über vier Fälle aus der Klinik Terrier's: ein cystisches Adenom und drei Cysten; sie wurden sämtlich exstirpiert. Die Adenome sind klinisch und grob anatomisch den Misch-

geschwülsten zum Verwechseln ähnlich; nur die histologische Untersuchung genügt zur Unterscheidung, was in der Literatur nicht genügend berücksichtigt ist. Sie gehen entweder von den Drüsenacini oder, wie in L.'s Fall, von den Ausführungsgängen aus.

Bei der ersten Cyste wurde ein mehrschichtiges, flimmerndes Zylinderepithel gefunden, das auf einer Schicht lymphoiden Gewebes auflag, dann folgte eine dicke Lage Bindegewebe, das noch Reste von Parotisgewebe umschloß. In der zweiten Cyste war die fibröse Bindegewebskapsel nur stellenweise von mehrschichtigem kubischen Epithel vom Charakter des Stratum Malpighi bekleidet, während im dritten Fall ein geschichtetes Plattenepithel gleichmäßig die Innenwand der Cyste auskleidete. Seinen Fällen stellt L. den Fall G. Sultan's (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1898 Bd. XLVIII p. 143) als den bestbeobachteten an die Seite.

Diese Cysten haben, abgesehen von ihrer Lage in der Parotis, nichts mit ihr zu tun, sondern sind branchiogenen Ursprunges und scharf zu trennen von den Erweichungsherden in Mischgeschwülsten und den angeborenen cystischen Lymphangiomen. Daß Cysten aus der Parotis selbst hervorgehen, ist bisher nicht erwiesen, aber auch nicht als unmöglich hinzustellen.

Gutzeit (Neidenburg).

27) **Quercioli.** Considerazioni cliniche su di un caso di frattura isolata comminuta simmetrica dello atlante senza lesioni midollari in seguito a caduta sul capo.

(Policlinico, sez. chir. 1908. Nr. 6.)

Ein 60jähriger Arbeiter stürzte von einem Olivenbaume, fiel mit dem Kopf auf und verlor das Bewußtsein. Nach $^1/_2$ Stunde konnte er sich erheben; es bestanden jedoch Schmerzen im Nacken; der nach vorn gefallene Kopf konnte nicht gehoben und gedreht werden, Sprache und Schluckakt waren behindert. Da auch das Husten unmöglich war, kam es zu einer Bronchopneumonie, an der Pat. 13 Tage nach dem Unfalle zugrunde ging.

Die Autopsie ergab einen symmetrischen Bruch des Atlas, der in vier Teile zerfallen waren. Das Rückenmark war nicht geschädigt, dagegen waren beide Hypoglossi blutig imbibiert und degeneriert. Schädelbasis und Epistropheus waren ohne Verletzung.

Eine ausführliche, exakte Darstellung des Mechanismus der Verletzung beschließt die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

28) **Piazza.** Morbo di Raynaud e malattia di Basedow.

(Policlinico, sez. med. 1908. Nr. 5.)

Ausführliche Krankengeschichte einer 22jährigen, neuropathisch schwer belasteten Arbeiterin, die, seit 12 Jahren fast ununterbrochen krank, die Erscheinungen einer typischen Basedow'schen und Raynaud'schen Erkrankung (Zehen- und Fingerspitzen, Wange und Nase) zeigte.

Der Verf. läßt den ursächlichen Zusammenhang beider Erkrankungsformen unentschieden. **Strauss** (Nürnberg).

29) **Géraud.** Goître kystique multilobulaire du lobe droit communiquant avec l'œsophage et simulant un goître cancereux.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1908. Mai.)

Ein Mann, der seit langen Jahren an Kropf litt, verschluckte beim Mittagessen eine Fischgräte und spuckte beim dadurch hervorgerufenen Husten Blut aus. Seit jener Zeit verspürte er Schmerzen im Kropf und litt an starkem Foetor ex ore. Die Kropfgeschwulst wurde exstirpiert, sie bestand aus zahlreichen kleinen Cysten, der zurückgelassene Stiel war fest mit Schildknorpel und Speiseröhre verwachsen. In dem zurückgelassenen Stiel entdeckte man eine Fischgräte, die in einer mit stinkenden Massen angefüllten Tasche lag. Mikroskopisch wurden in ihnen Speiseteile angetroffen. Offenbar war die verschluckte Gräte durch die

Speiseröhre in die Schilddrüse gelangt, und es war zu einer feinen, zwischen Kropf und Speiseröhre bestehenden Fistel gekommen. Nach der Operation verlor sich der Foetor ex ore; Heilung. **Herhold** (Brandenburg).

30) **Oeken** (Castrop i. W.). Ein Fall von Zerreißung des Ductus thoracicus infolge Brustquetschung.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 22.)

Der Fall ist hauptsächlich deswegen bemerkenswert, weil sich außer einer verhältnismäßig geringen Weichteilverletzung keinerlei Verletzung des knöchernen Brustkorbes und der übrigen Brustorgane fand. Am 4. Tage nach dem Unfalle, bei welchem der 20jährige Pat. durch aus geringer Höhe niedergefallene Steinmassen fast vollständig verschüttet worden war, traten die ersten Beschwerden auf, die sich rasch zu schwerer Atemnot steigerten und eine 4 Liter milchiger Flüssigkeit ergebende Punktion der rechten Pleurahöhle notwendig machten; der Eingriff mußte mit gleichem Ergebnis alle 48 Stunden, im ganzen noch viermal, wiederholt werden. Pat. litt infolgedessen an starkem Durstgefühl und wurde sehr unruhig; Tod 14 Tage nach der Verletzung. — Bei der Obduktion fand sich der Riß in der Pleura mediastinalis direkt oberhalb des Zwerchfellansatzes; aus der Öffnung entleerte sich Chylus. O. nimmt an, daß an der zerrissenen Stelle eine abnorme Erweiterung und Vorwölbung des Milchsaftganges bestanden und demnach eine pathologische Ruptur vorgelegen habe.

Verf. empfiehlt in bezug auf die Behandlung nach rascher Wiederansammlung des durch die Punktion als chylös erkannten Ergusses breite Eröffnung der Brustwand und event. später die Naht oder feste Tamponade des Pleurarisses.

Kramer (Glogau).

31) **Schütte.** Ein Fall von Lungennaht wegen schwerer Blutung nach Schußverletzung. (Aus dem evang. Krankenhause Gelsenkirchen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 26.)

S. war in der glücklichen Lage, bereits 12—15 Minuten nach einem Selbstmordversuch, bei dem sich ein 21jähriger Mann zwei Kugeln in den Kopf und eine in die linke Brust geschossen hatte, zur Stillung der inneren Blutung in dieser operativ vorgehen zu können. Er bildete — ohne Narkose wegen des schweren Kollapses — einen großen, hufeisenförmigen Rippenweichteillappen vom 3. bis 5. Interkostalraum mit der Basis nach dem Brustbein und mit der konvexen Seite bis zur vorderen Axillarlinie, klappte ihn auf, erfaßte rasch die Lunge, zog sie vor — enormer Blutstrom aus der Pleurahöhle — und brachte durch tiefgreifende Catgutkreuznähte der vorderen und hinteren Lungenwunde die Blutung zum Stillstand; Tampon in die Brusthöhle an der durch Kleiderfetzen verunreinigten Einschußstelle, Nähte, Kochsalzinfusion und Kampfereinspritzungen. — Nach 12 Stunden legte S., nachdem der Puls bei dem Pat. kräftig geworden, nach Rippenresektion vom 8. Interkostalraum der hinteren Axillarlinie aus ein Gummidrain durch die Brusthöhle und entfernte aus dem Gehirn nach Aufmeißelung der Schädelschußwunden ein Geschoß und einen Knochensplitter. — Allmähliche Aufhellung des Sensorium. Schwinden einer linksseitigen Facialislähmung und einer Sprachstörung, langsame Heilung der Brusthöhlenwunde nach reichlicher eitriger Absonderung, deren Retention noch eine zweite Rippenresektion notwendig gemacht hatte. Schließlich vollständige Wiederherstellung des Pat.

Kramer (Glogau).

32) **E. Siegel** (Frankfurt a. M.). Totale Brustbeinresektion und operative Heilung einer Lungenkaverne.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 25.)

Es handelte sich bei der 26jährigen Pat. um eine Erkrankung der rechten Lungenspitze und einen fast die ganze Vorderfläche des Corpus sterni einnehmenden tuberkulösen Abszeß, bei dessen Eröffnung fast aus allen Interkostalräumen

rechts und links hervorschießende Granulationen gefunden wurden. Es wurde deshalb die Totalresektion des Brustbeines (zum Teil mit der Gigli'schen Säge) ausgeführt; nach dieser fand sich der ganze Herzbeutel und die Lamelle über den großen Gefäßen mit tuberkulösen Granulationen bedeckt und in Höhe des durchtrennten Gelenkes zwischen Korpus und Manubrium an der rechten Pleura eine kleine, dicht neben der Vena cava superior in die Lungenspitze führende Öffnung, durch die der primäre tuberkulöse Herd in der Lunge aufs vordere Mediastinum und die Hinterwand des Brustbeines übergegriffen hatte. Es wurden nun nach Abtragung des Manubrium sterni bis auf eine schmale Spange zwischen beiden Schlüsselbeinen die Knorpel der ersten zwei Rippen durchtrennt, die walnußgroße Kaverne eröffnet, ausgeräumt und tamponiert, die große Wunde teilweise durch Nähte verschlossen. Anfangs starke Atemnot und Fieber mit reichlicher Wundsekretion; dann — unter konsequenter Anwendung der Saugglocke — schließlich vollständige Heilung ohne Regeneration des Brustbeines, so daß sich die Haut an der Operationsstelle bei der Inspiration stark einzieht und die Pulsation des rechten Ventrikels und der Aorta deutlich sichtbar sind. Die Kaverne in der rechten Lungenspitze ist (durch die Mitte 1906 ausgeführte Operation) völlig ausgeheilt.

Der bemerkenswerte Fall gibt Verf. Veranlassung, die bisherigen Fälle von Totalresektion des Brustbeines und die Indikationen zur operativen Behandlung von Lungenkavernen zu besprechen; er verlangt, daß die Kaverne der einzige tuberkulöse Herd in der betreffenden Lunge ist und das ihr benachbarte Knochengerüst, um eine Retraktion und Schrumpfung zu ermöglichen, bei der Operation mitentfernt werde. (Daß ausnahmsweise auch die bloße Inzision, Ausräumung und Jodoformapplikation genügen kann, hat Ref. in einem von ihm vor 15 Jahren behandelten Falle beobachtet, in welchem eine kleine Kaverne der rechten Lungenspitze in die Fossa supraclavicularis unter Bildung eines tuberkulösen Abszesses in dieser durchgebrochen war; die Ausräumung desselben und der mit ihr kommunizierenden Kaverne brachte für mehrere Jahre Heilung.)

Kramer (Glogau).

33) **Trendelenburg.** Zur Operation der Embolie der Lungenarterie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 27.)

Dem kürzlich von Sievers veröffentlichten Falle schließt T. einen zweiten ebenfalls in der Leipziger Klinik genau nach seiner Methode operierten Fall an der in recht schwerem Allgemeinzustande zur Operation kam. Es gelang, vier große Emboli zu entfernen, die in Abbildung beigegeben sind. Man ist erstaunt über die Größe der extrahierten Stücke. Nach dem Erwachen war die Atmung nahezu ganz ruhig und frei geworden, der Puls blieb frequent. Am nächsten Morgen verschlechterte sich der Allgemeinzustand, und nach 37 Stunden trat der Tod ein. Bei der Sektion fand sich eine Nachblutung aus der nicht genügend unterbundenen Mammaria interna und ein Embolus im linken Aste der Pulmonalis. Letzteres ist so zu erklären, daß bei den Extraktionsmanövern die Zange immer in den rechten Ast der Pulmonalis hineingelangte. T. weist auf die Notwendigkeit der methodischen Absuchung der beiden Äste hin. Im übrigen beweist auch dieser Fall die Möglichkeit und Ausführbarkeit der Methode.

Borchard (Posen).

34) **Bayha.** Ein Fall von Herznaht.

(Med. Korrespondenzblatt d. Württembergischen ärztl. Landesvereins 1908. Juni 13.)

24jähriger Mann mit Stichverletzung des Herzens. Einstich unter der fünften Rippe, zwei Querfinger breit neben dem Brustbein; hochgradige Anämie und starke Vergrößerung der Herzdämpfung, namentlich nach rechts. 2—3 Stunden nach der Verletzung Erweiterung der Wunde, aus der bei jedem Atemzug ein mächtiger Strahl Blutes hervorquoll; Resektion der fünften Rippe in 8 cm Länge und des sechsten Rippenknorpels. Pleuraraum mit Blut ausgefüllt, im Herzbeutel nahe seinem unteren Rande ein schlitzförmiges Loch. Spaltung des Herzbeutels nach oben, worauf in der Mitte des rechten Ventrikels eine schlitzförmige, ca. 1 cm breite, querverlaufende, ziemlich stark blutende Herzwunde sichtbar wurde. Stillung

der Blutung durch drei tiefgreifende Nähte. Ausspülung des Herzbeutels mit Kochsalzlösung und Schluß desselben ohne Drainage. Ausspülung der Pleurahöhle mit Salzlösung, Drainage derselben von der hinteren Axillarlinie aus nach Resektion eines kleinen Stückes der neunten Rippe. Exakter Schluß der Hautwunde in der Herzgegend mit kleinem Drain im äußeren Wundwinkel. Heilung der Herzwunde per pr., im weiteren Verlauf Pleuraempyem, das nach Eröffnung nur langsam ausheilte. Schließlich Heilung. Bei einer Nachuntersuchung nach 7 Monaten war die Herzaktion regelmäßig, die Herzdämpfung nicht vergrößert, die Töne rein.

Mohr (Bielefeld).

35) **Delore et Ballivet.** De la douleur dorsale dans le cancer du sein.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 2.)

Bei vier Brustkrebskranken, die über heftige Schmerzen zwischen den Schultern, an der Schulterblattspitze und an den Brustwirbeln klagten, ohne daß die Wirbel oder die Pleuren Metastasen aufwiesen, fanden die Verff. die subskapulären Lymphknoten am äußeren Schulterblattrande besonders stark krebsig infiltriert und vergrößert. Nach ihrer Entfernung schwanden die Schmerzen und kehrten nicht mehr wieder, womit erwiesen war, daß der Druck der Drüsen auf die Nn. subscapulares und die zum Teres major und minor und Latissimus ziehenden Zweige in dem engen Raume zwischen M. subscapularis und dem äußeren Schulterblattrand einerseits und dem Latissimus, Teres major und minor andererseits die Ursache des Schmerzes bildete. Charakteristisch ist, daß irgendwelche schmerzhaften Druckpunkte auch an den Wirbeln fehlen.

Gutzeit (Neidenburg).



36) **Muchanoff.** Zur Kasuistik der Mammafibrome.

(Chirurgia 1908. Nr. 36. [Russisch.])

Kasuistischer Beitrag zur Vergrößerung der Brustdrüsen durch Gewichtszug. Die 24jährige Pat. war hereditär luetisch belastet und bot verschiedene Symptome von Lues III. Täglich wiederholten sich 3—4 epileptiforme Anfälle, — Pat. ist vollkommene Idiotin.

Die Mammae boten ein originelles Bild: die rechte hing bis in die rechte Kniegegend, die linke bis unter die Inguinalfalte herab. Das Gewicht der rechten betrug über 3,5 kg, das der linken 2,7 kg. In beiden Mammae lag eine Anzahl bis apfelgroßer, harter Geschwülste, die als Fibrome angesprochen wurden. Die Axillardrüsen beiderseits waren gesund.

Die Amputation der Brüste wurde in Narkose vorgenommen und die Pat. nach 1 Woche geheilt entlassen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die auf Fibrome der Mammae gestellte Diagnose.

Im vorliegenden Falle konnte es sich weder um Elephantiasis noch um hypertrophische Prozesse handeln; die Gewebe der entfernten Brüste waren bis auf den Einschluß der Fibrome vollständig normal, insbesondere ließ das lymphatische System keinerlei Besonderheiten erkennen.

Das Wachstum der Brüste hatte erst vor 3 Jahren mit dem (sehr verspäteten Eintritt der Pubertätsanzeichen begonnen. Kurz nach dem Eintritt des Wachstums hatte auch die allmähliche Senkung der Brüste begonnen, die anscheinend noch nicht zum Stillstand gekommen war. Jedenfalls waren sie in letzter Zeit immer noch in fortschreitendem Wachstum begriffen. **Oettingen** (Berlin).

37) **J. P. Tourneux.** Sur une diverticulite para-urétrale.

(Province méd. 1908. Nr. 21.)

Es handelte sich um ein para-urethrales Divertikel von 3 cm Länge bei einem 25jährigen Manne, das wegen seiner entzündlichen Reizerscheinungen exzidiert werden mußte. Die Öffnung des Blindsackes erfolgte in die Harnröhre. Der Gang selbst lag im subkutanen Gewebe und war mit ektodermalem Epithel ausgekleidet. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

38) **Rohdenburg.** Prostatic calculi.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 9.)

Prostatasteine kommen meist bei jungen Leuten zwischen 23 und 30 Jahren vor und können sehr erhebliche Beschwerden verursachen. Es kann sich eine schwere Cystitis entwickeln mit heftigem Brennen nach der Miktion und Gefühl von Schwere und Schwellung am Damm. Die Steine sind von bräunlicher oder auch tiefblauer Farbe und zeigen deutliche Schichtung.

Verf. berichtet über zwei Fälle. Im ersteren handelte es sich um zahlreiche kleinere und größer Konkremente, die beim Einführen eines Metallbougie deutliches Krepitationsgeränsch gaben. Da operative Behandlung abgelehnt wurde, hat Verf. durch Massage allmählich die Steine in die Harnröhre gedrückt und auf diesem Wege beseitigt. Im anderen Falle wurde ein großer Prostatastein unter sehr heftigen Schmerzen spontan entleert. Die Cystitis wurde in auch sonst üblicher Weise behandelt, und beide Pat. geheilt. **W. v. Brunn** (Rostock).

39) **Tédenat.** Traitement de la tuberculose de la prostate.

(Province méd. 1908. Nr. 18.)

Verf. besitzt zehn Fälle von Tuberkulose der Prostata, die er konservativ behandelte. Fünf davon sind ca. 6 Jahre lang beobachtet und vollständig genesen. Es handelte sich nur um kleine Herde in der Prostata. 2mal hat Verf. eine ausgedehnte Ausschabung der Prostata vorgenommen. Ein solcher Pat. ist seit 5 Jahren geheilt, der andere erlag einer Lungenentzündung. Einmal hat Verf. die Prostatastomie ausgeführt. Der Pat. war ein Jahr später noch mit schmerzhaftem und häufigem Harndrang behaftet. Verf. plädiert für die Curettage als chirurgischer Intervention. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

40) **A. Gunderren und H. Jervell.** Prostatectomi, dess indikationer, Udförelse og resultater.

(Nord. kirurg. förenings VII mote 1907. Nord. med. ark. 1907. Tillägshäfte.)

G. befürwortet die Operation nach Young. Auf Grund der guten Resultate von Radikaloperation und der sehr geringen Mortalität bei Pat., die nicht infiziert sind, müssen die Indikationen in hohem Grade erweitert werden. Wenn Harnbeschwerden in hohem Grade das Wohlbefinden des Pat. stören, wenn die Menge des Residualharns beträchtlich ist, wenn akute Retention ein- oder mehreremal aufgetreten ist, liegt hinreichende Indikation für eine Operation vor. Die Statistik des Verf.s umfaßt 40 Fälle. In den ersten Fällen wurde ein Längsschnitt in der Raphe gemacht und die Prostata mit Fergusson's Depressor herabgedrückt. Die übrigen Fälle sind nach Young's Methode operiert worden. Das Durchschnittsalter ist 68 Jahre, der älteste Pat. 86, der jüngste 52 Jahre. Kein Pat. starb infolge der Operation. 16 Pat. hatten bei der Aufnahme eine leichte Cystitis oder waren frei von Infektion. Alle diese wurden frei von ihren Harnbeschwerden. In 10 Fällen bestand bedeutende Cystitis. Auch alle diese wurden



gesund. 14 Fälle waren besonders schwer durch ernste Komplikationen. Alle überlebten die Operation. Vier sind 2—8 Monate später gestorben. Alle bis auf einen konnten wieder normal urinieren.

J. befürwortet suprapubische Prostatektomie. Nur Fälle mit Bronchitis, vorgeschrittener Cystopyelitis, Cystitis mit starker Zersetzung und ausgesprochenen Blasentenesmen, wie auch mit kleiner harter Prostata, und wo Verdacht auf Prostatakrebs vorliegt, eignen sich mehr für perineale Prostatektomie. Verf. stellt folgende Indikationen auf: 1) Pat. mit chronischer unvollständiger Harnretention, die trotz kürzerem Dauerkatheterismus oder wiederholter Katheterbehandlung Residualurin von 150 ccm oder darüber behalten, müssen mit Prostatektomie behandelt werden. 2) chronische komplette Blasenretention, welche trotz kontinuierlicher Drainage und Katheter à demeure nicht schwinden will, indiziert Prostatektomie. Blasenparese, Cystitis und Pyelitis kontraindizieren den Eingriff nicht, wenn der Zustand des Pat. im ganzen genommen einen Eingriff zuläßt. 3) akute Retentionen indizieren nicht Prostatektomie, nur dann, wenn sie in chronische Retentionen mit einem Residualharn von 150 ccm und darüber übergehen.

Diskussion. Rovsing warnt vor Prostatektomie als Normalmethode. Es ist eine gefährliche Operation, die ein wichtiges Organ opfert, aber nicht mit Sicherheit die einzige vorliegende Indikation — Hebung der Retention — erfüllen kann. Er befürwortet suprapubische Cystostomie.

Lendorf (Saxtorph) betont, daß man hinsichtlich der Prostatektomie individualisieren müsse. Bei Hypertrophie des mittleren Lappens ist suprapubische Operation indiziert (bei Infektion wird auch Drainage nach dem Damm gemacht), bei Hypertrophie der Seitenlappen oder diffuser Hypertrophie dagegen perineale Prostatektomie ohne Eröffnung der Harnröhre.

Bödtker hat 11 Pat. operiert; danach drei Todesfälle, eine Besserung und sieben Heilungen. Er betont 1) daß Bottini's Operation ganz verlassen werden müsse, weil ebenso gefährlich wie die Prostatektomie aber weniger erfolgreich; 2) daß suprapubische Cystostomie eine Seltenheit werden wird, nur eine letzte Zuflucht in einigen wenigen Ausnahmefällen; 3) daß die Prostatektomie mehr und mehr die Normalmethode werden wird in allen Fällen, in welchen der Katheter der Hand des Pat. überlassen werden muß oder in welchen Katheterisation Schwierigkeiten bietet. Verf. bevorzugt perineale Operation.

Borchgrevink hat 16 Prostatektomien gemacht, alle perineal. In fünf Fällen war die Operation durch Komplikationen erzwungen. Alle diese starben binnen 3 Tagen bis 4 Monaten nach der Operation. Von den übrigen Pat. starb einer an Blutung, neun wurden gesund, einer leidet an Inkontinenz.

Cappelen hat 17 Prostatektomien gemacht, eine suprapubisch, die übrigen nach Young. Kein Pat. ist infolge der Operation gestorben. Verf. bevorzugt die perineale Methode.

Tscherning hat 12 Pat. operiert, worunter einer mit Krebs. Von den elf Fällen mit Prostatahypertrophie starben zwei. Einer bekam eine kleine Fistel über der Symphyse. Ein Pat. hatte etwas Residualharn. Verf. bestreitet, daß Prostatakrebs nicht durch suprapubische Operation exstirpiert werden könne.

Rovsing betont, es sei unbekannt, ob die Prostata von Einfluß sei auf den Organismus, abgesehen von der Potenz. Vielleicht haben sie eine innere lebenswichtige Sekretion. Dafür spricht, daß eine Prostatektomie leichter vertragen wird und besser wirkt, je älter der Pat. ist, je länger er mit seiner Hypertrophie gegangen und je größer die Geschwulst ist. Bevor wir Tausende von Pat. operieren, müssen wir vorerst untersuchen, welche Bedeutung die Prostata hat.

Einar Key (Stockholm).

41) **MacGowan.** Enuresis following prostatectomy.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 7.)

Verf., Chirurg in Los Angelos, Kalifornien, hat wegen Stenosen der Harnwege über 250 Operationen ausgeführt, davon 176 Prostatektomien. 11mal hat er

danach Enuresis auftreten sehen und gibt hier seine Erfahrungen über die Ursachen dieses Folgezustandes und dessen Heilungsmöglichkeiten bekannt.

Die Operation selbst führt er je nach Lage der Verhältnisse perineal oder suprapubisch aus.

Die erste Ursache für Inkontinenz nach Prostatektomie kann dadurch gegeben sein, daß durch längeres Bestehen ungewöhnlich großer Vorsteherdrüsen die Muskelbündel des Detrusor auseinander gedrängt und überdehnt worden waren. In diesen Fällen — Verf. beobachtete deren vier mit Drüsen im Gewicht von 160 bis 300 g — ist Geduld am Platze; schließlich pflegt nach Monaten der Operierte wieder Gewalt über seine Blasenmuskulatur zu bekommen.

Zweitens kann es vorkommen, daß die Prostata beim Versuche der Exstirpation sich als so steinhart erweist, daß man nach vergeblichen Versuchen der Entfernung den Fall als inoperabel aufgeben möchte. Hier gelingt es indessen, eventuell zugleich von oben und von unten, in der Regel (zwei eigene Fälle) doch einen Kanal zu graben und mit dem Thermokauter auszubrennen, der zur Heilung des Zustandes genügt. Die Untersuchung der Gewebsstücke von diesen zwei Fällen ergab nur fibröses Gewebe, nicht etwa Karzinom.

Endlich kommt es bisweilen nach Exstirpation kleiner harter Drüsen, wo ein starker Kontraktionszustand des Blasenhalses bei geringer Kapazität der Blase besteht, zu Inkontinenz. Verf. brachte zwei Fälle dieser Kategorie dadurch zur Heilung, daß er den halben Umfang des Blasenhalses mit dem umgebenden Narbengewebe entfernte.

Endlich kann es sich ereignen, daß alle diese drei Ursachen nicht zutreffen, daß nicht etwa neues Prostatagewebe sich gebildet hat und dennoch Inkontinenz weiter besteht.

In solchen Fällen soll man auf das sorgfältigste mit dem Endoskop Harnröhre und Blase absuchen; man findet dann häufig (in allen drei Fällen des Verf.s) kleine drüsige Gebilde in der Wand der hinteren Harnröhre oder Blase, oft flottierend, die man eventuell unter Zuhilfenahme der Sectio alta entfernen muß. Die drei Fälle des Verf.s wurden so zur Heilung gebracht. **W. v. Brunn** (Rostock).

42) **A. Schönwerth.** Über subkutane extraperitoneale Blasenrupturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

Verf. beschreibt einen Fall von extraperitonealem Blasenriß, der in der Blase nicht gefunden wurde. Pat., ein widerstandsunfähiger Potator, starb. Für derartige Fälle, bei welchen man den Riß nicht entdeckt, empfiehlt S. neben der Tamponade des prävesikalen Raumes und Einlegung eines Verweilkatheters die Inzision des Dammes und Freilegung des unteren Teiles der hinteren Blasenwand durch Eingehen zwischen Blase und Mastdarm. Die Abflußverhältnisse werden dadurch bessere, und eventuell wird auch der Blasenriß zugänglich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

43) **O. Kraus** (Karlsbad). Über Blasenwaschung.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

Der beschriebene Apparat »Plyst« ermöglicht es, Blase und Harnröhre unter den Kautelen einer einwandsfreien Asepsis auf das rascheste und bequemste zu reinigen. Er besteht aus einem Nélatonkatheter mit einem zweiten, T-förmig angesetzten Schenkel, der mittels einer Metallkanüle an den Irrigatorschlauch angesteckt und durch einen doppelt wirkenden Quetschhahn abwechselnd derartig abgesperrt wird, daß einmal die Verbindung Irrigator — Blase, das anderemal jene Blase — Abfluß hergestellt ist. Weitere Einzelheiten und Abbildungen des von H. Reiner in Wien angefertigten Apparates siehe im Original.

Kramer (Glogau).

44) **M. Sénéchal.** Calcul vésical, cystite calculeuse, consécutifs au passage d'un fil de ligature à travers la paroi de la vessie.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 50.)

14 Monate nach einer abdominalen Totalexstirpation wegen Karzinom stieß sich durch die Scheide ein Faden ab. Ungefähr zu gleicher Zeit begann die Pat.

über Blasenbeschwerden zu klagen, die auf Cystitis zurückgeführt wurden. Bald darauf entleerte sie beim Urinieren unter heftigen Schmerzen einen länglichen Stein, der einen Seidenfaden einschloß, dessen eines Ende frei heraushing. Es zeigte sich, daß es einer der Fäden war, mit denen die Scheide geschlossen worden war. Die cystitischen Erscheinungen schwanden bald — es war nie Blut im Urin —, auch war zur Zeit dieses Ereignisses kein nachweisbares Rezidiv vorhanden. Erst 1/2 Jahr später fand sich das Rezidiv, und zwar an der hinteren Scheidenwand. Der Faden, der offenbar von der Scheide aus infiziert wurde, ist also durch die bis zu dem Augenblick unversehrte Blasenwand hindurchgewandert.

V. E. Mertens (Kiel).

45) **Sottile.** Sarcoma della vescica urinaria in un bambino ai 6 mesi.
(Gazz degli ospedali e delle chir. 1908. Nr. 65.)

Bei einem 6 Monate alten Knaben tritt plötzlich Harnverhaltung ein. Aus der bis zum Nabel reichenden Blase wird blutiger Urin entleert. Bei der Sectio alta wird eine glatte, rote, ziemlich weiche Geschwulst von der Größe einer Mandarine, die die ganze hintere Blasenwand einnimmt, gefunden, die nicht entfernbar erscheint. Es handelt sich um ein kleinzelliges, gefäßreiches Sarkom mit spärlichem Zwischengewebe.

Die Sarkome kommen hauptsächlich bei männlichen Kindern, und zwar meist in den ersten 5 Lebensjahren vor. Sie sind die häufigste Form der Blasengeschwülste im jugendlichen Alter.

Dreyer (Köln).

46) **de Graeuwe.** A propos de l'extirpation totale de la vessie.
(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. April.)

An der Hand zweier Fälle berichtet Verf. über Verhoogen's Operationsverfahren. Nach Freilegung der Harnleiter werden dieselben dicht oberhalb der Blase durchtrennt und einzeln in die Hinterwand des Blinddarmes eingepflanzt. Letzterer wird ausgeschaltet und nach Vernähung der beiden Enden in sich eine Cöcalfistel nach außen, eventuell unter Benutzung des Wurmfortsatzes, angelegt. Zwischen Ileum und Kolon wird die Darmpassage durch Anastamose oder Implantation wieder hergestellt. Die Exstirpation der Blase beschließt die Operation. Die beiden Fälle verliefen tödlich; bei der ersten unter ungünstigen Verhältnissen (schwere Kachexie) operierten 68jährigen Frau funktionierte die eine Harnleitereinnähung nicht. Tod am 2. Tage. Bei der zweiten Pat. hatte man nach Aussehen und Palpationsbefund die eine Niere für nicht mehr funktionsfähig gehalten und ihren Harnleiter abgebunden; auch hier fand sich bei der Sektion enorme Ausdehnung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem ganz kleinen Restchen Nierensubstanz. Wegen der großen Infektionsgefahr will Verhoogen die Operation in Zukunft zweizeitig machen. 1) Exstirpation der Blase, Abbinden der Harnleiter und Einpflanzen derselben in die Hinterwand des Blinddarmes (extraperitoneal). 2) Laparotomie: Ausschalten des Blinddarmes, Einnähen desselben in die Bauchwand mit Fistelbildung. Ileum-Kolonanastomose.

Vorderbrügge (Danzig).

47) **F. Weisswanger** (Dresden). Nierenabszeß nach Gonorrhöe, Nephrotomie, Heilung.
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 18.)

Interessant ist in dem mitgeteilten Falle die lange Latenzzeit der nach 6 Jahren noch virulenten Gonokokken; wahrscheinlich war es durch Kompression des Harnleiters infolge vorausgegangener Schwangerschaft und durch Knickung desselben infolge Beweglichkeit der rechten Niere zu Urin- und Eiterstauung in dieser gekommen, in der sich ein großer Abszeß entwickelte.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 34. Sonnabend, den 22. August 1908.

Inhalt.

1) **A. v. Lichtenberg.** Allgemeinbetrachtungen über die Einteilung und Verhütungsmöglichkeit der postoperativen Lungenkomplikationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 354.)

Verf. schlägt vor, die postoperativen Lungenkomplikationen in zwei Hauptgruppen, die pneumonischen und die grobembolischen, einzuteilen. Die ersteren sind entweder postnarkotisch (Narkose-Aspirations-Retentionspneumonien) oder hypostatischer oder embolisch-infektiöser Natur. Unter allen Ursachen für postoperative Pneumonien steht die Narkosenschädigung obenan. Es muß daher Aufgabe sein, die Inhalationsnarkose nach Möglichkeit einzuschränken. Am besten wird sie durch Lokolanästhesie ersetzt, deren Anwendungsgebiet bei genügender persönlicher Technik und Erfahrung sich immer mehr ausdehnen läßt. Durch die Lumbalanästhesie läßt sich die Narkosenzahl weiter verringern, wenngleich man diese Methode nicht so uneingeschränkt wie die Lokalanästhesie empfehlen kann.

Ist die Inhalationsnarkose einmal kontraindiziert, so sind Chloroform und Äther in gleicher Weise zu verwerfen. Außer den allge-

mein bekannten Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung von postnarkotischen Lungenerkrankungen empfiehlt Verf. vor allem die Anwendung von narkotischen Hilfsmitteln, besonders von Skopolamin-Morphium.

Reich (Tübingen).

---

2) **B. Allen** (New York). Treatment of erysipelas.

(New York med. journ. 1908. Juli 11.)

A. konnte das Fortschreiten des Erysipels dadurch aufhalten, daß er 6—7 mm von der Demarkationslinie entfernt einen Streifen reiner Karbolsäure aufpinselte. Nach Weißwerden der Haut wäscht er den Überschuß mit 95 %igem Alkohol ab. Wenn der durch das Aufpinseln verursachte Schmerz, der gewöhnlich nur einige Minuten dauert, länger anhalten sollte, dann empfiehlt A., mit Alkohol getränkte Gaze aufzulegen. In der Nähe der Augen und an anderen Stellen, wo sich die Karbolsäure nicht gut anwenden läßt, streicht er Unguentum hydrargyri ammoniatum auf, das 2 % Karbolsäure enthält.

Die Heilung schien günstig beeinflußt zu werden; nur in einem unter zwölf Fällen ging die Rötung ein Stück über die Zone hinaus.

H. Bucholz (Boston).

---

3) **R. Teller** (Gießen). Zur Behandlung des Dekubitus.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 19.)

T. rühmt, neben der Anwendung von feuchten Verbänden (essigsaure Tonerde oder Wasserstoffsuperoxyd) auf den Grund des Dekubitalgeschwürs und von Lessar'scher Paste auf die Umgebung, die Massage der Wundränder, durch die eine stärkere Blutfüllung dieser und dadurch raschere Heilungstendenz erzeugt wird. Außerdem läßt T. warme Vollbäder auf einem über die Badewanne ausgespannten Badetuch anwenden.

Kramer (Glogau).

---

4) **C. H. Whiteford.** Plastic resection of the breast and its bearing on the preliminary incision of breast tumours.

(Brit. med. journ. 1908. Juni 6.)

Aus kosmetischen und psychischen Gründen empfiehlt W. bei gutartigen Geschwülsten der Brustdrüse und bei Probeausschnitten verdächtiger Knoten eine von Collins Warren verbesserte Methode der retromammären Exzision. Die Mamma wird durch Schnitt am Außenrand der Drüse, wenn nötig, verlängert zur vorderen Achselfalte, abgehoben, die Geschwulst aber nicht ausgeschält, sondern mit einem Keil der Drüse selbst entfernt. Diese keilförmige Lücke läßt sich durch Nahtreihen viel besser schließen, als die unregelmäßige, buchtige Höhle bei der Aushülsung. Die Narbe ist kaum sichtbar.

Weber (Dresden).

---

5) **E. Bircher.** Die chronische Bauchfelltuberkulose. Ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. 188 Seiten.

Aarau, H. R. Sauerländer & Co., 1907.

Im Rahmen eines ausführlichen Referates orientiert uns Verf. zunächst über die pathologische Anatomie und Symptomatologie der Bauchfelltuberkulose. Aus seinen Zusammenstellungen von Statistiken sei erwähnt, daß sie nur selten der alleinige Sitz des krankmachenden Agens ist, daß ferner bei etwa 90% aller Bauchfelltuberkulosen auch schon eine Lungenaffektion vorliegt, und daß die Pathogenese bei Frauen drastisch durch die in 40% (nach Cummins) gleichzeitig gefundene Adnextuberkulose beleuchtet wird. — Der folgende Teil ist der Therapie gewidmet. B. bespricht die konservative Methode mit ihren Resultaten, dann die zur operativen Therapie überleitende Punktion, endlich die Operation in ihren verschiedenen Wandlungen und ihre Erfolge. Der erste Überschwang nach Aufkommen der operativen Richtung ist bald einer Reaktion gewichen; doch glaubt Verf., daß wir heute sichere Indikationen für die Operation haben.

Eine von ihm gegebene Zusammenstellung der Resultate von über 100 Autoren bei Operationen ergibt zwar Heilungsprozentzahlen, schwankend zwischen 30 und 95%. Das erklärt sich leicht daraus, daß die Indikationen natürlich ganz verschieden gestellt und die Statistiken nach verschiedenen Gesichtspunkten abgefaßt worden sind. Es erweist sich aber doch, daß bei der ascitösen Form die operative Therapie der konservativen weit überlegen ist, daß beide bei der adhäsiven Form etwa gleichwertig sind. Die Dauerresultate bei Operation berechnet Verf., ähnlich König, auf 27%, die Operationssterblichkeit auf 3%. Zur Berechnung der Dauerresultate bei konservativer Therapie fehlt eine vergleichbare größere Statistik. Bei der Würdigung der verschiedenen Erklärungsversuche einer Heilung spricht Verf. dem Licht eine größere Rolle zu und kommt schließlich zu der Ansicht, daß eine Summe von biologischen und physiologisch-chemischen Faktoren den Effekt hervorbringen:

Der durch Luft, Licht, mechanische Irritation hervorgerufene Reiz möge eine Hyperämie mit entzündlicher Reaktion hervorrufen, aus welcher das oftmals bakterizide Serum resultiert. Auch die von Gelpke aufgegriffene Theorie, nach welcher sowohl der spontan entstandene wie der postoperative Ascites bakterizid wirkt, daher erst abgelassen werden soll, wenn er abgenutzt ist, wird eingehend besprochen.

Nach den erfolgreichen Versuchen mit Röntgenstrahlen bei Lupus wurden in der Aarauer Anstalt seit 1897 auch Bauchfelltuberkulosen, im ganzen 26 Fälle, so behandelt, und zwar durchschnittlich täglich 3—4 Wochen lang 15—30 Minuten mit harten bis mittelharten Röhren, in Röhrendistanz von 25—30 cm bestrahlt. Zuerst wurden nur erfolglos Laparotomierte so behandelt, dann solche, die zur Operation zu schwach waren, und nachdem gerade dabei eklatante Resultate erzielt waren, wurden eine Anzahl Pat. ohne Auslese bestrahlt. Von der ersten

Gruppe wurden 50% geheilt, 25% gebessert, es starben 25%. In der zweiten und dritten sind einschließlich der Nachträge 64,2% geheilt, 7,1% gebessert, 7,1% ungeheilt, 21,4% gestorben. Einzelne Fälle, besonders auch die tödlich geendeten, werden einer kritischen Besprechung unterzogen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: die Röntgentherapie ist ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel bei der Bekämpfung der Bauchfelltuberkulose. Primär sollen mit Röntgenstrahlen nur behandelt werden: adhäsive oder plastische Formen mit wenig Aussicht auf Operationserfolg, hochgradig kachektische Fälle, solche, die Operation verweigern, endlich milder verlaufende Fälle. Sekundär ist Röntgentherapie anzuwenden bei allen Fällen, in welchen das postoperative Exsudat nach 14 Tagen nicht geschwunden ist, ferner bei Versagen der Operation oder späterem Rezidiv.

Die Theorie der Röntgenwirkung wird kurz besprochen, und neben einer biochemischen Wirkung auf die Produkte der Tuberkulose auch einer virulenzherabsetzenden, wenn nicht sogar zerstörenden Wirkung der Strahlen auf die Bazillen großer Wert beigelegt. Wenn Verf. das als experimentell genügend nachgewiesene Tatsache hinstellt, wird er wohl manchen Widerspruch finden.

Interessant ist, daß durch Bestrahlung kein neuer Ascites erzeugt wird, daß also das durch Operation erzeugte bakterizide Serum (cf. oben) mindestens nicht der einzige und bedeutendste Heilfaktor sein kann.

Im Schlußteile bespricht Verf. alle 99 eigenen Fälle von Bauchfelltuberkulose in bezug auf Pathologie und Therapie und teilt die im Aarauer Spitale übliche Operationsweise mit: Langsames Ablassen des Ascites, Ausspülen mit vielen Litern heißen sterilen Wassers (nicht NaCl). Ein kleiner Wasserrest bleibt darin. Das Wasser reizt ziemlich stark und verschlechtert dadurch die Heilungstendenz der Wunde, welche daher in drei Etagen genäht wird. Ein Vergleich gespülter mit ungespülten Fällen fällt zugunsten ersterer aus.

Das Resultat der nur diätetisch-medikamentösen Therapie gegenüber der operativen stellte sich folgendermaßen:

	Geheilt	Gebessert	Ungebessert	Gestorben
32 Fälle nicht operiert	31%	19%	6%	44%
59 Fälle operiert	45,7%	22%	6,7%	25%

Den Schluß bilden Krankengeschichten und ein Literaturverzeichnis von 448 Arbeiten. **Renner** (Breslau).

6) **Braun.** Appendicitisoperation und Militärdienstfähigkeit.
(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 9.)

Verf. ist als Assistent Riedel's (Jena) eifriger Verfechter der Frühoperation bei Appendicitis. Um diese zu ermöglichen, schlägt er vor, die Mannschaften gelegentlich zu ermahnen, sich bei Beschwerden in der Unterbauchgegend sofort krank zu melden (ob dann nicht

einige Fälle von Hysterie mit unterlaufen würden? Ref.), und die Erkrankten sogleich der äußeren Station zu überweisen. Um die nicht genähten Leute dem Dienste zu erhalten, solle bei ihnen 8—12 Wochen nach der Heilung eine Korrektur der Narbe mit nachfolgender schichtweiser Naht der Bauchdecken vorgenommen werden.

Herhold (Brandenburg).

---

7) **Borszéky.** Die chirurgische Behandlung des peptischen Magen- und Duodenalgeschwürs und seiner Komplikationen und die damit erreichten Endresultate.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 56.)

Zu obigem Thema liefert Verf. auf Grund von 34 eigenen Fällen und eigenen Tierversuchen eine Studie, die infolge ausgedehnter Literaturbenutzung über die bezüglichen Fragen gut orientiert.

Gegenüber den zahlreichen und verschieden motivierten Vorschlägen, das offene, unkomplizierte Magengeschwür operativ mit Gastroenterostomie, Exzision, Kauterisation, Ausschabung usw. zu behandeln, vertritt Verf. den Standpunkt, daß alle diese Operationen die Krankheitsursache nicht beheben und als chirurgische Übergriffe zu betrachten sind, da die unmittelbare Operationsmortalität der Gesamtmortalität des intern behandelten Magengeschwürs etwa gleichkommt und die Endresultate zweifelhaft sind. Das unkomplizierte Geschwür gehört dem Internisten, der bei konsequenter Behandlung ganz erfreuliche Erfolge erzielt. — Das perforierte Geschwür dagegen ist sofort zu operieren. Der Chok wird am besten durch die Operation selbst bekämpft. Über die technische Seite der Versorgung der Perforation und der Behandlung der Peritonitis äußert sich Verf. nur referierend; drei eigene Fälle endeten sämtlich tödlich.

Bei Geschwürsblutungen kommt ein chirurgischer Eingriff nur dann in Betracht, wenn eine interne Behandlung erfolglos geblieben ist. Den Zeitpunkt zur Operation bestimmt allein der Kräftezustand der Pat., sowie der Umstand, ob außer dem Bluterbrechen gleichzeitig eine andere, der inneren Behandlung trotzende Komplikation des Geschwürs, eine Pylorusstenose oder perigastritische Verwachsungen vorhanden sind.

Beim kallösen Geschwür ist die Gastroenterostomie das Normalverfahren und bringt etwa die Hälfte der Fälle zur Heilung. Unter fünf Fällen erreichte Verf. 4mal vollkommene Heilung, 1mal Besserung.

Der Erfolg dieser Operationen wird häufig gestört durch den Verschluß der Anastomosenöffnung oder durch peptische Jejunalgeschwüre, die weit häufiger sind, als man gemeinhin annimmt, auch bei chirurgischer Behandlung eine recht zweifelhafte Prognose ergeben und am besten durch eine konsequente, gegen die Hyperchlorhydrie gerichtete innere Nachbehandlung nach der Operation vermieden werden.

Alle anderen Operationsmethoden gegen das kallöse Geschwür sind zu gefährlich, schwierig und ebenfalls unsicher. Geschwürsexzision ist nur bei Karzinomverdacht angezeigt.

Im Gegensatz zum offenen Geschwür soll jede narbige Stenose operativ behandelt werden, gleichgültig, ob Magendilatation und motorische Insuffizienz schon vorhanden sind oder nicht. Hierbei kommt ausschließlich die Gastroenterostomie in Betracht; bei Sanduhrmagen ist die Gastroanastomose, bei kleinem Pylorusmagen die Gastroenterostomie, bei Cardiastenose die perorale oder retrograde Bougierung angezeigt. Auch für das seltene peptische Duodenalgeschwür ist die Gastroenterostomie Operation der Wahl, mit der höchstens die Jejunostomie konkurrieren kann.

Weiterhin gibt Verf. eine nach Indikationen und Operationen geordnete Übersicht seiner operativ behandelten Fälle von gutartigen Magenleiden nach dem Gesichtspunkt der unmittelbaren und dauernden Erfolge. Dabei ergab sich insgesamt eine unmittelbare Sterblichkeit von 16,6% und dauernde Heilung in 80% der Fälle. Wie Nachuntersuchungen erwiesen, wird durch die Gastroenterostomie sowohl die Superazidität als die motorische Insuffizienz meist dauernd günstig beeinflußt.

Interessant sind die Ergebnisse zahlreicher Hundeversuche, aus denen hervorgeht: 1) daß der Mageninhalt nicht ausschließlich durch die Anastomosenöffnung, sondern selbst bei Pylorusstenose auch durch den Pylorus weiterbefördert wird; 2) daß die Gastroenterostomie auf Magenblutungen bei nicht verengtem Pylorus keine, bei Pylorusstenose keine unbedingt verläßliche blutstillende Wirkung ausübt und 3) daß man durch längere Salzsäurezufuhr nach Gastroenterostomie künstlich peptische Jejunalgeschwüre erzeugen kann, jedoch nicht konstant, so daß man für die Entstehung dieser Geschwüre außer der Hyperchlorhydrie auch noch andere Ursachen als mitwirkend annehmen muß.

Reich (Tübingen).

---

8) **Laffer.** Acute dilatation of the stomach and arteriomesenteric ileus.

(Annals of surgery 1908. März u. April.)

L. bespricht jene ominösen Fälle von meistens nach vorhergegangenen Operationen eintretenden akuten Magendehnungen, die bei unzweckmäßiger Behandlung unter dem Bilde des Circulus vitiosus zum Tode führen. Er hat mit großem Fleiß die Literatur über diese Krankheit nachgesehen und findet, daß sich zwei Gruppen von Autoren in ihrer Ansicht bezüglich der Ätiologie der akuten Magendilatation gegenüberstehen. Die einen meinen, daß dieses Leiden primär eintritt, die anderen, daß es sekundär auf eine Knickung des Duodenum folgt. Diese Knickung soll dadurch zustande kommen, daß sich die Dünndärme bei Gastroptose oder bei Schwächezuständen ins kleine Becken senken und dadurch einen Zug am Mesenterium ausüben, durch welches das Duodenum hindurchtritt. Auf diese Weise wird das Duodenum gedrückt, und es kommt zur Dilatation des oberhalb der Knickung gelegenen Teiles und des Magens (Mesenteric ileus). Verf. kann sich dieser letzteren Ansicht nach gründlichem Studium der Krankheit nicht

anschließen, er glaubt vielmehr, daß die akute Magendilatation meistens primär durch lähmende Einwirkung von Noxen (Chloroform, Chok usw.) auf die Magennerven oder die Zentren im Gehirn bzw. im Sympathicus eintritt. Bestärkt wurde er in seiner Ansicht dadurch, daß bei 120 aus der Literatur bekannt gewordenen obduzierten Fällen von akuter Magendilatation nur 27 mal dieser Typus des gastro-mesenterischen Ileus angetroffen wurde. Nicht zu leugnen ist nach L.'s Ansicht, daß sich der dilatierte Magen senkt und dann auf das Duodenum drückt.

Aus der Literatur hat Verf. 217 Fälle akuter Magendilatation sammeln können; die Sterblichkeit derselben war eine verhältnismäßig hohe, 63,5%. Im Anschluß an Operationen trat die akute Magendilatation in 38,2% der Fälle ein. Unter diesen Operationen handelte es sich in 69% der Fälle um Laparotomien. Die hervorstechendsten Symptome waren Erbrechen, Ausdehnung des Epigastriums, Magenplätschern, Verstopfung, Kollaps. Differentialdiagnostisch können Verwechslungen mit Peritonitis, hohem Ileus, Pankreascysten vorkommen. Bezüglich der Behandlung soll prophylaktisch der Entstehung dadurch vorgebeugt werden, daß keine kopiösen Mahlzeiten an den Tagen vor der Operation und nach der Operation eingenommen werden, und daß ein rauhes Hantieren mit den Eingeweiden oder eine Abkühlung derselben während der Operation vermieden wird. Ist die Dilatation eingetreten, so ist der Magen sofort wiederholt mit dem Magenschlauch auszuhebern, selbst wenn Pat. schon moribund ist. Stimulantien und Kochsalzeinläufe in den Darm sind nötig. Endlich wird empfohlen, den Pat. nicht die Rücken- sondern die Bauchlage einnehmen zu lassen.

Herhold (Brandenburg).

---

9) **P. Daneel.** Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei der Magen-Darmanastomose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 513.)

An der Hand des schon mehrfach publizierten Materiales der Heidelberger Klinik untersucht D. die Vor- und Nachteile des Murphyknopfes.

Als Vorzüge werden angeführt: 1) Die Abkürzung der Operationsdauer, 2) die Vereinfachung der Technik, 3) die gute unmittelbare Funktion der Fistel, deren Festigkeit in den ersten Tagen größer, später etwas geringer ist als bei Nahtanastomose. Es sind unter einer Serie von 193 Gastroenterostomien mit Knopf 7 Fälle verzeichnet, bei denen nicht auf die Narkose zu beziehendes und durch Magenspülung beseitigtes Erbrechen auftrat, das meist auf einer Knickung oder Verlegung des abführenden Darmschenkels beruht und ebenso auch bei Nahtanastomosen vorkommt.

Circulus vitiosus kam unter 333 einfachen Gastroenterostomien zweimal vor und scheint nach der Literatur bei der Nahtvereinigung noch häufiger zu sein.

Unter den Nachteilen der Knopfanwendung sind zunächst Fieber bei der Knopflösung und leichtere Darmstörungen bei der Knopf-

wanderung zu verzeichnen. Zu ernsteren Komplikationen kann die Retention des Knopfes im Magen-Darmkanal führen, die im ganzen siebenmal bei Autopsien festgestellt wurde, während Knopfabgang in nicht ganz $^{2}/_{3}$ der Fälle beobachtet wurde. Der Knopfabgang erfolgte durchschnittlich am 15. Tage, am häufigsten am 13. und 14. Tage, bei Resektionen meist einige Tage später.

Von ernsten Komplikationen werden aufgeführt:

1) Knopfeinkeilung und Retention desselben im Darme, herbeigeführt durch peritonitische Stränge, Verwachsungen usw. (3 eigene Fälle, davon 2 tot, 1 durch Relaparotomie geheilt). 2) Knopfdekubitus und Perforation: 5 eigene Fälle, sämtlich gestorben. Ein Vergleich mit Perforation bei Nahtanastomose zeigt, daß letztere keine größere Sicherheit in bezug auf Suffizienz der Anastomose gewährt. 3) Darmeinklemmung und Darmverschlingung (3 Fälle). 4) Sekundäre Fistelverengerung, über die jedoch keine vergleichbaren Zahlen vorliegen.

Verf. kommt zum Schluß, daß Naht und Knopf ihre eigenen Indikationen haben, und zwar soll man den Knopf anwenden:

1) Bei der Gastroenterostomie kachektischer und heruntergekommener Pat. (Karzinom).

2) Bei der Resektion nach Billroth II wegen Abkürzung der an sich schon langen Operation.

Die Naht soll ausgeführt werden:

1) Wo es bei der Operation weniger auf Eile ankommt (gutartige Stenosen).

2) Bei allen Resektionen, ausgenommen Billroth II.

3) Bei allen auch unter nur geringer Spannung stehenden Anastomosen, also besonders der Wölfler'schen Gastroenterostomia anterior.

Reich (Tübingen).

---

10) **Denécheau.** Les suites réelles de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère d'estomac et de ses complications.

(Arch. générales de chir. 1907. Oktober u. 1908. April.)

Verf. versucht als Internist einen Beitrag zu dem aktuellen Streit über den wirklichen Wert der Gastroenterostomie bei Magengeschwür zu liefern, wobei er sich auf insgesamt 109 selbst beobachtete und jahrelang untersuchte Fälle stützt. Nach einer eingehenden, den Rahmen eines Referates weit überschreitenden Schilderung der unmittelbaren Operationsfolgen und der durch die Anastomose bedingten Nacherscheinungen kommt Verf. zum Schluß, daß die Operation in den meisten Fällen sofort und auch dauernd einen günstigen Einfluß ausübt; in den wenigen Fällen, in denen kein gutes Resultat erzielt wird, hängt dies nicht von der Operationsmethode ab, sondern in erster Linie von dem Zustand der Magenschleimhaut, der Art und dem Sitze des Geschwürs und der Art der Stenose. Des weiteren muß für die ungenügenden Resultate die nicht ausreichende diätetische Behandlung der Operierten verantwortlich gemacht werden, da nach der Gastro-

enteroanastomose noch monatelang ein exaktes diätetisches Regime nötig ist, das erst den vollen Erfolg der Operation garantiert.

Strauss (Nürnberg).

11) **I. M. Lynch** (New York). Intussusception of the sigmoid.

(New York med. journ. 1908. Juni 6.)

L. nimmt an, daß die Intussuszeption der Flexur, d. h. des Teiles derselben zwischen Gabelung der Iliaca communis und der Umschlagsfalte des Bauchfells, häufiger die Ursache von Verstopfung, Hämorrhoiden usw. ist, als man gewöhnlich glaubt. Für die Entstehung macht er ein abnorm langes Mesosigmoid verantwortlich, wozu außerdem noch eines der Momente treten muß, das auch sonst eine Intussuszeption des Darmes veranlassen kann. Bei längerem Bestehen finden sich nebenbei Sigmoiditis und Perisigmoiditis. Symptome sind Gefühl von nicht beendigtem Stuhlgang, Schmerzen, Abgang von Schleim und Membranen, Allgemeinerscheinungen wie Kopfschmerz, Schwindel, Symptome, die nach Schwere des Falles sehr wechseln. Konstant ist das erste Symptom, das in Knie-Ellbogenlage meist verschwindet. In schweren Fällen kann es infolge von Stauungen oder Ulzerationen zu Blutungen kommen.

Die Therapie besteht in Anheftung der Flexur an die Fascia transversalis (nicht an das Bauchfell). Wenn allgemeine Gründe eine Laparotomie kontraindizieren, muß man versuchen, durch diätetische Vorschriften, Sorgen für regelmäßigen Stuhl durch Öl- und Wassereinläufe usw. der Verschlimmerung des Leidens vorzubeugen. Heilung ist durch palliative Behandlung nur selten zu erzielen.

H. Bucholz (Boston).

12) **O. Föderl.** Über Kolostomie.

(Zeitschrift für Heilkunde 1907. Bd. XXVIII.)

Ist die Kolostomie nur der Vorakt anderer Eingriffe (wie Kolonspülungen, Flexur- und Mastdarmresektionen usw.) oder Verlegenheitsoperation, so kann die Fistel gewöhnlich zweizeitig angelegt werden. Anders, wenn sie bei plötzlich und stürmisch einsetzenden Störungen der Dickdarmpassage zur Dringlichkeitsoperation wird, wobei die schwere Beteiligung des Allgemeinbefindens einen radikalen Eingriff meist nicht mehr gestattet. Die Gefahren der Peritonitis und der Allgemeininfektion von der Darmlichtung aus fordern, namentlich wenn schon dynamische Ileuserscheinungen drohen, die einzeitige Fistelbildung. Um die dabei naherückenden Gefahren der Peritonitis und der fortschreitenden Bauchdeckenphlegmone infolge Ausfließens von hochvirulentem Darminhalt auszuschalten, hat F. das Witzel'sche Prinzip der Schrägfistelbildung auf die Kolostomie übertragen, wobei der Darm erst nach der Kanalbildung eröffnet wird: Ein starker, kurzer Trokar wird mit einem langen Schlauch am seitlichen Abflußrohr und vor diesem mit einem Gummiring armiert, auf den sich vorwölbenden Blinddarm gedrückt, mit Lembertnähten überdacht, wobei

die erste Naht den Gummiring zur Fixation mitfaßt. Nach Bildung eines ca. 4 cm langen blinden Kanals wird mit dem erst jetzt eingesetzten Trokarstachel der Darm eröffnet; Umsäumung der Wunde mit Peritoneum. Verf. hat nach dieser Methode bisher neun Kolo- und zwei Ileostomien ausgeführt.

Die Fistel genügt zum Ablassen von Gasen und dünnflüssigem, event. durch Spülungen verdünntem Kot. Die Schrägfistel schließt anfangs dicht und schützt damit vor der Bauchdeckenphlegmone. Bei Insuffizienz oder zwecks Dilatierung des Fistelkanals wird der Trokar nach Lösung der Fixationsnaht durch Drainröhren ersetzt. Die Fistel schließt sich später entweder spontan oder nach einfacher Ränderexzision und Schleimhautinvertierung.

Verf. legt eine solche temporäre Schrägfistel am Blinddarm bei appendico-peritonitischer Darmparalyse an; in Fällen, wo die Paralyse noch nicht manifest ist, begnügt man sich mit der Kanalbildung, indem der Darm dann erst im Bedarfsfalle eröffnet wird.

In ähnlicher Weise kann man eine schräge Ileostomiefistel anlegen, und zwar hier in typischer Weise nach Witzel mit einem Gummirohr. Je mehr die Gefahr der Kotinfektion des Bauchfells und der Laparotomiewunde verringert werden kann, um so mehr steigt die Bedeutung der Enterostomie nicht allein zur temporären Behandlung bestimmter Ileusformen, sondern auch zur Vermeidung und Behandlung der enterogenen Sepsis. **R. Henschen** (Tübingen).

---

13) **W. Noetzel.** Zur Therapie der Pankreatitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 734.)

Unter Mitteilung von neun Fällen von akuter Pankreatitis, je einem Fall von Pankreascirrhose und subkutaner, stumpfer Verletzung bespricht Verf. die Operationstechnik und die Indikationen zur operativen Therapie, wobei er zu folgenden Aufstellungen gelangt:

Die akute Pankreatitis muß prinzipiell chirurgisch behandelt werden mittels einer sobald als möglich auszuführenden Laparotomie und Tamponade des Pankreasherdes nach Bunge. Dem gewöhnlichen Weg durch das Lig. gastrocolicum kann man auf besondere Indikation hin noch eine stumpfe Durchtrennung des Mesokolon hinzufügen. Die freie Bauchhöhle ist nach Rehn auszuspülen und zu drainieren. Bei der so rasch und so schonend als möglich auszuführenden Laparotomie muß die Beschaffenheit der Gallengänge in jedem Falle genau festgestellt werden. Bei gleichzeitig bestehender Cholelithiasis ist, wenn es der Kräftezustand der Operierten gestattet, der dringendsten durch den Befund an den Gallenwegen gegebenen Indikation zu genügen, also event. die Cholecystostomie auszuführen. Gestattet der Allgemeinzustand dagegen einen Eingriff an den gleichzeitig erkrankten Gallenwegen nicht, so soll man nach Heilung der Pankreatitis eine Gallensteinoperation vorschlagen.

Bei Operationen wegen längere Zeit bestehender Cholelithiasis empfiehlt es sich, auch wenn gar keine Symptome von Pankreatitis bestanden haben, eine sichere Orientierung über den Zustand des Pankreas durchzuführen.

Trifft man bei einer wegen akuter peritonitischer Symptome ohne sichere Diagnose ausgeführten Laparotomie keinen positiven Befund in der Bauchhöhle, so ist gleichfalls zu raten, das Pankreas durch stumpfe Durchtrennung des Lig. gastrocolicum freizulegen und zu besichtigen.

Jedenfalls darf eine Pankreatitis erst dann als Ursache einer peritonitischen Erkrankung ausgeschlossen werden, wenn eine probatorische Freilegung des Organes seine Integrität ergeben hat.

Reich (Tübingen).

Kleinere Mitteilungen.

14) **E. Kraemer.** Die Verwendbarkeit der Konjunktivalreaktion zur Diagnose chirurgischer Tuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 581.)

Bei einem Material von 116 chirurgischen Fällen wurde die Konjunktivalreaktion mit einer 2%igen Alttuberkulinlösung auf ihren diagnostischen Wert nachgeprüft.

Unter der Voraussetzung, daß die Reaktion in keinem Falle mit allgemeiner Schwäche höheren Grades und auch in keinem Falle mit irgendwelchen Veränderungen der Conjunctiva angewendet werden kann, ergab sie in 93% bei sicher tuberkulösen Fällen ein positives Resultat und in sicher nicht tuberkulösen Fällen in 97% einen negativen Ausfall.

Unter den genannten Voraussetzungen glaubt daher Verf. den Schluß ziehen zu können, daß ein positiver Ausfall die Anwesenheit irgend eines tuberkulösen Herdes im Körper wahrscheinlich, der negative Ausfall sehr unwahrscheinlich mache. Eine Wiederholung der Reaktion am gleichen Auge hat nur bei gleichmäßig negativem Ergebnis eine affirmative diagnostische Bedeutung. Im ganzen neigt Verf. zur Ansicht, daß die Reaktion in unklaren chirurgischen Fällen unter Umständen die Diagnose erleichtern kann. **Reich** (Tübingen).

15) **O. Roith.** Zur Indikationsstellung für die verschiedenen Anästhesierungsverfahren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 246.)

Verf. gibt eine Übersicht über die in der Heidelberger Klinik im Laufe eines Jahres ausgeführten allgemeinen Narkosen (1011), die lumbalen (100) und lokalen (222) Anästhesien mit ihren Erfolgen und Nachteilen und leitet daraus die zweckmäßigste Indikationsstellung für die Art der Schmerzbetäubung ab, wobei als oberster Grundsatz gilt, den Schmerz ganz auszuschalten und möglichst wenig zu schaden. Einen großen Teil der Mißerfolge bei den einzelnen Methoden schreibt Verf. einer schablonenmäßigen Anwendung des einen oder anderen Verfahrens ohne individuelle Indikationsstellung zu.

Zunächst ist die Allgemeinnarkose, die mit Chloroform, Billroth-Mischung oder Ätherrausch und Äthertropfnarkose ausgeführt wurde, immer noch das beste und allgemein brauchbare Verfahren. Hier wie bei der lokalen und lumbalen Anästhesie ist es rationell, die Erregbarkeit zuvor durch Sedativa herabzusetzen, wozu Morphium, am besten mit Atropin oder Skopolamin, sowie besonders auch Veronal sich eignet.

Diese Kombinationen sind nicht durch die Zufuhr verschiedener Gifte gefährlicher, sondern durch quantitative und zeitliche Beschränkung des Verbrauchs an

Narkotikum ungefährlicher und zugleich für den Pat. angenehmer, dem die Erregung vor der Operation und ein großer Teil der postnarkotischen Beschwerden und Komplikationen erspart wird. Die Allgemeinnarkose ist stets angezeigt bei Kindern und den meisten Laparotomien.

Für die Lokalanästhesie wird ein immer größeres Anwendungsgebiet angestrebt, was durch Ausbildung der persönlichen Technik und kombinierte Anwendung der Sedativa in großem Umfange gelungen ist, so daß Operationen an Kopf und Hals, an Mamma und Rippen, Probelaparotomien und Gastroenterostomien, Operationen an Genitalien und Damm, sowie alle Bruchoperationen, soweit nicht zu starke Verwachsungen vorliegen, unter dieser Methode ausgeführt werden. Dem Verf. erscheint auch die Kombination von Lokalanästhesie mit Allgemeinnarkose, z. B. zu größeren Laparotomien, als zweckmäßig.

Demgegenüber erfährt die Lumbalanästhesie, obgleich schwere Unglücksfälle nicht vorkommen, eine sehr beschränkte Wertschätzung, da sie nicht nur in 52% der Fälle unbefriedigende Anästhesien ergab, sondern auch recht häufig unangenehme Neben- und Nachwirkungen aufwies. Angewandt wurde zur Lumbalanästhesie in dem in Betracht gezogenen Zeitraum Atropin und zuletzt Tropakokain. Es besteht der Grundsatz, nichts in Lumbalanästhesie zu operieren, wozu lokale Anästhesie ausreicht. Somit verbleiben der Lumbalanästhesie in der Hauptsache nur verwachsene Hernien und größere Operationen an der unteren Extremität. Für die Operation des Mastdarmkrebses ist die Methode nicht geeignet.

Reich (Tübingen).

16) **J. Bergonié.** La fulguration (méthode de Keating-Hart pour le traitement du cancer).

(Journ. de méd. de Bordeaux 1908. Nr. 26.)

In einer lesenswerten Arbeit bespricht B. zunächst die Geschichte und Methode der Fulguration, um dann seine eigenen, mit der Blitzbehandlung gewonnenen Resultate mitzuteilen. Die Zahl der behandelten Fälle beträgt zehn, darunter neun Karzinome und ein Spindelzellensarkom; fast ausschließlich handelte es sich um Pat., die von Chirurgen als inoperal bezeichnet worden waren. Im Hinblick hierauf müssen die Erfolge B.'s ausgezeichnete genannt werden, wenn auch die Beobachtungszeit nur in zwei Fällen mehr als $1^1/_2$ Jahr beträgt. B. konnte die Angabe Keating-Hart's, daß es nicht notwendig sei, die Geschwulstmassen radikal mit dem Messer zu entfernen, da die nachfolgende kräftige Fulguration die zurückgelassenen Geschwulstzellen der Nekrobiose überliefere, voll bestätigen. Zehn, meist gute Abbildungen unterstützen die Angaben B.'s in überzeugender Weise.

Boerner (Rastatt).

17) **P. Grosse** (Leipzig). Ein Fall von Vergiftung nach Gebrauch von Thiosinamin.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.)

Die Vergiftungserscheinungen, welche in Herzschwäche, Fieber, Anurie, Verfall der körperlichen und geistigen Kräfte bestanden, traten erst nach der sechsten Injektion von 2,3 ccm Fibrolysin (= 0,2 Thiosinamin) auf und gingen nur ganz allmählich zurück.

Kramer (Glogau).

18) **A. Fells.** Remarks on cancer of the mouth in southern India with an analysis of 209 operations.

(Brit. med. journ. 1908. Juni 6.)

Unter den poliklinischen Kranken des London Missionary Society's Hospital zu Neyoor in Südindien fanden sich im Laufe von 2 Jahren 399 Fälle von bösartigen Neubildungen, unter diesen 377 Krebse. Davon entfielen auf die Mundhöhle 92% und nur 8% auf die übrigen Organe. Fast immer beginnt das Mundhöhlencancroid in der Wangenschleimhaut gegenüber den unteren Molaren. Diese

Vorliebe für die Mundhöhlenschleimhaut erklärt sich aus der allgemein verbreiteten Sitte, eine Mischung von Betelnüssen, Betelblättern, Tabak und gelöschtem Kalk zu kauen. Genau da, wo die Kaumasse der Wange anliegt, beginnt das Geschwür. Von den 209 Operierten starben nur 6 am Eingriff selbst; Dauerergebnisse lassen sich bei der Art der Bevölkerung nicht feststellen. Die Arbeit ist eine Stütze für die Lehre von der Reiztheorie bei Entstehung bösartiger Geschwülste.

Weber (Dresden).

19) **J. W. Cousins.** A case of compound follicular odontoma.

(Brit. med. journ. 1908. Juni 6.)

An der Hand eines von ihm operierten Falles gibt C. eine Beschreibung der am Menschen seltenen Geschwulstform des Odontoma. In seinem Fall entfernte er innerhalb 6 Jahren durch drei Operationen über 100 Dentikel und erreichte Dauerheilung. Das Odontoma entwickelt sich geschwulstartig aus dem Ganzen oder aus Teilen eines Zahnkeimes. Ein zusammengesetztes Odontom entsteht durch eine sehr frühzeitig einsetzende Entartung eines ganzen molaren Zahnkeimes, die schließlich einer knochenharten Masse entspricht mit kleinen Stückchen aus Zahngewebe und Knochen als Inhalt. Die Diagnose, die oft erst nach Probeeinschnitt möglich ist, kann sehr wichtig sein, weil zur Heilung einer solchen knochenharten Geschwulst am Kiefer die Resektion unnötig ist. Spaltung und Ausräumung genügt.

Weber (Dresden).

20) **K. Fritsch.** Zur Kenntnis des Adamantinoma solidum et cysticum des Unterkiefers.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 193.)

Die aus der Küttner'schen Klinik stammende Beobachtung betrifft eine Pat. mit einer großen, nach dem Röntgenbefund mehrfach cystischen Geschwulst der einen Unterkieferhälfte, bei der durch halbseitige Unterkieferexstirpation mit Einfügung einer Immediatprothese Heilung und ein gutes funktionelles Resultat erreicht wurde.

Die zentrale Unterkiefergeschwulst zeigte auf dem Durchschnitt größere und kleinere Cysten mit serösem Inhalt und einem Zahn. Mikroskopisch fanden sich in einem kernarmen Bindegewebe Epithelzellenstränge, deren Rand von Zylinderzellen, deren Zentrum von netzartigem Gewebe gebildet wurde.

Wie Brennecke nimmt Verf. an, daß die Geschwulst von paradentären Schmelzresten ausging und ein Ademantinom darstellt, in welchem teils die Cystenbildung, teils das Vorkommen solider Geschwulstmassen überwiegt. Dementsprechend ist zwischen soliden und cystischen Adamantinomen zu unterscheiden.

Reich (Tübingen).

21) **F. T. Paul.** Three years' experience of Butlin's operation for cancer of the tongue.

(Brit. med. journ. 1908. Juni 6.)

Die Arbeit ist eine starke Empfehlung der von P. nach Butlin benannten Exzision der primären Geschwulst an Zunge, Gaumen, Mundboden, Wangen, Lippen, Rachen mit nachfolgender Ausräumung der beiden vorderen Halsdreiecke. Unter 35 Fällen dieser Operation waren zwei Todesfälle an Sepsis, 17 Dauerheilungen und 5 Rückfälle. Die übrigen Pat. waren an anderen Krankheiten gestorben oder nicht aufzufinden. **Weber** (Dresden).

22) **Makkas.** Ein neues Instrument zur ösophagoskopischen Extraktion verschluckter Gebisse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 41.)

Die Anwendung ösophagoskopischer Fremdkörperextraktion erfährt eine gewisse Einschränkung durch jene Fälle, bei welchen, wie in drei eigenen Beob-

achtungen aus der Garrè'scen Klinik und neun fremden Fällen, die Extraktion mit Hilfe des Ösophagoskops unmöglich ist.

Der nächstliegende Versuch, in solchen Fällen den eingekeilten Fremdkörper zu zerkleinern, hat mehrere Methoden und Instrumente entstehen lassen, gilt aber mit Recht als gefährlich und technisch sehr schwierig. So ist beispielsweise die galvanokaustische Zerstückelung nach Kilian nur diesem selbst einmal gelungen.

Verf. hat nun nach dem Typus der Beißzangen ein Instrument konstruiert, das nach Versuchen nicht nur Gebißplatten, sondern auch Knochen zerschneidet. Allerdings läßt es sich bei seiner Kürze nur im Hals- und obersten Brustteil anwenden und gestattet bei seiner Dicke nicht die Kontrolle des Auges.

Das Instrument ist zu beziehen von F. A. Eschbaum in Bonn.

Reich (Tübingen).

23) **E. Bergeat.** Über Thoraxresektion bei großen, veralteten Empyemen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 373.)

Die sehr umfangreiche Arbeit bespricht zur Einleitung die 90 Empyemerkrankungen, die in den letzten 15 Jahren in der II. chirurgischen Abteilung (Dr. Sick) des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses zur Beobachtung und Operation kamen. Unter den 90 Fällen befanden sich 21 veraltete Empyeme, von denen 11 metapneumonisch, 4 tuberkulös, 4 idiopathisch und 1 posttraumatisch waren und 19 Männer, 2 Weiber betrafen.

Die an diesem Material gemachten Erfahrungen gehen dahin, daß in den weitaus meisten Fällen alte Empyeme und Empyemfisteln nur durch die Schede'sche Thoraxresektion zur Ausheilung gebracht werden können. Die Resektion muß in möglichst großem Umfange gemacht werden, um den Erfolg zu sichern, da mehrere kleine Eingriffe nur die Heilungsdauer verlängern. Doch macht es die Größe des erforderlichen Eingriffes und der Zustand der Pat. meist nötig, die Radikaloperation mehrzeitig auszuführen; 8mal wurde in 2, 5mal in 3 und je 2mal in 4 und 5 Sitzungen operiert. Als Kontraindikation ist nur sehr schlechter Allgemeinzustand oder fortgeschrittene Amyloiddegeneration anzusehen. Veraltete, ausgedehnte tuberkulöse Empyeme sollten ebenfalls operiert werden, wenn der Zustand der anderen Lunge und des Allgemeinbefindens es zuläßt. Bei Kindern soll die Thoraxresektion möglichst bald vorgenommen werden, da vollständige Regeneration der knöchernen Teile zu erwarten ist.

Die Kombination der Schede'schen Thoraxresektion mit der Délorme'schen Dekortikation ist in jedem Falle, wo die Pleura pulmonalis schwartig verdickt ist, zu versuchen und in günstigen Fällen auszuführen. Neun diesbezügliche Erfahrungen ließen es zweckmäßig erscheinen, zuerst an einem kleinen Fenster in der Schwarte die Probe auf die Ausdehnungsfähigkeit der Lunge zu machen, bevor man den Pat. dem zwar sehr rationellen, aber auch sehr eingreifenden Verfahren unterwirft. Unter Umständen genügt schon eine Umschneidung der Schwarte an der Grenze der Höhle. Vor Inangriffnahme der Operation ist eine möglichst genaue Orientierung über die intrathorakischen Verhältnisse unter Zuhilfenahme aller zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden unbedingt erforderlich.

Der Schede'sche U-Schnitt hat sich vor allen anderen Modifikationen bewährt. Großer Wert ist auf die Narkose zu legen, zu der man nicht reinen Äther verwenden soll und für die sich neuerdings der Roth-Dräger'sche Apparat als sehr brauchbar erwiesen hat.

Die unmittelbaren Heilungsresultate stellen sich folgendermaßen dar:

Vollständig geheilt	13
Mit Fistel entlassen	4
Gestorben	4.

Die mit Fistel Entlassenen wurden laut Mitteilung später noch geheilt, so daß 17 Heilungen 4 Todesfällen gegenüber stehen (81 : 19 %). Speziell auf die 7 tuberkulösen Empyeme kommen 29 % Todesfälle und 71 % Heilungen.

Verf. führt sodann die Statistik von Vosswinkel weiter und bespricht 135 Fälle von operierten veralteten Empyemen. Endausgang war: 56,5 % geheilt. 18,8% gebessert, 1,5% ungeheilt, 23,2% gestorben. Die tuberkulösen Empyeme für sich ergaben eine Mortalität von 43% und Heilung in 57%. Weitaus die meisten Fälle (90) wurden nach dem Schede'schen Verfahren operiert, das sich somit als das am meisten verbreitete und zugleich erfolgreichste erwies.

Zum Schluß beschreibt Verf. eine Reihe von interessanten Querschnitten des Thorax bei serösem und eitrigem Erguß und nach ausgedehnten Rippenresektionen, welche vor allem die Schrumpfungs- und Verdrängungserscheinungen zur Anschauung bringen. **Reich** (Tübingen).

24) **A. Hoffmann.** Beitrag zur Brustwandresektion mit Plastik auf die freigelegte Lunge.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 182.)

Küttner hat in zwei Fällen wegen Rippenchondrom und einer nach Mammaexstirpation aufgetretenen krebsverdächtigen Infiltration eine ausgedehnte Resektion der Brustwand in der Sauerbruch'schen Kammer vorgenommen und die Defekte durch Hautweichteillappen aus der nächsten Umgebung gedeckt, die auf die freie Lungenoberfläche gelegt wurden. Außer der möglichst dicht gelegten Hautnaht wurden im ersten Falle die Muskelstümpfe zum Teil durch Naht vereinigt, im zweiten Falle die Pleura parietalis an die extrakostale Muskulatur befestigt. Beide Pat. kamen, nachdem im ersten Falle eine leichte entzündliche Reaktion der Pleura mit nachfolgender spontaner Lösung der Verwachsungen zwischen Lungen und Lappen, im zweiten Fall eine exsudative Pleuritis abgelaufen war, zur Heilung.

Reich (Tübingen).

25) **v. Saar.** Ein sehr junger maligner Mammatumor.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 231.)

Bei einer 48jährigen Frau, jenseits des Klimakteriums, die nie geboren hatte, fanden sich in der Mamma Involutionsveränderungen, Cystenbildung und eine Geschwulst, die wegen ihres Eindringens in fremdes Gewebe (Fettgewebe und Endoneurium), sowie wegen ihrer morphologischen Eigenschaften als Karzinom bezeichnet werden mußte, und deren Begrenzung nach dem normalen Parenchym eine unscharfe war. Eigentümlich im histologischen Bilde war eine mächtige Wucherung des elastischen Gewebes im Bereich des Karzinoms, die stellenweise bis zum Untergang der epithelialen Gebilde führte und mehrfach Regenerationserscheinungen aufwies. Durch diesen Antagonismus zwischen epithelialer Neubildung und Hypertrophie der elastischen Elemente kann demnach in beschränktem Maße eine spontane Heilung bösartiger Prozesse an einzelnen Stellen angestrebt werden. Der Arbeit sind Mikrophotogramme nach Lumière beigegeben.

Reich (Tübingen).

26) **Crone.** Fall von Bauchverletzung mit Darmvorfall.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 10.)

Ein Kanonier erhielt mit einem großen Taschenmesser einen Stich in den Leib, die vorgefallenen Därme wurden, da sich der Vorgang auf der Landstraße abgespielt hatte und nur Verbandpäckchen zur Verfügung standen, mit einigen Sublimatmullkompressen und darüber Watte bedeckt, und der Mann mittels Fahrbahre ins Lazarett gebracht. Der Transport dauerte etwa nur 1/4 Stunde. Im Lazarett wurde am Dünndarm eine 1,5 cm lange, am Dickdarm zwei 1,5 bzw. 2,5 cm lange Wunden vernäht. Der vorgefallene Darm, und zwar etwa 1—1,5 m Dünndarm und 40 cm Dickdarm, wurde dann reponiert und die Bauchhöhle schichtweise geschlossen bis auf eine für einen Gazestreifen bestimmte Öffnung im unteren Wundwinkel. Ohne daß peritonitische Reizerscheinungen eintraten, heilte die Wunde innerhalb 2 Monaten aus. Der Mann wurde später wegen geringfügiger Unterleibsbeschwerden dienstunfähig. **Herhold** (Brandenburg).

27) **G. Lerda.** Sulle rotture sottecutanee dell' intestino.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. IV. Fasc. 1.)

Unter den vier klinischen Beobachtungen des Verf.s ist wegen des verhältnismäßig unbedeutenden Traumas die Krankengeschichte des dritten Falles erwähnenswert. 54jähriger Mann, der einen kleinen, rechtsseitigen, durch ein Bruchband nicht geschützten Leistenbruch hat, fällt, während er beide Hände in den Taschen trägt, auf den Bauch. Trotz sofortiger heftiger Schmerzen im Leib arbeitet er noch 1 Stunde weiter. 12 Stunden später Laparotomie. Etwa 1 m oberhalb der Bauhin'schen Klappe findet sich eine Platzruptur des Dünndarmes. Das Loch nimmt $^2/_3$ des Umfanges der Darmschlinge ein und korrespondiert nach seiner Lage mit dem Eingange zum Bruchsacke. Verschluß durch doppelte Lembertnaht. Tod an Peritonitis nach 8 Stunden.

Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und auf Grund von Experimenten, die teils an Tieren, teils an Leichen ausgeführt wurden, kommt L. zu dem Schluß, daß eine umschriebene Gewalteinwirkung, die den Bauch trifft, sowohl eine Hernie wie eine Platzruptur des Dünndarmes erzeugen kann. Eine durch ein Trauma getroffene Darmschlinge platzt dann, wenn die Vermehrung des intraintestinalen Druckes durch den Gegendruck der Nachbarorgane ausgeglichen wird. Das ist der Fall, wenn Lücken in der Bauchwand — z. B. Bruchpforten — vorhanden sind. Charakteristisch für diese Entstehungsart ist das Fehlen von Ekchymosen und Zerreißungen des Peritoneum parietale. Außerdem spielen bei der Entstehung einer Platzruptur des Darmes die verschiedene Füllung und wechselnde Beweglichkeit der einzelnen Darmabschnitte, sowie der Spannungsgrad der Bauchwand eine Rolle.

Die klinischen Zeichen der Darmverletzung sind manchmal unsicher. Die Reizung des Bauchfells ist um so stärker, je weiter abwärts die Zerreißung lokalisiert ist. Pulsveränderung, Schmerzhaftigkeit und Härte des Leibes können anfangs fehlen. Die Prognose ist um so günstiger, je früher eingegriffen wird.

Revenstorf (Hamburg).

28) **Dubujaboux.** Perforation intestinale au 9 jour d'une typhoïde. Dilatation aigue postopératoire de l'estomac et de l'intestin.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1908. April.)

Ein wegen Typhus ins Lazarett aufgenommener Soldat bekam am 9. Krankheitstag einen heftigen Schmerz in der rechten Bauchhälfte, die Temperatur stieg, und Erbrechen trat ein. Bei der Laparotomie wurde 35 cm oberhalb der Bauhinschen Klappe eine Perforation im aufsteigenden Kolon angetroffen, die vernäht wurde. Auswaschen der Bauchhöhle mit heißer Kochsalzlösung und Drainage derselben. Nach der Operation wurde andauerndes Erbrechen und Stuhlverhaltung beobachtet; 15 Tage hindurch wurden Magenausspülungen gemacht und Klistiere verabfolgt; während der ganzen Zeit wurde der Körper nur durch künstliches Serum (subkutan) ernährt. Der Kranke kam mit dem Leben davon.

Verf. weist darauf hin, daß bei eingetretener Perforation so schnell als möglich operiert werden muß; aber auch die Fälle, welche erst relativ spät in Behandlung kommen (24 Stunden), sollen noch operiert werden. Verf. verfügt über sechs Fälle einschließlich des eben geschilderten, welche in französischen Lazaretten operiert wurden; zwei wurden geheilt, vier starben.

Herhold (Brandenburg).

29) **A. Smith.** Primary pneumococcic peritonitis.

(Brit. med. journ. 1908. Mai 30.)

Bericht über zwei Fälle, Mädchen von 8 und 4 Jahren, die unter undeutlichen Zeichen einer Pneumonie erkrankten, gleichzeitig mit schweren peritonealen Erscheinungen. Nach einer wenig ausgeprägten Krise gingen die abdominalen Symptome weiter. Beide Pat. wurden nach Entleerung großer Mengen Eiters geheilt. Der Eiter enthielt Pneumokokken in Reinkultur. Die Fälle gelten S. als eine

Bestätigung für die Lehre von der Infektion des Bauchfelles auf dem Blut- bzw. Lymphwege. **Weber** (Dresden).

30) **H. L. Barnard.** An address on surgical aspects of subphrenic abscess.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 22.)

B. berichtet aus dem London Hospital über Studien und Erfahrungen an 76 Fällen von subphrenischem Abszeß, im Laufe von 8 Jahren beobachtet, in einer sehr lesenswerten, ausführlichen Arbeit. Aus dem Inhalt, der sich zu einem Gesamtreferat nicht eignet, sei folgendes hervorgehoben. Die Anatomie, Pathologie und Symptomatologie wird eingehend besprochen mit manchen neuen Gesichtspunkten. Unter den Ursachen zur Abszeßbildung in den 76 Fällen steht obenan das Ulcus ventriculi und duodeni 26 mal, die Appendicitis 12 mal, vereiterte Echinokokkencysten 8 mal und tropische Leberabszesse 6 mal; alle übrigen Ursachen treten mit ein bis drei Vertretern ganz zurück.

Die Probepunktion ist nur erlaubt, wenn alles zur nachfolgenden Operation bereit ist. In diesem Fall ist sie aber auch das einzig sichere Mittel, den Eiter aufzusuchen und verdient — auf dem Operationstisch! — ausgedehnte Anwendung. Die Operationsmethoden teilt B. ein in »vordere« und »hintere«, in thorakale und abdominale, die thorakalen wieder in vordere, hintere, in transpleurale, subpleurale; die abdominalen in mediane, hypochondrale, lumbale. Wenn irgend möglich, soll man den »hinteren« Methoden den Vorzug geben wegen der besseren Abflußbedingungen. Sie gaben in 26 Fällen 27 %; die 43 »vorderen« 39,5 % Sterblichkeit.

Im ganzen stellte sich die Sterblichkeit bei 76 Fällen auf 47,4 %. Alle 12 Nichtoperierten starben! Von 64 Pat. mit 73 Operationen starben 24 = 37,5 %. B.'s Untersuchung an den 36 Todesfällen ergab Unvermeidbarkeit des tödlichen Ausganges 12 mal, Vermeidbarkeit 24 mal. In der Hälfte der vermeidbaren Todesfälle war die Krankheit überhaupt nicht erkannt worden, in der anderen Hälfte fehlte es an genügender Einzelkenntnis über Ort und Art des Abzesses während der Planung und Ausführung der Operation. **Weber** (Dresden).

31) **Mollard-Chattot.** Évacuation spontanée de l'ascite par l'ombilic.

(Lyon méd. 1908. Nr. 22.)

Mitteilung von zwei Fällen von Lebercirrhose, in denen der reichliche Ascites zu einer Perforation des Nabels führte, obwohl die seröse Flüssigkeit mehrfach durch Punktion entleert worden war. In dem einen Fall wurde die Fistelbildung durch Gangrän des Nabels vorbereitet, in dem anderen wurde die stark verdünnte Haut beim Aufstehen plötzlich durchbrochen, ohne daß entzündliche Erscheinungen eine Rolle gespielt hätten. In beiden Fällen trat nach 6 bzw. 7 Tagen der Tod durch Erschöpfung ein. Besprechung der französischen Litteratur.

Boerner (Rastatt).

32) **Martini e Pietro.** Sopra un interessantissimo caso di ascite filante prodotta da tumore peritoneale.

(Giorn. della R. Accad. di med. di Torino 1908. Nr. 3—5.)

Ein 36jähriger Mann war wegen Ascites und wiederholter Pleuraexsudationen 4 Jahre lang in Beobachtung und Behandlung. Wiederholte Punktionen hatten fadenziehende Flüssigkeit ergeben und waren von zeitweiser Besserung gefolgt, so daß eine tuberkulöse Polyserositis angenommen wurde. Die Laparotomie ergab eine miliare Karzinomatose des parietalen und viszeralen Bauchfells, die durch eingehende mikroskopische Untersuchung exstirpierter Knoten sichergestellt wurde.

Nach der Laparotomie und Entleerung des Exsudates verschwanden alle Symptome, so daß Verff. eine bereits 1 Jahr andauernde Heilung der so gutartig verlaufenen Karzinomatose annehmen. **Strauss** (Nürnberg).

33) **Wakefield.** Oxyuris vermicularis found in the vermiform appendix.
(Journ. amer. med. assoc. Bd. L. p. 23.)

Der Fall wird wegen der Seltenheit des Befundes mitgeteilt. Es lagen am Ende des sonst wenig veränderten Wurmfortsatzes 5 bis 6 Oxyuren zusammen und hatten etwa $1/3$ der Dicke der Wandung durchbohrt. W. hält die Perforation der Appendix durch sie für wahrscheinlich. Ref. konnte kürzlich bei einem von anderer Seite operativ entfernten Wurmfortsatz gleichen Befund beobachten. Auch hier zeigte die Appendix nur sehr wenig Veränderung. Die Würmer, sechs an der Zahl, lagen in der Mitte und hatten sich anscheinend in die Schleimhaut eingebohrt.

Trapp (Bückeburg).

34) **E. Hoke.** Ein Fall von Perityphlitis typhosa. (Aus der medizinischen Universitätsklinik in Prag. Prof. R. v. Jaksch.)
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 25.)

Die betreffende Pat., eine Krankenpflegerin, bot im Verlaufe eines wohl durch Kontaktinfektion erworbenen Darmtyphus typische Erscheinungen einer Appendicitis, die mit dem Typhus verschwanden, um später wieder zu rezidivieren und dadurch die Appendektomie zu veranlassen. Die Kranke hatte 3 Wochen vorher kurze Zeit auch an einer Angina gelitten, so daß diese gleichfalls als ätiologisches Moment in Betracht kam. **Kramer** (Glogau).

35) **Gebele.** Zur Prognose und Behandlung der Peri- und Paraappendicitis.
(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 21.)

Jede peri- und paraappendicitische Geschwulst, die sich nicht innerhalb des Intermediärstadiums ganz oder fast ganz zurückbildet, ist gewöhnlich eitriger und deshalb zweifelhafter Natur. Sie wird am besten am Ende des Intermediär- bzw. am Anfang des Spätstadiums operiert. Es wurden in der Münchener Klinik 87 Geschwülste im Spätstadium operiert mit 4,6% Mortalität. In der Regel wird radikal vorgegangen und der Wurmfortsatz entfernt, wenn er ohne besondere Schwierigkeiten zu erreichen ist. Sonst wird er sekundär exstirpiert.

Borchard (Posen).

36) **Gebele.** Zur Kasuistik der Entzündung des Meckel'schen Divertikels. (Aus der chirurgischen Klinik München. Prof. v. Angerer.)
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

Fall von diffuser eitriger Peritonitis infolge Perforation des entzündeten Meckel'schen Divertikels bei gleichzeitig vorhandener chronischer Appendicitis und im Anschluß daran Auftreten von Volvulus des Dünndarmes um eine fixierte Ileumschlinge. Bei der Operation wurde das Divertikel exstirpiert, ebenso der Wurmfortsatz entfernt. Der makro- und mikroskopische Befund an ersterem ist genau beschrieben. Heilung. **Kramer** (Glogau).

37) **N. W. Kopylow.** Über inkarzerierte Hernien.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Von 75 Fällen verlor K. 42%. Diese Zahl ist ihm ein Ausdruck für die traurigen, rückständigen Verkehrsverhältnisse Rußlands; mußten doch manche Pat. auf elenden Wegen bis zu 100 Werst weit gefahren werden, um den Arzt zu erreichen. Bei sechs Kranken bestand die Einklemmung über 10 Tage! Ein Pat. mit einem 1 Monat eingeklemmten Netzbruch kam durch; bei den übrigen bildete gangränöser Darm den Bruchinhalt (12 Tage — geheilt; 16, 13, 11, 13 Tage — tot).

In 50 Fällen war der Bruchinhalt reponibel. Von ihnen endeten 11—22% tödlich, während von den 25 Kranken mit gangränösem Inkarzeratum 20—80% starben.

In einem Falle lagerte K. die verdächtige Schlinge nach außen, reponierte sie, als ihr Aussehen nach 24 Stunden normal war, in die Bauchhöhle und tamponierte. Pat. ging an Peritonitis zugrunde. **V. E. Mertens** (Kiel).

38) **R. Levy.** Über kongenitale Bauchmuskeldefekte und Hernia ventralis incarcerata.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 201.)

Verf. beschreibt aus der Küttner'schen Klinik einen rechts sehr hochgradig, links weniger ausgebildeten Bauchbruch bei einem 70 Jahre alten Manne, bei dem außerdem ein doppelseitiger Leistenbruch und Hochstand beider Hoden zu konstatieren waren. Der Bauchbruch war vom Pat. im 18. Jahre erstmals beobachtet worden und hatte sich mit dem Alter erheblich vergrößert, aber den Träger bis zuletzt in seinem Beruf als Maurer nicht wesentlich belästigt. Einklemmungserscheinungen, die früher schon öfter vorgekommen waren, zwangen den Pat. die Klinik aufzusuchen, wo die Reposition leicht gelang.

Die Brüche saßen im Bereich des Musc. obliquus enternus und beruhten auf einem Defekt der Recti unterhalb des Nabels, der oberen Hälften der Obliqui externi und vielleicht von Teilen des Obliquus internus und transversus. Auf der Seite der geringeren Vorwölbung fühlte man deutlich einen Bruchspalt, in dem Darmschlingen eingeklemmt waren.

Bezüglich der Ätiologie glaubt Verf. eine stationär gewordene progressive Muskelatrophie und spinale wie periphere Lähmungen ausschließen zu können, so daß zur Erklärung nur die Annahme angeborener Bauchmuskeldefekte übrig bleibt, deren intra-uterine Genese allerdings noch völlig dunkel ist.

Reich (Tübingen).

39) **Lindenstein.** Zur Lehre von der Hernia epigastrica.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 293.)

Im Nürnberger Krankenhause kamen in den letzten 5 Jahren 13 Hernien der Linea alba zur Beobachtung, während im gleichen Zeitraum insgesamt 13634 Pat. aufgenommen und 850 Hernien überzeugt operiert wurden. Frauen und Kinder sind selten betroffen, dagegen meist Männer im kräftigen Alter, die der arbeitenden Klasse angehören.

Aus der Anatomie der Linea alba erklärt es sich unschwer, daß die Brüche meist oberhalb des Nabels, am häufigsten dicht über dem Nabel und genau in der Mittellinie sitzen und die Lücke eine rhombische Gestalt hat. Die eigentlichen Hernien enthalten meist Netz und sind klinisch von den properitonealen Lipomen, auf deren Grundlage sie auch häufig entstehen, nicht zu unterscheiden. Die epigastrischen Hernien entstehen weder durch Trauma noch infolge rascher Abmagerung, sondern auf Grundlage einer angeborenen Schwäche der Bauchwand und der Fascie, weshalb sie auch häufig mit anderen Hernien (unter 13 Fällen 5mal) kombiniert sind.

Sie können jahrelang bestehen, ohne Beschwerden zu machen. Treten sie in Erscheinung, so tun sie es entweder plötzlich unter Einklemmungserscheinungen, oder, was viel häufiger ist, unter allmählicher Steigerung der Symptome. Letztere gleichen denen bei allen möglichen Magen-Darmerkrankungen und werden recht häufig mißdeutet. Charakteristisch ist, daß die Intensität der Schmerzanfälle mit dem Lagewechsel sich ändert.

Die operative Therapie ist eine überaus dankbare und in allen Fällen angezeigt, wo Beschwerden bestehen. Während man früher sich meist mit einer einfachen Schichtnaht der Bauchdecken wie bei medianen Laparotomien begnügte, wendet Verf. neuerdings die Graser'sche Methode mit Hautfascienquerschnitt und Muskelplastik aus dem Rectus an.

In zehn von zwölf nachuntersuchten Fällen waren die Operierten rezidiv- und beschwerdenfrei geblieben, zwei Pat. hatten Rezidive der Hernie, aber ohne Beschwerden. **Reich** (Tübingen).

40) **Cranwell** (Buenos-Ayres). Diagnostic et traitement de la hernie diaphragmatique (forme chronique).

(Revue de chir. XXVIII. année. Nr. 1.)

C. beobachtete einen falschen traumatischen Zwerchfellbruch bei einem 24jährigen Italiener, der einen Dolchstich in den achten linken Interkostalraum in der vorderen

Achsellinie erhalten hatte. Die Verbreiterung der linken Brustkorbseite an der Basis, ihre geringere Beteiligung an der Atmung, Darmgeräusche daselbst und tympanitischer Schall, der sich bei tiefer Inspiration weiter nach oben ausbreitete, zugleich heftiger Schmerz, der das Gesicht zum Risus sardonicus verzerrte, und die Empfindung des Kranken, als ob die Baucheingeweide in die Höhe gezogen würden, endlich die Verlagerung des Herzens nach rechts stellten die Diagnose sicher. Auf dem Röntgenschirm sah man zudem einen dunklen Schatten von 3 cm Breite und 10 cm Länge im unteren vorderen Teil der linken Brusthöhle.

Bei der Operation, die transpleural unter Bildung eines breiten, oben gestielten Brustwandlappens mit Resektion von je 12 cm der achten und neunten Rippe ausgeführt wurde, fand sich das Querkolon mit dem großen Netz in der Brusthöhle. Letzteres war an den Rändern des Zwerchfellspaltes und unter dem Herzbeutel angewachsen, so daß die Reposition erst nach seiner Resektion gelang. Die sorgfältige Naht der Zwerchfellücke und der vollständige Verschluß der Brustfell- und Hautwunde führten zu reaktionsloser Dauerheilung.

Den Weg durch die Pleura hält Verf. in allen Fällen (frischen, chronischen und eingeklemmten) für den weitaus besten, weil er die genaueste Untersuchung und Versorgung der in die Brusthöhle vorgefallenen Eingeweide und die bequemste Zugänglichkeit zum Zwerchfell gewährt. Zudem läßt sich bei den nötigen Eingriffen am Zwerchfell der operative Pneumothorax auch auf dem Bauchwege nicht vermeiden und ist wenigstens bei chronischen Hernien wegen eingetretener Verwachsungen, die den weiteren Kollaps der bereits komprimierten Lunge verhindern, nicht zu fürchten.

Gutzeit (Neidenburg).

41) **B. Dawson.** An address on the diagnosis and operative treatment of diseases of the stomach.

(Brit. med. journ. 1908. Mai 9.)

D. entwickelt als Interner seine Ansichten über Magenoperationen. Das Leben nur verlängert zu haben, ist an sich noch kein Maßstab für die Berechtigung einer Operation, z. B. einer Gastrostomie bei bösartiger Stenose. Das verlängerte Leben muß auch unter bessere Bedingungen gebracht worden sein, wenn der Eingriff berechtigt sein soll. So ist die Gastrostomie bei bösartiger Stenose nur berechtigt bei unstillbarem Durst infolge der Verengerung; solche Fälle von Unfähigkeit auch nur Wasser zu schlucken sind aber selten. Unter 34 Fällen gab der Durst nur einmal Anzeige zur Operation.

Die Gastroenterostomie ist beim Karzinom nur berechtigt bei Pylorusstenose, und auch hier nur dann, wenn die Magenwandung noch genügend motorische Kraft hat. In allen anderen Fällen von Magenkrebs, auch nach gemachter Probelaparotomie, ist die Gastroenterostomie unberechtigt.

Die beim Geschwür, das unter genügend lange fortgesetzter innerer Behandlung nicht beschwerdefrei wird, so segensreiche Gastroenterostomie wirkt dadurch, daß die Fistel ein Notauslaß ist bei Krampfzuständen des Pylorus, bei Überfüllung des Magens, und daß durch den Rückfluß von Galle und Pankreassaft die Azidität herabgesetzt wird. Die Fistel wirkt — soviel steht heute fest — nicht einfach drainierend, sondern nur als Austreibungsort für die motorischen Kräfte des Magens, wenn der Pylorus dauernd oder zeitweise verlegt ist. Darum läßt sie im Stich bei der einfachen Atonie und Erweiterung des Magens.

Die Nachuntersuchung von 60 Fällen von Gastroenterostomie bei Geschwür hatte befriedigende Ergebnisse, zuweilen völlige Beschwerdefreiheit, meist sehr wesentliche Besserung, selten gar keine Beeinflussung.

D. ist ein unbedingter Gegner jeder Operation bei akuten Blutungen, ebenso bei der Erweiterung ohne Stenose. Denn bei letzterer bedarf die Fistelbildung genau so gut wie der Weg durch den Pylorus der in solchen Fällen eben fehlenden motorischen Kraft. Auch die Alkalisierung des Mageninhalts von der Fistel aus kann nichts nützen, da eine Hyperazidität nur sehr selten besteht.

Weber (Dresden).

42) **Jonnesco** et **Grossman.** Contribution à l'étude de la linite plastique.

(Revue de chir. XXVIII. année. Nr. 1.)

In dem von den Verff. beobachteten Falle des in seiner Ätiologie noch strittigen Leidens handelte es sich um totale Sklerose des Magens bei einem 42jährigen Manne. Die Magenwand war bis zu 1,8 cm dick und knirschte beim Schneiden. Das ganze Organ war nur 15 cm lang, $4^1/_2$ cm breit und 3—5 cm dick und faßte knapp 40 ccm; der Pylorus war gänzlich unwegsam. Die Gastrostomie blieb deshalb ohne Nutzen, erst die Jejunostomie machte eine regelmäßige Ernährung möglich, doch war der Kranke so schwach, daß er den Verschluß des künstlichen Magenmundes, der wegen Andauung der umgebenden Haut erforderlich wurde, nur noch 2 Tage überlebte. Die Verff. bemerken selbst, daß nur die Totalexstirpation des Magens mit Kardiojejuno- oder -duodenostomie zweckmäßig gewesen wäre.

Die Hauptveränderungen fanden sich in der Submucosa und bestanden in einer chronischen diffusen Entzündung des Bindegewebes mit Vermehrung der elastischen Fasern, welche die glatten Muskelzellen vielfach erdrückten. Sekundär war noch eine Streptokokkeninfektion hinzugetreten, die auch die benachbarten Lymphknoten ergriffen hatte. Das Bauchfell war unbeteiligt, von einer Geschwulstbildung nichts zu finden. **Gutzeit** (Neidenburg).

43) **B. G. A. Moynihan.** An address on gastro-enterostomie and after.

(Brit. med. journ. 1908. Mai 9.)

Der sehr erfahrene Chirurg aus Leeds gibt hier eine wertvolle Übersicht über die Dauererfolge in 255 Fällen von Gastroenterostomie. Die erste Gruppe — Geschwürsperforation — enthält unter 9 Fällen 2 Todesfälle, die zweite — akute Blutung — unter 26 Fällen 3 Todesfälle, die dritte — chronisches Geschwür — unter 205 Fällen 2 Todesfälle, die vierte — Sanduhrmagen — unter 15 Fällen 3 Todesfälle, im ganzen also 3,5% Sterblichkeit. Die Nachuntersuchung über den augenblicklichen Zustand bei 231 Operierten ergibt Heilung in 198 Fällen, Besserung in 8, keine Besserung in 12, zweifelhafte Beurteilung in 9 und keinen neuesten Bericht in 4 Fällen.

M. faßt die Schlüsse aus seiner umfangreichen Arbeit selbst in folgende Worte: Die Gastroenterostomie wirkt am besten bei einem mechanischen Hindernis für den Durchgang von Mageninhalt. Ist der Pylorus frei, so bleibt die neue Fistel als Austrittsstelle unbenutzt, wahrscheinlich weil sie bei der motorischen Tätigkeit des Magens so gestreckt wird, daß ihre Lichtung praktisch verschwindet. Ein Geschwür an der kleinen Kurvatur in der Nähe der Cardia soll, wenn irgend möglich, exzidiert werden; eine Fistel ist hier zwecklos oder schädlich. Unter keinen Umständen soll man eine Gastroenterostomie ausführen, wenn kein deutlich nachweisbares organisches Leiden vorliegt. Der Circulus vitiosus ist eine Folge leichter mechanischer Abflußhindernisse, erzeugt durch fehlerhafte Technik. Er kann fast mit Sicherheit vermieden werden, wenn man die zuführende Schlinge ganz kurz nimmt (»no loop method«), jede Drehung um ihre Längsachse meidet und sie senkrecht an die hintere Magenwand anheftet. **Weber** (Dresden).

44) **A. Peiser.** Über den sog. Wringverschluß des Darmes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 211.)

In der Küttner'schen Klinik wurde eine 43 Jahre alte Frau beobachtet, die nach 12tägiger Krankheit unter der Diagnose eines tiefsitzenden Obturationsverschlusses des Darmes unbekannter Ätiologie zur Operation kam.

Bei der Laparotomie fand sich ca. 80 cm oberhalb der Ileocoecalklappe in der rechten Unterbauchgegend eine Drehung eines kurzen Dünndarmstückes um ca. 90° um seine eigene Längsachse. Der Darm war durch sein aufgerolltes Mesenterium verdeckt und in seiner Lage durch eine frische Fibrinschicht festgelegt. Am Über-

gang des zuführenden, stark geblähten Darmschenkels in die gedrehte Partie war der Darm geknickt. Es bedurfte nur eines geringen Zuges, um den Darm frei zu machen. Rasche Heilung.

Während nun Wilms für den Wringverschluß die Knickung als primär, die spiralige Drehung des Darmes um seine Längsachse als sekundär auffaßt, glaubt Verf., daß in seinem Falle die Darmdrehung primär war und die Knickung des zuführenden Schenkels sekundär infolge der starken Blähung erfolgte, mithin die beiden Hauptmomente dieser Art von Darmverschluß in verschiedener Reihenfolge eintreten können.

Der Wringverschluß des Darmes ist bisher nur in drei, zudem mehrfach angezweifelten Fällen bei Kindern beschrieben. Diese Seltenheit erklärt sich zum Teil daraus, daß der Verschluß sich sehr leicht lösen läßt und daher öfter übersehen werden mag, wenn die Aufsuchung des Hindernisses bei Ileusoperationen nicht unter ausgiebiger Darmeventration und Kontrolle des Auges erfolgt. Darin liegt vielleicht eine Erklärung für manchen auch operativ nicht aufgeklärten Ileusfall.

Reich (Tübingen).

45) **P. Sick.** Über Brucheinklemmung mit Volvulus und primäre Enterostomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 336.)

Verf. teilt zwei Fälle von Brucheinklemmung mit Volvulus mit, um zu zeigen, wie leicht man mehrfachen Darmverschluß übersehen kann. Im ersten Falle handelte es sich um einen eingeklemmten gangränösen Leistenbruch, der mit Resektion behandelt wurde, aber an einer vermutlich vom brandigen Bruchsack ausgehenden Peritonitis starb. Die oralwärts zunehmende Lähmung und Cyanose des in den Bruch führenden Darmschenkels führte zur Entdeckung einer höher gelegenen Störung, die vermutungsweise in einem während der Operation unbemerkt gelösten Volvulus bestand.

Der zweite Fall betraf eine Frau, die schon öfter leichte Volvulusanfälle gehabt hatte. Bei der Laparotomie fand sich ein Volvulus des größten Teiles des Dünndarmes und eine leicht lösbare Einklemmung des unteren Ileums in einem obturatorischen Bruch mit Gangrän des Schnürringes. Es wurde dabei der bisher einzigartige Befund erhoben, daß beide Darmschlingen, die aus dem Bruchring herausführten, gleichmäßig kollabiert waren, und darin ein Anhaltspunkt erblickt, daß noch ein höher gelegener Darmverschluß vorlag. Nach S. konnte der Volvulus nur nach der Brucheinklemmung entstanden sein, und zwar bei der reflektorisch vermehrten Peristaltik des Darmes, durch die er sich aus dem Schnürring befreien wollte.

Derartige Fixationen des ausgespannten Mesenteriums scheinen in der Ätiologie des Volvulus eine große Rolle zu spielen, gehen aber beim gewöhnlichen Volvulusmechanismus verloren, bei dem sie sich lösen, so daß schließlich der ganze Dünndarm bis zum Blinddarm in die Verschlingung einbezogen erscheint.

Den glücklichen Ausgang des zweiten Falles schreibt Verf. vor allem der primären Anlegung einer Darmfistel zu, durch welche einerseits der Darminhalt reichlich abgeleitet, andererseits Kochsalzlösung in großer Menge in den Darm gegossen wurde. Die Fistel schloß sich nach Entfernung des Rohres spontan.

Überhaupt hat sich dem Verf. sowohl beim mechanischen als beim dynamischen Ileus die primäre Enterostomie sehr bewährt, während die sekundäre Anlegung der Darmfistel sowohl technisch schwieriger als im Erfolg zweifelhafter ist. Man soll das Drainrohr in eine möglichst tiefe Dünndarmschlinge noch im Bereich der Darmlähmung mit doppelter Tabaksbeutelnaht einnähen und die Fistel in einem Wundwinkel am parietalen Bauchfell fixieren. Sofort kann man mit Kochsalzeingießungen beginnen. Inanition und Enteritis hat S. nicht beobachtet und widerrät die Anlegung mehrfacher Fisteln.

Reich (Tübingen).

46) **Gies.** Ligation of portal vein for hemorrhage during operation on hydatid cyst of the liver.

(Journ. of the amer. med. assoc. Bd. L. Nr. 25.)

Bei der Operation präsentierte sich hinter dem Netz eine große Geschwulst, deren anscheinend derbfibröse Wand angestochen wurde. Es blutete sofort sehr heftig. Die genauere Untersuchung ergab, daß die vermeintliche Cystenwandstelle eine über 1 cm starke Vene, wie sich später herausstellte, die Pfortader, war. Da die Naht nicht hielt, doppelseitige Unterbindung. Der Echinokokkus wurde drainiert. Die Heilung verlief ungestört. Es traten keine Störungen in der Ernährung, der Blutbildung oder im Urinbefund auf. Die Kranke gewann im Gegenteil an Gewicht, gutem Aussehen und Körperkraft. G. erklärt den geringen Einfluß der Unterbindung mit schon vorher bestehendem Hindernis im Strom der Pfortader durch Druck der Geschwulst. Beim Bauchschnitt fand man schon starke Hautvenen (Caput Medusae-ähnlich), die jedenfalls auch Kollateralen waren.

Trapp (Bückeburg).

47) **W. Mack.** Die Cholecystostomien der Heidelberger chirurgischen Klinik 1901—1906.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 535.)

Die obengenannten 139 nachuntersuchten Cholecystostomien sollen vor allem dieser Operationsmethode ihren, wenn auch durch die Ektomie beschränkten, Indikationskreis retten.

Die primäre Mortalität der Cholecystostomie betrug bei einfachen Operationen 3,1%, bei mit Choledochusoperationen komplizierten Fällen 5,1%, wobei aber nur zwei- oder dreimal der Methode selbst die Schuld zugeschrieben werden konnte.

90% der Operierten waren Frauen, meist ausgangs der 30er Jahre. Bei der Nachuntersuchung war die Arbeitsfähigkeit nur in 67,9% eine volle oder wesentlich gebesserte. Beschwerden von seiten anderer Organe fehlten nur bei 46,7%, und nur 19% waren völlig beschwerdefrei und gänzlich gesund. Fisteln mit schleimig-eitriger Sekretion bestanden in 2,9% der Fälle, und in 2,4% hatten sich nachträglich Steine aus der Fistel entleert. Brüche, d. h. Spaltbildungen der Fascie, in oder neben der Narbe, den Stichkanälen entsprechend, mit oder ohne Ektasie, fanden sich in 20,4% aller Fälle, bei Männern öfter als bei Weibern. Ob die Bauchwand durchgreifend oder in Etagen genäht worden war, erwies sich in dieser Beziehung als gleichgültig.

Im Gegensatze zu obigen Zahlen waren 57,7% der Pat. in bezug auf ihr Gallensteinleiden oder die Erkrankung der Gallenausführungsgänge vollständig geheilt worden. Nachträgliche Schmerzanfälle waren in 34,3%, Verwachsungsbeschwerden in 18,2%, möglicherweise echte Steinrezidive in 12,9% der Fälle zu verzeichnen.

Verf. empfiehlt, die Fixation der Gallenblase zu vermeiden, wenn stärkere Reizzustände bestehen, möglichst den Kehr'schen Wellenschnitt anzuwenden, durch Heftpflasterverband und Vorsicht beim Verbandwechsel der Bruchbildung entgegenzuwirken, und glaubt, daß auch in Zukunft bei unveränderter Gallenblasenwand, bei Solitärsteinen oder weniger festen Steinen die Cholecystostomie mit Vorteil ausgeführt werden wird.

Reich (Tübingen).

Zur Darmanastomose mittels elastischer Ligatur der Schleimhäute.

Vorläufige Mitteilung.

Von

*Prof. Dr. **R. v. Baracz** in Lemberg.*

Dr. Franz Kuhn (Kassel) gibt in Nr. 25 d. Blattes (vom 20. Juni 1908) ein neues Verfahren der Darmanastomose an, welches darin besteht, daß die freigelegten

Schleimhäute der beiden zu vereinigenden Darmabschnitte vermittels Gummifäden aufeinander genäht werden, welche später die Darmwände durchschneiden sollen. Er hält es für das durchsichtigste und reinlichste, rascheste und zuverlässigste aller Anastomosenverfahren.

Da ich ein ganz ähnliches Verfahren gelegentlich der im Jahre 1904 angestellten Versuche an Hunden mit der Mc Graw'schen Methode[1] *der Gastro- bzw. Entero-enteroanastomose (elastische Ligatur) anwandte, möge es mir gestattet sein, über dasselbe kurz zu berichten.*

Von der Voraussetzung ausgehend, daß die die ganze Magen- bzw. Darmwand durchsetzende elastische Ligatur hier und da zur Infektion der Peritonealhöhle führen könnte, versuchte ich diese Gefahr dadurch zu umgehen, daß ich die Mc Graw'sche Ligatur nicht durch die ganze Dicke der Magen- bzw. Darmwand anlegte, sondern nur durch die bloßgelegte Mucosa führte nach vorheriger Aneinandernähung der zu verbindenden Darmteile.

Der Gang der Operation war kurz folgender. Annäherung des Jejunum an den Magen (bzw. beider zu verbindenden Darmabschnitte), Anlegung einiger Lembert'schen Darmnähte, longitudinale Einschnitte zu beiden Seiten der Lembert-schen Naht durch Serosa und Muscularis hindurch bis zur Submucosa. Stumpfe Bloßlegung der peritonealen Seite der Mucosa so, daß dieselbe sich vorbuchtet. Aneinandernähung der inneren Wundränder der Serosa und Muscularis mit fortlaufender Naht. Dann Durchführung eines ca. 1 mm dicken runden Gummifadens mittels einer geraden Nadel von einem Wundrand zum anderen durch die ganze Dicke der beiden Schleimhautwülste, straffes Anziehen der Fadenenden, Kreuzung derselben knapp bei der Schleimhaut und Zusammenbinden mittels eines dicken, festen Seidenfadens. Abtragung der beiden Enden der elastischen Ligatur oberhalb dieser Seidenligatur. Naht der äußeren Wundlippen, Anlegung einiger Lembert-scher Nähte.

Die Erfolge sowohl des Mc Graw'schen Verfahrens wie auch meiner Modifikation desselben waren in den wenigen Versuchen ausgezeichnet, und die Anastomosenöffnungen erwiesen sich bei den Autopsien der Tiere ideal. Ich veröffentlichte die Ergebnisse meiner Versuche nicht, da ich im ganzen nur sechs Versuche anstellte, welche einen Teil einer größeren experimentellen Arbeit bilden sollten, die ich aus Zeitmangel unterbrechen mußte.

Der Unterschied meines Vorgehens von dem Kuhn'schen beruht wesentlich darin, daß ich nicht Doppelfäden aus dünnerem Gummi, nur dickeren runden (aus Amerika gebrachten) Einzelfaden wie Mc Graw anwende, daß ich diese Naht nicht zweimal, nur einmal in der ganzen Länge der prolabierenden Schleimhaut anlege, daß ich die Gummienden nicht knote, nur mit einem Seidenfaden zusammenbinde, und daß ich rund herum noch einige Lembert'sche Nähte anlege. In beiden Verfahren fällt der ligierte Schleimhautteil binnen wenigen Tagen der Usur anheim, wodurch sich eine breite Kommunikation beider Darmteile bildet.

Meine wenigen Versuche gewinnen an Wert, da sie mit geringer Modifikation von anderer Seite am lebenden Menschen mit bestem Erfolg ausgeführt wurden. Die Einzelheiten meines Vorgehens werden später anderenorts ausführlich mitgeteilt.

Lemberg den 21. Juni 1908.

---

[1] *Th. A. Mc Graw, Upon the use of the elastic ligature in the surgery of the intestines. Journ. of the amer. med. assoc., Chicago 1891. Nr. 20. p. 685—694.*

Vgl. ferner R. v. Barqcz: Beobachtungen über die chirurgische Technik in den Vereinigten Staaten Amerikas. Wiener med. Wochenschrift 1904. Nr. 13 und ff.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 35. Sonnabend, den 29. August 1908.

Inhalt.

1) **Kostlivy.** Über das Wesen und die klinische Bedeutung der entzündlichen Leukocytosen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 4.)

K. hat an der böhmischen chirurgischen Klinik zu Prag in 225 Fällen entzündlicher Erkrankung sorgfältig den Verlauf der Leukocytenzahl und das Blutbild studiert, und zwar bei folgenden Affektionen: 1) Entzündungen der Haut und des Unterhautzellgewebes, 41 Fälle. 2) Akute und chronische Osteomyelitis, Perityphlitis, komplizierte Frakturen, 33 Fälle. 3) akute Gelenkempyeme, 6 Fälle. 4) Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, 5 Fälle. 5) Erkrankungen der Pleurahöhle, 8 Fälle. 6) tiefe, umschriebene, nicht spezifische Abszesse, 8 Fälle. 7) Cholecystitis, Pericholecystitis, Gallenblasempyem, 14 Fälle. 8) Pyelophlebitis, 3 Fälle. 9) Appendicitis acuta abscedens, 29 Fälle.

10) diffuse Peritontis, 10 Fälle. 11) Appendicitis chronica; Tuberculosis coeci, 71 Fälle.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt K. zu folgenden Schlüssen:

1) Die polynukleäre, neutrophile Leukocytose ist eine Überkompensation der Abnahme der Leukocyten, die durch den Verbrauch derselben zur Bildung der für die Paralysierung der Infektion nötigen Antikörper entstanden ist (Isohypercytose).

2) Der erhöhte Verbrauch bedingt in der Folge auch eine erhöhte Proliferation durch Reizung des leukopoetischen Apparates; dadurch kommt eine Abstoßung von jüngeren und endlich jüngsten unreifen Zellen mit geringster Antikörpervalenz zustande (Anisohypercytose).

3) Genügt auch das noch nicht zur Überwindung der Infektion, dann muß auch trotz maximalster Leistung des leukopoetischen Apparates die relative Leukocytenzahl absinken; dabei werden immer jüngere Elemente verbraucht und immer jüngere — in Ermangelung von reiferen — in den Kreislauf gebracht (Anisonormo-, Anisohypocytose).

4) Leukocytenzahl und neutrophiles Blutbild gestatten uns also, insbesondere bei systematischer Untersuchung, einen Rückschluß auf Toxizität und Virulenz der Infektion einerseits, auf die Resistenzfähigkeit des Organismus andererseits. Die Leukocytose ist also hauptsächlich nur im prognostischen Sinne verwertbar, ihre diagnostische Bedeutung kommt erst in zweiter Reihe in Betracht — am wenigsten Wert kann ihr leider gerade in den zweifelhaften Fällen zugemessen werden. Auch sei sie als diagnostisches Hilfsmittel immer nur im Verein mit allen anderen klinischen Untersuchungsmethoden berücksichtigt.

Haeckel (Stettin).

---

2) **M. Tisenhausen.** Zur Frage von der Transplantation des Embryonalgewebes.

(**Russki Wratsch 1908. Nr. 25.**)

In einer vorläufigen Mitteilung berichtet T. über seine auf Veranlassung von Prof. Kischensky in Odessa ausgeführten Experimente zur Lösung folgender Fragen: 1) In welchem Alter wächst das transplantierte Embryonalgewebe am besten? 2) Welche Gewebe bilden den besten Boden für Transplantation? 3) Wie lange dauert das Wachstum des transplantierten Gewebes, und was ist dessen endliches Schicksal? — Erwachsenen Hühnern wurden 147 Transplantationen in die vordere Augenkammer (49), in Kamm und Bartanhängsel (37), in die hintere Augenkammer, Kopfhirn, Bauchhöhle, Netz, vordere Bauchwand, Brustmuskel und Milz gemacht. Milz, Gehirn und hintere Kammer erwiesen sich als ungeeignet; am besten gelangen die Transplantationen in den Brustmuskel; gut waren die Resultate im Netz, in der Bauchwand und Bauchhöhle; weniger günstig, hauptsächlich aber weniger standhaft war das Wachstum in Kamm und Bartanhängsel. Von unbebrüteten und 1—8 Tage lang bebrüteten Embryonen wachsen

am besten Embryonen von 5 Tagen, unbebrütete und eintägige wuchsen gar nicht. Am meisten energisch war das Wachstum nach 2—3 Wochen; nach 6 Monaten hatte es ganz aufgehört, doch waren die Stücke in einigen Fällen nach $1^3/_4$ Jahren noch nicht resorbiert. Manche Hühner sind für Transplantationen besonders geeignet. Erwachsene Hühner leiden nicht nach solchen Operationen; junge Hühnchen (von 2—3 Wochen) gehen zuweilen zugrunde; bei ihnen sind die Transplantationen erfolgreich, doch ist nach 1—2 Monaten gewöhnlich wieder alles resorbiert. Die transplantierten Embryonalgewebe machen ihre normale Entwicklung durch. Die Gewebe mit einfacher Funktion differenzieren sich am leichtesten und bleiben am längsten erhalten, besonders die einfachen mesodermalen Gewebe. Die Gewebe mit höher differenzierter Funktion wachsen schwer und gehen bald zugrunde: glatte Muskeln, Drüsen- und Flimmerepithel. Selten wuchsen die Linse, Pigmentepithel der Netzhaut, Elemente des Zentralnervensystems. T. sah die Bildung von embryonalen Speiseröhren, einmal einer Luftröhre, des Dickdarmes; von Teilen des Kopf- und Rückenmarkes, des Auges. In manchen Fällen fand er zwischen diesen Bildungen ein sarkomartiges, mit zahlreichen Pigmentzellen durchsetztes Gewebe und sieht es als Produkt der embryonalen Uvea an. — 6 Figuren zeigen die interessantesten Befunde.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

---

3) **de Keating-Hart.** La fulguration des cancers.

(Arch. intern. de chirurgie Vol. IV. Fasc. 1.)

Die Blitzanwendung ist eine elektro-chirurgische Behandlungsmethode des Krebses. Sie besteht darin, daß Funken von großer Frequenz und hoher Spannung durch Geschwulstmassen geschickt, und daß dann die zerstörten Neubildungen mit dem Messer abgetragen werden. Die Verbindung der therapeutischen Anwendung der Elektrizität mit chirurgischer Behandlung ist das Eigentümliche der de K.-H.'schen Methode.

Man bedient sich eines der üblichen Apparate für Hochfrequenz und eines Wehnelt- bzw. Turbinenunterbrechers. Die Funkenlänge muß mindestens 40 cm betragen. Verf. bevorzugt die unipolare Funkenanwendung, wenngleich sie weniger zerstörend wirkt als die bipolare, und benutzt besondere, durch Luftstrom gekühlte Elektroden, denen er jede gewünschte Länge geben kann. Der Pat. liegt auf einem hölzernen Operationstisch.

Ist die Haut unversehrt, so spaltet man zunächst das Gewebe, um die Geschwulst freizulegen. Die Operation selbst umfaßt drei Zeiten: 1) elektrische Behandlung; 2) Anwendung des Messers; 3) abermalige Blitzbehandlung. Der Nutzen der elektrischen Vorbehandlung ist ein mehrfacher. Die vasokonstriktorische Wirkung des Funkens vermindert die parenchymatöse Blutung; es gelingt bei der nachfolgenden chirurgischen Behandlung leichter, die Grenze zwischen

gesundem Gewebe und Neubildung zu finden, und die Gefahr der Wiedereinimpfung des Krankheitsstoffes auf die Wundfläche wird vermindert.

Auf die zweite Phase, den chirurgischen Eingriff, legt Verf. großen Wert. Man behandelt die Neubildung wie eine gutartige Geschwulst, d. h. man exstirpiert sie an ihren sichtbaren Grenzen. Gründliche Untersuchung des gesunden Gewebes ist erforderlich, um keines der vielfach zahlreichen, zerstreut und entfernt liegenden Geschwulstknötchen zu übersehen. Durch Abänderung des ursprünglichen Verfahrens wurde erreicht, daß oftmals nur eine einzige Sitzung nötig war, um völlige Heilung zu erzielen.

Der wichtigste Teil der Behandlung ist die zweite Anwendung des elektrischen Funkens. Über die Dauer dieser dritten Phase, die anzuwendende Funkenlänge usw., entscheidet persönliche Erfahrung.

Die Wirkung des elektrischen Stromes ist im wesentlichen vierfacher Art: Blutstillung, Zerstörung der Geschwulstmassen, Ödembildung, Reaktion des gesunden Gewebes. Die blutstillende Wirkung erstreckt sich nur auf Kapillarblutungen, die aufhören, wenn die Elektrode über die Wundfläche gleitet. Größere Gefäße sind zu unterbinden. Ein trockener, übelriechender Schorf bildet sich, wenn längere Zeit eine bestimmte Stelle von dem Funken getroffen wird. Dieser unerwünschte Nebeneffekt ist die Folge der Hitzewirkung der Funken und wird durch Weiterführen der Elektrode leicht vermieden. Die Hitzewirkung ist, wie die Wirkung der Funken überhaupt, um so größer, je mehr die Elektrode dem Körper genähert wird.

Im Laufe von 24 Stunden durchtränkt sich das Gewebe mit einem sehr reichlichen, blutig gefärbten Serum, das aus der Wunde abfließt und nach Verlauf einiger Tage durch ein serös-eitriges Exsudat ersetzt wird. Mikroskopisch führt diese Flüssigkeit zahlreiche polynukleäre Leukocyten. Das Absondern des serösen Transsudates aus der Wunde scheint ein Zeichen günstiger Reaktion zu sein, das Ausbleiben derselben eine ungünstige Prognose zu geben.

Die Reaktion des Gewebes ist teils eine lokale, teils eine allgemeine. Die lokale Wirkung gibt sich in einer erstaunlichen Vernarbungsfähigkeit kund, die Fernwirkung in dem vorläufigen Verschwinden unerträglicher Kreuzschmerzen, in der Vernarbung nicht behandelter Hautgeschwüre, in dem Verschwinden von Drüsenschwellungen und anderem. Diese regressiven Veränderungen der Metastasen bedeuten indes nur einen vorübergehenden, keinen dauernden Wachstumsstillstand. Insbesondere darf beim Zungenkrebs, für welchen sich die Blitzbehandlung besonders gut eignet, die Beobachtung des Verschwindens der Infiltrationen nicht dazu führen, in der Nachbehandlungszeit weniger sorgfältig nach Metastasen zu suchen.

Ist die Wunde zum zweiten Male beblitzt, so wird sie teilweise geschlossen und drainiert. Der Verband muß, weil er durchtränkt ist, am folgenden, spätestens am 2. Tage nach der Operation erneuert

werden. Nach Abfallen der Schorfe tritt rasche Vernarbung ein. Rezidive werden von neuem beblitzt..

Eine ausreichende Erklärung für die Wirkung der Blitzbehandlung ist bislang nicht zu geben, da weder die Annahme einer elektiven Zerstörung der Geschwulstzellen, noch das Auftreten der serösen Gewebsdurchtränkung, noch die lebhafte Transsudation genügen, die Dauerheilungen verständlich zu machen. Die erhöhte Neigung zur Narbenbildung ist jedenfalls sehr bemerkenswert.

Die Darstellung der Methodik und ihrer Erfolge wird durch die Mitteilung von elf Beobachtungen an Kranken und durch eine Anzahl von Photogrammen erläutert. **Revenstorf** (Hamburg).

4) **Peters.** Über den praktisch-therapeutischen Wert des Cystopurins.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1908. Nr. 9.)

Cystopurin ist ein Salz des Urotropins, das sowohl wegen der sichereren und schnelleren Wirkung, als des Fehlens unangenehmer Nebenerscheinungen diesem vorzuziehen ist. Es gibt dem Harn eine saure Reaktion, hat eine deutliche diuretische Wirkung und wird auch bei längerer Verabfolgung gut vertragen. Es hat sich bei den verschiedensten infektiösen Prozessen der Harnwege, auch bei akuter und chronischer Gonorrhöe, sehr gut bewährt. Es wurde in der Menge von 2—6 g pro die verordnet. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

5) **Kümmell.** Entwicklung und Fortschritte der Chirurgie des Harnapparates in den letzten Dezennien bis zur Gegenwart.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 8.)

6) **Hirsch.** Über den radiographischen Nachweis von Fremdkörpern der Harnblase.

(Ibid. Nr. 11.)

K.'s Abhandlung beschäftigt sich vor allem mit den zahlreichen diagnostischen Methoden, welche die Chirurgie des Harnapparates in den letzten Dezennien so wesentlich gefördert haben. Schon allein wegen des umfangreichen, selten in einer Hand vereinigten Materiales (z. B. mehr als 2000 kryoskopisch untersuchte Fälle, 110 Eingriffe wegen Nierensteinen, 90 wegen Nierentuberkulose, 14 Fälle einseitiger entzündlicher Nierenblutung) hat sie Anspruch auf allgemeines Interesse.

Die Angabe K.'s, in der Blase befindliche Stücke elastischer Katheter, Gummiteile und ähnliches seien für Röntgenstrahlen durchgängig und auf der Platte nicht sichtbar, berichtigt H. auf Grund eigener Untersuchungen dahin, daß englische und Nélatonkatheter vollkommen sicher nachweisbar sind. **Gutzeit** (Neidenburg).

7) **E. Goldmann.** Zur Autoplastik der Harnröhre.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 1.)

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Blutversorgung der Harnröhre als einer Grundbedingung für den Erfolg autoplastischer Harnröhrenoperationen. Neuere anatomische Untersuchungen, sowie eigene Injektionsversuche des Verf.s ergaben im wesentlichen, daß die Harnröhre sowohl von vorn wie auch von hinten her reichlich mit Blut versorgt wird aus den Artt. bulbosa, bulbourethralis, urethralis, dorsalis penis und profunda penis. Es kommt also darauf an, wenigstens eine der Hauptzufuhrquellen bei der Operation zu schonen, und auch die Albuginea, deren Verlegung die Zirkulationsverhältnisse erheblich verschlechtert, unversehrt zu lassen.

Im übrigen weist Verf. u. a. noch auf die Dehnbarkeit der Harnröhre als einen wichtigen Faktor bei der Autoplastik hin. Diese hängt von der Entwicklung des Organes ab und ist dementsprechend bei Kindern und Mißbildungen relativ geringer als bei Erwachsenen.

Reich (Tübingen).

---

8) **Porter.** Surgery of the prostate.

(Journ. of the amer. med. assoc. Bd. L. Nr. 21.)

Eine Studie, ob die frühzeitige Prostatektomie Vorteile bietet. Auf Grund des Studiums von im ganzen 450 Fällen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die meisten Todesfälle nicht der Operation zur Last zu legen sind. Den durch die Krankheit selbst verursachten Zuständen (Cystitis, Pyelitis usw.) waren von 33 Gesamttodesfällen 15 zuzuschreiben, 8 der Operation als solcher in Form von Sepsis, Erschöpfung, Schädigung durch die Narkose, die 10 übrigen anderen Krankheiten, die mit der Prostatahypertrophie nicht zusammenhingen. P. zieht dann noch die übrigen, durch die Operation gesetzten möglichen Nachteile unter Mitteilung von Resultaten verschiedener Chirurgen in Betracht und kommt zu dem Schluß, daß hauptsächlich die sekundären, durch die Hypertrophie bedingten Veränderungen die schlechten Erfolge veranlassen, während die Prostatektomie an sich nur 2% Todesfälle bedingt. Sie ist daher frühzeitig, vor Eintreten der sekundären Veränderungen auszuführen, zumal auch die Gefahr bösartiger Veränderung droht und oft schon bei scheinbar nur hypertrophischer Drüse eingetreten ist.

Trapp (Bückeburg).

---

9) **Allard.** Vergleichende Untersuchungen über die sekretorischen Leistungen beider Nieren.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 5.)

Man hat bisher meist mit Harnleiterkatheterismus versucht, festzustellen, wie die Sekretionswege beider Nieren sich zueinander verhalten. Allein auf diesem Wege ist eine endgültige Entscheidung nicht zu erwarten; der Fehlerquellen sind zu viele: es ist nicht sicher, ob aller Urin durch den Katheterismus entleert wird; man weiß nicht, wieviel neben dem Katheter in die Blase gelangt; die Lichtung des

Katheters kann sich verstopfen, die Schleimhaut oder Gerinnsel des Harnleiters können das Auge des Katheters verlegen; dazu kommt die Empfindlichkeit des Harnleiters gegen mechanische Einflüsse, die reflektorische Anurie, Oligurie und Polyurie, so daß manche den Wert der »funktionellen Nierendiagnostik« ganz ablehnen und einen Vorteil nur sehen in der Möglichkeit des getrennten Auffangens der Sekrete beider Nieren, bei der der Nachweis irgend eines pathologischen Bestandteiles mehr wert ist als die quantitative Analyse der einzelnen Harnbestandteile.

A. kam zu einwandsfreien Resultaten durch Beobachtung eines Mannes mit angeborener Blasenektopie, bei dem der Urin aus jeder Harnleitermündung isoliert aufgefangen werden konnte, ohne sie irgendwie zu reizen. Er fand, daß die beiden Nieren in gleichen Zeitabschnitten bei richtiger Rückenlage und gewöhnlicher normaler Diurese ungefähr gleiche Urinmengen von ungefähr gleicher Zusammensetzung sezernieren. Bei stärkerer Diurese kommen Abweichungen vor. Applikation einer Eisblase in der Gegend der einen Niere erwies sich als ganz gleichgültig, ebenso die Anwendung des faradischen oder galvanischen Stromes; dagegen fand A. die interessante Tatsache, daß in der Seitenlage des Körpers eine erhebliche Sekretionsdifferenz auftritt, indem die »oben« liegende Niere weniger sezerniert.

Haeckel (Stettin).

---

10) **K. W. Karaffa-Korbutt.** Zur Frage von der Funktion der Harnleiter bei Veränderung ihrer Lichtung.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 17 u. 18. [Russisch.])

Experimentelle Studie aus Prof. Fedorow's Klinik. Verf. experimentierte an Hunden mit exstrophierter Harnblase. Bei Pyeloektasie ist die Zahl der Ausscheidungen aus dem betreffenden Harnleiter etwas geringer als aus dem normalen, die Quantität des Harns bei jeder Ausscheidung etwas vergrößert. — Bei Stenose des Harnleiters sind die Zeiträume zwischen den Entleerungen sehr verlängert, die Quantität des Harns sehr vergrößert und die Energie der Entleerung etwas vermindert; einige Entleerungen sind von 1—2 nachfolgenden kleinen Stößen begleitet. — Bei Atonie des Harnleiters fließt der Urin kontinuierlich wellenförmig ab. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

---

11) **Thomas.** Diagnosis of renal disease and sufficiency.

(Annals of surgery 1908. April.)

Verf. bespricht einige von ihm ausgeführte Nierenoperationen. Um die Nierenfunktion vor der Operation festzustellen, verfährt er folgendermaßen. Vor der Prüfung bekommt Pat. eine ganz bestimmte Diät, bestehend aus $^1/_4$ Liter Milch, einem Brötchen und zwei weich gekochten Eiern. Dann folgt eine genaue cystoskopische Besichtigung der Blase, worauf nötigenfalls beide Harnleiter katheterisiert werden. Die erste der aus diesen letzteren aufgefangenen Urinproben dient zur

mikroskopischen Untersuchung, die zweite zur Bestimmung des Gefrierpunktes des Harns und des Harnstoffgehaltes, die dritte zur Bestimmung des auf Phloridzin projizierten Zuckers. Von der Bestimmung des Blutgefrierpunktes (Kryoskopie) hält Verf. nicht viel.

Herhold (Brandenburg).

---

12) **P. A. Herzen.** Zur Frage von der Diagnose der Nierenkrankheiten.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 17. [Russisch.])

Für die gewöhnliche Praxis und für Krankenhäuser mit beschränkten Mitteln ist die Harnleiterkatheterisation zu teuer und zu schwierig. H. begnügte sich mit der Separation des Harns (mit dem Luys'schen Séparateur) und erzielte in etwa 50 Fällen vollständig befriedigende Resultate. Nur muß die Separation vorschriftsmäßig geschehen. Nötigenfalls wurde die Cystoskopie und die Chromocystoskopie (Indigokarmin subkutan) zu Hilfe genommen, ebenso die künstliche Polyurie, die quantitative Analyse des Harnstoffes, des Eiweißes, endlich die mikroskopische Untersuchung des Harns.

Im ganzen wurden von H. und seinen zwei Kollegen Rosanow und Woronkow im alten Katharinenhospital in Moskau 61 Nierenoperationen ausgeführt.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

---

13) **Bevan** and **Smith.** The diagnosis and treatment of kidneystone.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VI. Nr. 6.)

Eine ziemlich ausführliche Abhandlung, bei welcher die Diagnose den breitesten Teil einnimmt. Ganz besonders eingehend wird auch die Diagnose mit Hilfe des Röntgenverfahrens berücksichtigt. — Der Standpunkt der Verff. in der Behandlung der Nierensteine wird durch folgende Zusammenfassung gekennzeichnet: Wenn die Diagnose, die durch das Röntgenbild zu einer vollkommen sicheren wird, gestellt ist, soll chirurgisch eingegriffen werden, ganz kleine Steine ausgenommen, oder wenn andere Leiden den Eingriff verbieten. Bei sonst gesunder Niere und vereinzeltem Stein im Nierenbecken soll letzteres allein eröffnet werden; sonst ist der Nierenschnitt zu machen. Bei einseitiger Stein- und gesunder anderer Niere ist die primäre Nephrektomie angezeigt, wenn die Steinniere hochgradig zerstört ist. Bei doppelseitiger Erkrankung wächst naturgemäß die Gefahr jeden Eingriffes, die bei einseitiger Nephrolithotomie sehr gering ist — nach eigener Erfahrung zwischen 3 und 4% Todesfälle durch die Operation an sich (52 Operationen). Der Arbeit sind zahlreiche gute Röntgen- und andere Abbildungen beigegeben.

Trapp (Bückeburg).

14) **C. Mariani.** Contributo clinico alla nefropessia eseguita con processo proprio. Nefropessia periostea per trasfissione.
(Clinica chirurgica, Milano 1908. 18 S., 1 Taf.)

Um die operative Befestigung der Wanderniere möglichst widerstandsfähig zu gestalten, bildet M. nach subperiostaler Resektion der 12. Rippe aus dem Periostzylinder eine Art Aufhängeband, das er durch den oberen Nierenpol hindurchzieht. Nachdem er schon 1904 das Verfahren experimentell geprüft hatte, gibt er nunmehr einen Bericht über 19 von ihm nach dieser Methode operierte Fälle. Die Technik ist folgende: 1) Winkeliger Lendenschnitt, dessen einer, oberer Schenkel der 12. Rippe parallel geht und sie freilegt, während der zweite Schenkel von der Spitze dieser Rippe zur Crista ilei geht. 2) Isolierung der 12. Rippe vom Sacrolumbalisrande bis zur Spitze aus allen muskulös-ligamentären Verbindungen und von der Pleura. 3) Subperiosteale Rippenresektion, wonach der Periostmantel als 5—8 cm langes Band zurückbleibt. 4) Freilegen der Niere; Durchziehen von zwei dicken Catgutfäden durch ihren unteren Pol. 5) Mit einer eigens konstruierten »Nierendurchstechungspince« wird das Organ zwischen oberem und mittlerem Drittel parallel der Rippe durchbohrt, das Periostband gefaßt und durchgezogen. Fixation des Periosts mit Catgut an Ein- und Austrittsstelle; Annähen des freien Zipfels an die Muskulatur des 11. Interkostalraumes. 6) Die zwei am unteren Nierenpol durchgelegten Catgutfaden dienen zur Annähung des unteren Pols an die Muskeln. Beim Wundschluß wird die Fettkapsel in die Muskelnaht einbezogen. 30 Tage Bettruhe bei erhöhtem Bettfußende.

Die Operation ist nur bei einer Rippenlänge von ca. 10 cm ausführbar; die Pleura läßt sich leicht ablösen. Bei zwei Fällen konnte Verf. den Nachweis leisten, daß das Periost nicht nekrotisch wird, sowie durch Palpation und Röntgenographie feststellen, daß aus dem Periost keine intrarenale Knochenbildung erfolgt. Als Vorteile seiner Methode hebt M. hervor: Befestigung in normaler Lage; das Aufhängegewebe ist wenig dehnbar und bildet mit der Niere ein untrennbares Ganzes; das Organ behält einen physiologischen Grad von Beweglichkeit und erträgt, wie die Urinuntersuchung zeigt, die Anwesenheit des Periosts in seiner Substanz ohne merkliche Störung.

K. Henschen (Tübingen).

---

15) **Landau.** Altersveränderungen des Venensystems der Nebennieren.
(Petersburger med. Wochenschrift 1908. Nr. 24.)

Nach Injektion von der Vena suprarenalis her hat L. sehr schöne Korrosionspräparate der Venenverteilung in den Nebennieren hergestellt, aus welchen man die sehr starke Gefäßverzweigung im Zustand der Gravidität sieht im Gegensatz zur normalen Nebenniere, und die ganz geringe Gefäßverzweigung bei der senilen Atrophie.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

16) **Biondi.** Intorno ad uno speciale trattamento di infermita di determinati segmenti dell' apparato genito-urinario.

(Morgagni 1908. Nr. 28.)

Verf. hat bei Injektionen von Chinaterite in das Vas deferens dieselbe bis in die Samenblasen, die Prostata, Blase und vordere Harnröhre und bei umgekehrter Injektionsrichtung zuweilen bis in den ganzen Nebenhoden eindringen sehen. Ebenso konnte er entsprechend mit $^1/_2$—3‰igen Lösungen von Silbersalzen, 1—2%igen Chlorzink- und Sublimatlösungen eine spontane oder experimentelle Urethritis und Epididymitis bei Hunden heilen. In derselben Weise hat er mit Jodlösungen wie wäßriger und alkoholischen Lösungen (1:1000) von Sublimat, Protargol, milchsaurem Silber primäre Tuberkulose der Samenblasen, des Hodens und Nebenhodens wie der Blase und Blasenkatarrhe behandelt und dauernd geheilt. Bei tuberkulösen Herden im Hoden selbst mußte er parenchymatöse Injektionen in dieses Organ hinzunehmen. Die Behandlung ist nicht schmerzhaft, geht ohne Entzündung und Fieber vor sich und erfolgte häufig ambulant. Hoden und Nebenhoden werden nach der Behandlung hart und indolent. Die Spermatozoen fehlten nach der Behandlung im Sperma nur dort, wo sie vorher bereits nicht vorhanden waren — das war in der Mehrzahl der Fälle. Die Spermatogenese konnte auch in diesen Fällen histologisch erwiesen werden, doch waren die Ausführungswege verlegt. Verf. glaubt das Verfahren auch zur Behandlung einiger Spermatorrhöeformen, der tertiären Hodensyphilis und zur Verhütung der Epididymitis bei Gonorrhöe empfehlen zu dürfen. **Dreyer** (Köln).

Kleinere Mitteilungen.

17) **A. A. Chitrowo.** Über die Histogenese des idiopathischen multiplen hämorrhagischen Sarkoms (Kaposi).

(Russki Wratsch 1908. Nr. 26.)

C. hatte Gelegenheit, zwei Fälle in der Kasaner Klinik zu beobachten. Auf Grund der Untersuchung von 17 Geschwulstknoten kommt er zu folgenden Schlüssen: die Zellen der Neubildung entwickeln sich aus den Zellen der äußeren Gefäßscheiden, nehmen unter dem Einfluß eines unbekannten Reizes den Charakter von Sarkomzellen an, gruppieren sich in typische Sarkomknoten; schwindet dieser Reiz, so verlieren die Zellen ihren sarkomatösen Charakter, verwandeln sich in gewöhnliche Fibroblasten, die bei der Rückbildung der Knoten die ihnen in Granulomen und chronischen Entzündungen eigentümlichen Veränderungen durchmachen. — Die Bildung der Knoten geschieht auf zweierlei Art: das Coriumgewebe wird von jungen Bindegewebszellen imbibiert, die sarkomähnlich werden; oder diese Zellen verdrängen das Muttergewebe total und schichten sich sarkomähnlich an. Ist die erste Art, wie häufig zu beobachten, von Erscheinungen der chronischen Entzündung begleitet, so trägt die Geschwulst den Charakter eines typischen Granuloms. — Die Geschwulstzellen wachsen in die Gefäßlichtung, zerstören die Gefäßwände und führen so zu den für die Krankheit typischen Blutungen. Die roten Blutkörperchen werden von den Sarkomzellen aufgenommen, zerstört und geben so zu Pigmentbildung Anlaß. Bei der Rückbildung des Sarkoms zerfasern die Geschwulstzellen nach und nach. Diese Zerfaserung kommt in Knoten jeden Alters

vor — in alten und den jungen. — Was die von Zeit zu Zeit bei der Krankheit auftretenden Infiltrationen betrifft, so konnte C. bloß zwei Präparate untersuchen und stimmt in seinem Befund Scholtz und Bernhardt bei: diese Infiltrationen sind entweder Anhäufungen kleinster Knötchen oder ausgedehnte Proliferationen der Zellen der äußeren Gefäßscheide. — Zwei Figuren zeigen den mikroskopischen Bau der Geschwulst. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

18) **N. W. Kopylow.** Hautmyom mit Übergang in ein Sarkom.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 27.)

Ein 45 Jahre alter Mediziner trug seit Kindheit eine erbsengroße Geschwulst an der Brust. Als er 20 Jahre alt war, behandelte er die Geschwulst mit Ätzmitteln, worauf sie klein wurde. Vor 5 Jahren fing sie wieder an zu wachsen; neue Ätzungen halfen nicht; endlich erreichte die Geschwulst die Größe eines Hühnereies. Nun exzidierte man dieselbe mit dem Fettgewebe der Umgebung. Heilung. — Mikroskopisch bestand die Neubildung aus glattem Muskelgewebe, zwischen dem sich eine Zwischensubstanz bildet; aus der letzteren entstehen neue spindelförmige und polymorphe Zellen (Sarkomzellen); die Substanz zwischen diesen geht in Mucin über. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

19) **A. de Besche.** Multiple cancere.

(Norsk Mag. for Laegevid. 1908. Nr. 6.)

Unter den mitgeteilten sieben Beobachtungen sind folgende Fälle erwähnenswert. 62jähriger Mann, dem ein Plattenepithelkrebs der Lippe und ein Rezidiv derselben entfernt worden waren, litt 2 Jahre später an einem ringförmigen, nicht mehr operablen Adenokarzinom des Mastdarmes. — Ein 63jähriger Tagelöhner, dem ebenfalls ein Plattenepithelkrebs der Unterlippe exstirpiert war, mußte 5 Jahre später wegen eines Plattenepithelkrebses des Penis operiert werden. Die übrigen Fälle betreffen teils das gleichzeitige Vorkommen von Plattenepithelkrebs und Adenokarzinom des Magens, teils mehrfache Neubildungen im Magen-Darmkanal. **Revenstorf** (Hamburg).

20) **F. J. Protopopow.** Zur Frage von den Pneumonien nach Operationen.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 22.)

Während der letzten 17 Jahre wurden in der Moskauer chirurgischen Klinik 135 postoperative Pneumonien beobachtet: nach 1248 Laparotomien 89 = 7,1%, nach 2506 anderen Operationen 46 = 1,8%, 85 Männer, 50 Frauen. Im Alter von 10—20 Jahren waren 8,8%, 20—30 = 18,6%, 30—40 = 28,9%, 40—50 = 27,4%, 50—60 = 12,8%, 60—70 = 3,5%. Innerhalb der ersten 4 Tage erkrankten 82, 4—7 Tage = 19, 8—14 Tage = 18, 14—21 Tage = 16. Die rechte Lunge 40mal, die linke 34mal, beide 61mal. 15mal handelte es sich um kruppöse Pneumonie, 120mal um Bronchopneumonie. Von Bakterien fand man Staphylokokken und Pneumokokken. Von 135 Pat. starben 35 = 26,8%. 5mal ging die Entzündung in Abszeß über (Sektionsbefund). 90mal wurde Chloroform, 25mal Äther und Chloroform gegeben; 22mal Kokainanästhesie, 3mal embolisches Lungeninfarkt.

E. Gückel (Wel. Bubny Poltawa).

21) **Bazy.** De l'ophtalmo-réaction en chirurgie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 911.)

Die Reaktion wurde an 20 Fällen in Anwendung gebracht. Über Technik und genauere Dosierung finden sich keine Angaben. Es wurde das Präparat von Calmette verwendet. Im allgemeinen glaubt B. feststellen zu können, daß die bei chirurgischen Fällen beobachtete Reaktion nicht so intensiv ist, wie die von internistischer Seite beschriebene. Die stärkste Reaktion trat auf bei zwei Nierentuberkulosen, einer tuberkulösen Pleuritis und einer Hüftgelenkstuberkulose. Das Auftreten der Reaktion war einigemal wesentlich verzögert. B. hofft, daß die

Ophthalmoreaktion in allen den Fällen ein wertvolles Unterstützungsmittel werden kann, wo die Diagnose unsicher ist, insbesondere bei allen den Erkrankungen des Urogenitalapparates, wo der Verdacht auf Tuberkulose besteht, Anamnese und sonstiger Befund aber andersartige Krankheitsursachen wahrscheinlich machen.

Kaehler (Duisburg-M.).

22) **Allard** und **Gross.** Alkaptanurie und Ochronose.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Verff. hatten in einem Falle von Alkaptanurie (Ausscheidung von Homogentizin- oder Uroleucinsäure im Harn, die zur Schwarzfärbung desselben führt) mit bräunlicher Färbung der Finger- und Fußnägel und arthritischen Veränderungen schon am Lebenden die Diagnose gestellt, daß es sich um Ochronose handle, jene von Virchow beschriebene Erkrankung, bei der es zu einer tiefschwarzen Färbung der Gelenk-, Rippen- und Ohrknorpel kommt. Pat. kam später zur Sektion, die die gestellte Diagnose vollkommen bestätigte. Es ist demnach der von anderer Seite mehrfach bezweifelte Zusammenhang von Ochronose und Alkaptanurie sicher erwiesen; beide sind Erscheinungen ein und derselben Stoffwechselerkrankung; die Ablagerung des Farbstoffes in den Gelenkknorpeln führte zu arthritischen Veränderungen, die daher als Arthritis alkaptanurica zu bezeichnen sind.

Haeckel (Stettin).

23) **Martini.** Sur la production cornée du gland.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVII. Hft. 10.)

Der 23jährige Kranke, der keinerlei Geschlechtskrankheiten durchgemacht hatte, bemerkte seit mehreren Jahren eine harte Schwellung an der Glans penis, die ihm beim geschlechtlichen Verkehr mit seiner Frau große Schmerzen bereitete. Die Untersuchung ergab, daß die Harnröhrenmündung zu zwei Dritteilen ihres Umfanges von einem $1^1/_2$ cm hohen Hauthorn umgeben war, das eine ca. $2^1/_2$ cm im Umfange betragende Implantationsbasis hatte. Namentlich rechts vom Meatus urinarius ragte ein richtiges Hauthorn empor. Am übrigen Gliede finden sich nirgends derartige Bildungen. Vollkommene Exstirpation der nur sehr wenig tief ins Gewebe der Glans eindringenden Neubildung. Verf. gibt eine eingehende histologische Beschreibung des exstirpierten Gebildes.

Nach Villeneuve, der 71 Beobachtungen von Hauthörnern zusammengestellt hat, fanden sich 35 am Kopf, 12 am Rumpf, 12 am Schenkel, 8 an anderen Teilen der unteren Körperhälfte, 3 am Gliede und an der Glans, 1 am Handrücken.

Paul Wagner (Leipzig).

24) **Terrier** et **Dujarier.** Du priapisme prolongé.

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. 5.)

Verff. beobachteten einen Fall von idiopathischem Priapismus bei einem 31jährigen Tagelöhner; Leukämie und nervöse Störungen waren auszuschließen. Die Eichel und der Harnröhrenschwellkörper waren schlaff, die Corpora cavernosa penis, besonders das rechte, strotzend gefüllt, die Haut leicht gerötet und ödematös. Vorübergehend trat Harnverhaltung ein. Wegen der unerträglichen Schmerzen wurden die Schwellkörper des Gliedes in ihrem mittleren Drittel eingeschnitten; es entleerte sich schwärzliches Blut von teerartiger Konsistenz ohne Gerinnsel; darin waren Kolibazillen nachzuweisen. Die rechte Wunde schloß sich erst nach Ausstoßung eines nekrotischen Schwellkörperstückes. Der Penis wurde sofort schlaff; normale Erektionen traten nach der Heilung einige Male, aber nur »andeutungsweise« ein.

Unter 48 Fällen der Literatur wurde 20mal die idiopathische Form beobachtet. Die chirurgische Behandlung beschleunigt nicht nur die Heilung, sondern scheint auch ein besseres funktionelles Resultat zu geben. Die Albuginea muß der Blutstillung wegen und zur Vermeidung von Verwachsungen mit der Haut besonders genäht werden.

Gutzeit (Neidenburg).

25) **P. Héresco.** Etude sur les rétrécissements congénitaux de l'urètre à propos de la maladie urinaire de J.-J. Rousseau.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVI. Hft. 9.)

Die angeborenen Verengerungen der Harnröhre sind uns namentlich durch die Untersuchungen von English, Bazy und Foisy genauer bekannt geworden und haben an Interesse durch die Mitteilung von Poncet und Leriche gewonnen, die nachweisen, daß die Blasenstörungen von J.-J. Rousseau auf eine angeborene Harnröhrenverengerung zurückzuführen sind.

Verf. teilt drei eigene Beobachtungen von angeborener Harnröhrenverengerung mit, die Kranke im Alter von 12, 19 und 5 Jahren betrafen, bei denen weder ein Trauma noch eine Infektion nachzuweisen war. Bei den beiden ersten Kranken saß die Verengerung im Dammabschnitt der Harnröhre, bei dem dritten Kranken im Niveau des Blasenhalses selbst. Bei dem ersten Kranken bestanden Symptome von Harninkontinenz sowohl nachts als am Tage; bei dem zweiten bestand Dysurie mit sehr häufigen Miktionen; bei dem dritten handelte es sich um Anfälle von Urinretention mit Dysurie und hypogastrischen Schmerzen.

Ganz besonderes Interesse bot der Fall des 6jährigen Knaben, weil es sich um eine sicher nachgewiesene Klappe des Blasenhalses handelte, und weil dieser Fall nach Verf.s Ansicht große Ähnlichkeit mit der Erkrankung J.-J. Rousseau's hatte. Im Gegensatz zu Poncet, der glaubt, daß Rousseau's angeborene Harnröhrenverengerung in der Portio bulbomembranosa gesessen hat, nimmt Verf. mit Mercier an, daß der Sitz in der Portio prostatica, in nächster Nähe des Blasenhalses gewesen ist, und daß es sich auch hier wahrscheinlich um eine Klappenbildung gehandelt hat.

Die drei Kranken des Verf.s wurden auf operativem Wege vollkommen geheilt.

Paul Wagner (Leipzig).

26) **O. Roith.** Ein Fall von ungewöhnlich großem Divertikelstein der Harnröhre.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 267.)

Bei einem 36 Jahre alten Manne, der von seiten des Harnapparates keine früheren Erkrankungen zu berichten wußte, fand sich im scrotalen Abschnitte der Harnröhre ein Divertikelstein von der Größe einer Billardkugel. Nach der Anamnese soll an dessen Stelle seit frühester Jugend eine Anschwellung bestanden haben, die sich mit dem allgemeinen Wachstum vergrößerte. Das Harnen war vollkommen ungestört, und der Katheterismus gelang leicht, es bestand also keine Stenose der Harnröhre. Auch hatte Pat. sechs Kinder gezeugt. Wie nun die unter Lokalanästhesie ausgeführte Operation ergab, handelte es sich um ein Divertikel der Harnröhre, das durch eine 2 mm breite runde Öffnung mit letzterer in Verbindung stand, und von einem glatten, in drei Fragmente geteilten, 125 g schweren runden Stein ausgefüllt war, an dem die Corpora cavernosa penis eine entsprechende Rinne hinterlassen hatten. Die Divertikelwand bestand aus Bindegewebe mit glatten Muskeln und elastischen Fasern und einem geschichteten, offenbar durch Metaplasie entstandenen Plattenepithel. Entzündliche Veränderungen fehlten. Der Stein erwies sich bei der chemischen Untersuchung als reiner Phosphatstein.

Es war demnach wahrscheinlich, daß das Divertikel angeboren und der Stein in demselben autochthon entstanden war. Nach der Zusammenstellung von English sind bisher 32 Divertikelsteine in der Harnröhre, darunter zehn primäre, beschrieben, so daß obige Beobachtung eine große Rarität darstellt.

Reich (Tübingen).

27) **H. Lilienthal** (New York). Suprapubic prostatectomie in two stages.

(New York med. journ. 1908. Juni 13.)

L. hat in einzelnen schweren, durch Blutungen, schlechten Allgemeinzustand usw. komplizierten Fällen der Prostatektomie 5—10 Tage vorher eine einfache Cystostomie vorausgeschickt. Die Vorteile dieses Verfahrens sind nach L.:

1) Bessere Vermeidung von schweren Blutungen. 2) Herabsetzung des Choks. 3) Sorgfältige Untersuchung des Blaseninnern, welche bei Blutungen cystoskopisch sehr schwierig sein kann. 4) Bessere Behandlungsmöglichkeit schwerer Cystitis und dadurch Ausführung der eigentlichen Prostatektomie mit geringerer Sepsisgefahr. 5) Erholung der durch die Retention geschädigten Nieren. 6) Schutz vor Infektion des Cavum Retzii. 7) Geringere Gefahr der Eröffnung des Mastdarmes.

Die Beschreibung der Operationsmethode bringt nichts wesentlich Neues.

H. Buchholz (Boston).

28) **C. Lee Leedham-Green.** Prolapse of the inverted bladder through the urethra.

(Brit. med. journ. 1908. April 25.)

Ein walnußgroßer Blasenvorfall aus der erweiterten Harnröhre bei einem 18 Monate alten Mädchen, der beide Harnleitermündungen enthielt und verschiedenen Behandlungsmethoden trotzte, heilte nach Einspritzung von Paraffin am Blasenhals. Beobachtungsdauer seit der Einspritzung vier Monate. Es folgt eine Literaturübersicht über 22 Fälle und kurze Besprechung der Pathologie und Therapie der Erkrankung. **Weber** (Dresden).

29) **S. Riddell.** A case of uretero-trigonal anastomosis for ectopia vesicae.

(Brit. med. journ. 1908. April 25.)

Erfolgreicher Fall von Einpflanzung des Trigonums mit den Harnleitermündungen bei Ectopia vesicae in die Flexur bei einem 6jährigen Mädchen. R. rät, nicht vor dem 5. Lebensjahr zu operieren. Urinentleerung alle 3—4 Stunden.

Weber (Dresden).

30) **A. A. Hagentorn.** Zur Frage der Schußwunden der Harnblase.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1907. [Russisch.])

Der einzige bisher geheilte Fall von intraperitonealer Schußverletzung der Blase, den H. finden konnte, gehört Finkelstein. Er selbst hat folgenden Fall operiert:

Ein 21jähriger Fabrikarbeiter erhielt um 7 Uhr abends von vorn einen Revolverschuß in den Bauch. Er klagte über ständigen Harndrang, Übelkeit und Schmerzen im Leibe. Vor $1^1/_2$—2 Stunden habe er zuletzt uriniert.

In der Mittellinie, dicht unter dem Nabel fand sich die geschwärzte Einschußöffnung, hinten rechts neben dem Steißbein der Ausschuß. Pat. brach einigemal, hatte Singultus. Der Oberbauch war eingezogen; der untere aufgetriebene Teil gab gedämpft-typanitischen Schall. Es wurde beginnende Peritonitis und Blasenverletzung angenommen (kein Katheterismus!). 5 Stunden nach der Verletzung Operation: im Bauch reichlich trüb-blutige urinöse Flüssigkeit. Eine Dünndarmschlinge war doppelt durchschossen und wurde genäht. In der hinteren Wand der Blase, nicht weit vom Scheitel fand H. eine Schußwunde, die er in drei Etagen schloß. Die zweite Wunde wurde erst nach Ablösung der Blase von der vorderen Bauchwand extraperitoneal rechts in der Tiefe gefunden und doppelt vernäht. Spülung der Bauchhöhle und Naht. Am nächsten Tage Verweilkatheter, der am 12. Tage entfernt wurde, nicht ohne Schwierigkeiten infolge von Inkrustationen. Die extraperitoneale Wunde wurde Ausgangspunkt eines Abszesses, nach dessen Tamponade alles heilte. **V. E. Mertens** (Kiel).

31) **B. M. Frohnstein.** Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 27.)

F. fand in der Blase ein 8 cm langes abgerissenes Stück eines Nélatonkatheters. Das Interesse des Falles liegt darin, daß trotz $1^1/_2$jährigen Verweilens in der Blase



der Fremdkörper nicht von Harnsalzen inkrustiert wurde und keine Cystitis verursachte. F. sieht die Ursache dieser seltenen Erscheinung in der Asepsis des Katheters und in der Individualität des Harns des Pat.

E. Glückel (Wel. Bubny, Poltawa).

32) **F. Renaud** und **R. Driout.** Observation de corps étranger de la vessie chez la femme.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVI. Hft. 9.)

Es handelte sich um eine 35jähr. Frau, die sich angeblich zur Temperaturmessung ein Medizinalthermometer in die Harnröhre eingeführt hatte. Sie sei dabei eingeschlafen, und das Instrument sei in die Blase gerutscht. Häufige Miktionen, starke Dysurie, weder Eiter noch Blut im Urin. 5 Tage später suchte die Kranke ärztliche Hilfe nach. Die Untersuchung ergab, daß das Thermometer quer in der Blase lag, und daß seine beiden Enden sich tief in die Blasenschleimhaut eingeklemmt hatten. Anbringen einer Seidenfadenschlinge um das dickere Thermometerende. Einblasen von Luft in die Blase, vorsichtige Traktionen, bis das Thermometer in die Achse der Harnröhre zu liegen kam. Extraktion durch die erweiterte Harnröhre. Das Thermometer war 12 cm lang und hatte 11 mm im Durchmesser. Reaktionslose Heilung.

Paul Wagner (Leipzig).

33) **R. Cassanello.** Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'adénome vésical.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVI. Hft. 9.)

Genaue klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung eines Falles von Blasenadenom bei einer 40jährigen Frau. Die Kranke wurde von Prof. Ceci (Pisa) mittels hohen Blasenschnittes operiert. Exstirpation der kurzgestielten voluminösen Geschwulst, die der Gegend der rechten Harnleitermündung aufsaß. Resektion der betreffenden Partie der Blasenschleimhaut; Naht usw. Während der Rekonvaleszenz entwickelte sich eine schwere fieberhafte Pyelonephritis der rechten Seite. Freilegung der sehr schmerzhaften, stark vergrößerten Niere, deren Rinden- und Marksubstanz sich ganz gleichmäßig von kleinen miliaren Abszessen durchsetzt zeigte. Exstirpation der Niere und des größten Teiles des Harnleiters. Vollkommene Heilung. Verf. gibt eine genaue pathalogisch-anatomische und histologische Beschreibung des exstirpierten Blasenadenoms, an dem er drei Zonen unterscheidet: eine periphere Zone, die die ganze Neubildung umgibt und zum größten Teile aus papillären Bildungen besteht; eine zentrale Zone, die das Gerüst bildet und aus weichem, lakunärem, vaskularisiertem Gewebe besteht, und endlich die Stielzone, die aus gewöhnlichem lockeren Bindegewebe besteht und zahlreiche Gefäße enthält. Die klinische Diagnose eines Blasenadenoms ist auch mit dem Cystoskop unmöglich, da das Adenom makroskopisch keine besonderen Merkmale aufweist, die es von anderen Geschwülsten der Blasenschleimhaut sicher unterscheidet. Prognostisch ist das Blasenadenom eine gutartige Geschwulst; die Prognose wird außer der Möglichkeit einer bösartigen Degeneration getrübt durch die häufigen schweren Blutungen, die das Leben der Kranken bedrohen, und durch infektiöse Blasen- und Nierenentzündungen. Die Exstirpation der Geschwulst samt ihrer Einpflanzungsstelle kann in vollkommen sicherer Weise und von einem hohen Blasenschnitt aus geschehen.

Paul Wagner (Leipzig).

34) **A. Olsen.** Et tilfaelde av ureter-ruptur.

(Tidsskrift for den norske Laegefor. 1908. Nr. 11.)

Fall von Spontanzerreißung des linken Harnleiters bei einem 77jährigen Manne, hervorgerufen durch einen durchschlüpfenden Harnleiterstein. Urinretention. Weiche Geschwulst links unterhalb des Nabels, die anfangs für ein Blutextravasat gehalten wurde. Mit dem Katheter werden zweimal täglich 300—400 ccm Harn entleert. Puls beschleunigt, klein, Temperatur unter 37,5°. Das allmähliche Anwachsen der Geschwulst und eine Probepunktion leitete auf die Diagnose Urin-

infiltration des Beckenbindegewebes. Hautschnitt links neben dem After. Stumpfe Eröffnung des linken Cavum ischio-rectale. Drainage. Reichlicher Abfluß einer nach Harn riechenden Flüssigkeit. Verkleinerung der Schwellung und allmähliche Ausheilung, trotzdem Pat. nicht bewegt werden konnte, im Bette zu bleiben.

Revenstorf (Hamburg).

35) **M. A. Wassiljew.** Zur Heilung der Verletzungen und Fisteln der Harnleiter.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1907. [Russisch.])

1) Eine 26jährige Pat. bekam nach der Entbindung eine Harnleiterfistel, die links oben im Scheidengewölbe mündete. W. heilte die Kranke folgendermaßen: nach Umschneidung der Fistel wurde der zentrale Harnleiterteil 2 cm weit samt möglichst viel umgebendem Gewebe freigelegt. Nach Einführung eines Katheters wurde die Blase vom Uterus abgelöst und nahe der Fistel geöffnet. In diese Öffnung wurde der Harnleiter hineingezogen mittels eines Fadens, der durch Blase und Harnröhre nach außen geleitet wurde. Darauf wurde der Harnleiter rings an die Blase genäht und die Wunde in der Scheide geschlossen. Der Leitfaden stieß sich nach 3 Tagen ab. ca 3 Wochen lang zeigte sich noch etwas Urin in der Scheide. Ein Jahr darauf war Pat. völlig gesund. —

W. berichtet noch folgendes:

2) Gelegentlich einer abdominellen Totalexstirpation durchschnitt er den linken Harnleiter nicht weit von der Blase. Da das renale Ende unauffindbar war, wurden in die Gegend, wo es mutmaßlich sein mußte, mehrere Ligaturen gelegt und tamponiert. 6 Jahre später war Pat. völlig gesund, ohne jemals die geringsten Erscheinungen von Hydronephrose gehabt zu haben. **V. E. Mertens** (Kiel).

36) **C. A. Ball.** The diagnosis of impacted calculus in the ureter.

(Brit. med. journ. 1908. April 27.)

B. berichtet über einen Fall von irrtümlicher Annahme eines Steines im Harnleiter auf Grund einer Urinfistel nach Nephrektomie und mehrfachen röntgenographischen Nachweises eines ovalen Schattens in der Linie eines in den Harnleiter geschobenen Bougies. Die Operation ergab keinen Stein im Harnleiter, klärte auch über den Schatten, der nach der Operation am gleichen Orte geblieben war, nicht auf. **Weber** (Dresden).

37) **Ventura.** Uronefrosi ed idrope degli ureteri da fimosi.

(Morgagni 1908. Nr. 27.)

Bei einem an Meningitis gestorbenen Kinde fand sich als zufälliger Nebenbefund eine doppelseitige Hydronephrose, eine hochgradige Erweiterung beider Harnleiter, eine gedehnte Blase und eine erweiterte Harnröhre. Dabei bestand eine Phimose, und die innere Vorhautöffnung lag dem Orificium externum urethrae nicht gegenüber. Während des Lebens hatten keine Symptome von seiten der Harnröhre vorgelegen. **Dreyer** (Köln).

38) **Boari.** Esiti remoti delle uretero-cisto-neostomie eseguite in Italia con il metodo dell' autore (bottone anastomotico).

(Morgagni Parte II. Nr. 27.)

Verf. konnte 12 Harnleiterblasenanastomosen mit Knopfverbindung sammeln, darunter 8 in Italien. Von schweren Traumen und Karzinom abgesehen, bei denen die Grundkrankheit zum Tode führte, wurden die Fisteln stets mit dauerndem Erfolg operiert (5 bis 10 Jahre alte Fälle). In keinem Falle kam es zu einer Nekrose des Harnleiterendes. Die Extraktion des Knopfes von der Harnröhre aus, ging stets leicht und ohne Narkose vonstatten. Niemals kam es zu einer späteren Striktur. Die Vereinigung erfolgte stets primär. Die schnelle und leichte Ausführbarkeit der Methode wird betont. Cystoskopisch zeigte die Harnleitermündung keine Gefäße. **Dreyer** (Köln).

39) **Delbet.** Abouchement des uretères dans le rectum.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 721.)

Im Anschluß an eine Mitteilung von Auvray gibt D. einen Bericht über zwei Fälle, wo beide Harnleiter (aus hier weniger interessierenden Indikationen) in den Darmkanal eingepflanzt wurden. Im ersten Falle wurde ein befriedigender Erfolg erzielt, im zweiten weniger: der Dickdarm hatte sich nicht an die Aufnahme des Urins gewöhnt, Pat. mußte tags 20mal, nachts 10mal den Mastdarm entleeren; im ersten Falle war das nur 3mal erforderlich. Als Ort der Wahl für die Einpflanzung gilt die Stelle des Kolon auf der Höhe oder dicht über dem Promontorium. Der Harnleiter wird unter dem etwas abgelösten Bauchfell nach der Flexur hingeleitet und diese durch einen möglichst kleinen Schnitt eröffnet. Mit Hilfe einer Harnleitersonde, über die man den Harnleiter stülpt, und die ein Assistent in der Ampulle abfängt und aus dem After leitet, wird der Harnleiter in die seitliche Darmöffnung geführt. Naht in zwei Schichten: die erste Darmschleimhaut und alle Harnleiterschichten, die zweite von beiden nur die äußeren Schichten fassend. Nunmehr Naht des Bauchfells, so daß also der Harnleiter vollständig retroperitoneal liegt. **Kaehler** (Duisburg-M.).

40) **A. Carrel** (New York). Acute calcification of the arteries in a cat with transplanted kidneys.

(Proceedings of the New York pathol. society Vol. VII. Nr. 5—8.)

C. exstirpierte einer 1 Jahr alten Katze beide Nieren und setzte ihr die Nieren einer 2jährigen Katze ein. Beide Tiere erwiesen sich bei der Operation als völlig gesund. Das Versuchstier ging am 36. Tage nach der Operation ein. Bei der Sektion fanden sich ausgedehnte Kalkeinlagerungen in der Adventitia der Arterien des großen Kreislaufes, besonders in der Aorta, die in ein starres Rohr verwandelt war. Im übrigen fanden sich normale Verhältnisse. Die eingepflanzten Nieren zeigten normale Größe, Farbe und Konsistenz. (Vorläufige Mitteilung.)

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

41) **Nové-Josserand** et **Ballivet.** Deux cas d'épanchements urineux traumatiques de la région rénale. (Pseudo-hydronéphrose traumatique.)

(Arch. génér. de Chirurgie 1908. Nr. 5.)

Verff. berichten über zwei Fälle traumatischer Pseudohydronephrose, die bei Kindern im Anschluß an ein vor einigen Wochen erlittenes Trauma allmählich in Erscheinung getreten war. In beiden Fällen war das Trauma nicht allzu heftig (Sturz vom Wagen und Fall auf eine Steintreppe). Nur in dem einen Falle kam es zu Dysurie und vorübergehender Hämaturie, während in dem anderen Falle zunächst alle Symptome fehlten. Als wichtigste klinische Erscheinung trat in beiden Fällen eine Geschwulst der seitlichen Bauchgegend auf, die ziemlich rasch an Umfang zunahm und die Operation nötig machte. In dem ersten Falle wurde die perineale cystische Geschwulst durch das Peritoneum hindurch eröffnet und urinartiger Inhalt entleert. Es erfolgte Heilung, indem sich die geschaffene Urinfistel allmählich schloß. Die mikroskopische Untersuchung der Sackwand ließ keine charakteristischen Bestandteile des Nieren- oder Harnleitergewebes erkennen.

Im zweiten Falle fand sich neben der Pseudohydronephrose noch eine wirkliche Erweiterung des Nierenbeckens. Die geschaffene Fistel entleerte keinen Urin; es kam zur septischen Infektion, der Pat. nach 6 Wochen erlag. Die Autopsie ergab eine durch eine myxomatöse Geschwulst bedingte Stenose des Harnleiters, die zu einer faustgroßen Hydronephrose geführt hatte, neben der noch das perirenale Gewebe cystisch erweitert war.

Im Anschluß an die beiden ausführlich geschilderten Fälle erörterten Verff. unter Berücksichtigung der bisher noch spärlichen Literatur die Symptome der Erkrankung (Häufigkeit bei Kindern, lebhafter Schmerz im Augenblick der Gewalteinwirkung, mäßige Hämaturie, rasch wachsende Geschwulst mit urinartigem alkalischen Inhalt), die Pathogenese (Berstung eines gesunden oder schon vorher

hydronephrotisch veränderten Organs), endlich die Therapie. Einfache perirenale Urinergüsse können spontan oder nach einfacher Punktion oder Inzision heilen. In den seltenen Fällen, in denen Niere oder Harnleiter pathologisch verändert sind, muß diese pathologische Veränderung (Hydronephrose oder Stenose) beseitigt werden. **Strauss** (Nürnberg).

42) **C. A. Griffiths.** Remarks on traumatic rupture of the kidney.
(Brit. med. journ. 1908. April 25.)

Bericht über zwei Fälle von Nierenzerreißung, die durch Naht mit Erhaltung der Niere geheilt wurden. Im ersten wurde wegen zunehmender Schwäche und steigender Temperatur die Niere freigelegt und ein Riß genäht, der von der Oberfläche bis ins Becken hineinreichte. Im zweiten Falle trennte ein großer Querriß das untere Drittel der Niere fast völlig ab. Ein zweiter Riß verlief vertikal, aber keiner drang ins Becken ein. Die Nähte hielten nur teilweise in dem brüchigen Gewebe. Der Operateur nahm daher die Fettkapsel zu Hilfe und nähte die Niere wie in einen Sack ein. Auch hier glatte Heilung. **Weber** (Dresden).

43) **G. Barling.** A clinical lecture on the diagnosis and treatment of renal mobility.
(Brit. med. journ. 1908. April 25.)

Bei Operationen bietet sich oft Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, daß beide Nieren auch in normalem Anheftungszustande um etwa $2^1/_2$ cm nach unten verschiebbar sind. Die klinisch bewegliche Niere ist also nur als Steigerung der normalen Beweglichkeit aufzufassen. Die bei Wanderniere so häufigen allgemeinen nervösen Erscheinungen können sehr wohl eine unmittelbare Folge der Nierenbeweglichkeit sein. An der Hand einer Präparatzeichnung setzt B. auseinander, wie nach seiner Auffassung eine nach abwärts sinkende Niere unter Zurücklassung der mit dem Ganglion semilunare verbundenen Nebennierenkapsel am ursprünglichen Orte an diesem Ganglion und den in ihm mündenden Splanchnicusfasern zerrt und so auf Hirn und Rückenmark unaufhörliche Reize überträgt, die schließlich zur Neurasthenie führen können.

Zur Beurteilung seiner Heilungsergebnisse durch Operation teilt B. seine über 100 Fälle in drei Gruppen. Bei der ersten Gruppe, die sich durch Schmerzen, Unbehagen, Ziehen, Koliken, kurz durch lokale Erscheinungen auszeichnete, erzielte er fast überall völlige Heilung; bei der zweiten Gruppe (örtliche Erscheinungen mit Kopfschmerzen, Erschöpfung und Schlaflosigkeit) heilte er die Mehrheit annähernd ganz durch Operation; bei der dritten Gruppe, die aus Kranken besteht mit seelischen Störungen, ist der Erfolg im ganzen unbefriedigend; immerhin teilt Verf. einige bemerkenswerte Fälle mit von völliger Heilung nach Annähung der Niere. Er operiert mit Vorliebe nach der von Jordan Lloyd angegebenen Methode und fixiert die Niere hoch oben unter dem Rippenbogen und dicht am Quadratus lumborum. Wenn beide Nieren beweglich sind und für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden können, so näht B. beide in einer Sitzung fest. Unter mehr als 100 Fällen hatte er nur einen Todesfall, und zwar an nicht erkannter chronischer Nephritis. **Weber** (Dresden).

44) **A. W. Wischnewski.** Anomalien der Nierengefäße bei angeborener Dystopie der Niere.
(Russ. Archiv f. Chirurgie 1907. [Russisch.])

W. fand an einer Leiche die rechte Niere auf der Darmbeinschaufel, die Crista nur wenig überragend. Von den 5 Arterien entsprangen 2 aus der Aorta, 3 aus der rechten Hypogastrica. Die Zahl der Venenstämme war drei. Die Nebenniere lag entfernt in Höhe des 12. Brustwirbels. —

W. benutzt die Gelegenheit, um auf die chirurgisch nicht unwesentliche Eigentümlichkeit hinzuweisen, daß angeborener Tiefstand einer Niere anscheinend stets mit Vermehrung der Gefäße einhergeht. Die Fünfzahl der Arterien ist schon wiederholt beobachtet worden. **V. E. Mertens** (Kiel).

45) **Kapsammer** (Wien). Über Abfluß des gesamten Harnes der gesunden Niere durch die Nephrotomiefistel der erkrankten.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 2.)

Abfließen von Harn aus dem Drainagekanal nach Nephrektomie infolge Insuffizenz des Harnleiterverschlusses ist des öfteren beobachtet worden. Die in der Überschrift dieses Aufsates zu lesende Anomalie stellt dagegen ein Unikum dar. Bei einem 9jährigen Knaben, der an Mixtionsstörungen durch Membranen, Blasen und Gerinnsel im Urin litt, war vergeblich die Sectio alta und Reinigung der Blase ausgeführt worden. Da sich eine linksseitige Nierengeschwulst entwickelte, wurde zunächst linkerseits eine Nephrotomiefistel angelegt, aus der sich zuweilen tagelang der gesamte Urin entleerte. Pat. brauchte nicht durch dis Harnröhre zu urinieren. Zeichen von Harnverhaltung fehlten. Die Untersuchung der später entfernten linken Niere zeigte, daß sie aus einem schlaffen, häutigen Hydronephrosensack bestand, der unmöglich das aus der Fistel rinnende vollwertige Harnexkret geliefert haben konnte. Der zu einer weiten, starren Röhre umgewandelte klaffende linke Harnleiter erklärt die Möglichkeit des abnormen retrograden Urinabflusses. **Kroemer** (Berlin).

46) **Gardini.** Radiografia e radioscopia per la diagnosi di calcoli renale.

(Morgagni Parte II. Nr. 27.)

Zuweilen gelingt es schon bei der Radioskopie Steine nachzuweisen. Zum genaueren Studium von Lage, Form und Größe der Nierensteine ist indes eine Plattenaufnahme notwendig. Unter 86 photographierten Fällen wurden 20mal Steine gefunden, 4mal blieb die Diagnose ungewiß. Von den 16 zur Operation gekommenen Fällen wurden bei dem Eingriff die Steine 14mal entfernt. Einmal fand der Operateur die Steine nicht, und die Beschwerden blieben nach der Operation. Einmal hielt ein Karzinom von weiterem Suchen nach Steinen ab. Drei Fälle illustrieren die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung besonders (zufälliger Steinbefund bei einem als Neurastheniker geltenden Mann, 2mal doppelseitige Steine bei einseitigen Schmerzen). **Dreyer** (Köln).

47) **Nicolich.** Sur deux cas de néphrolithiase aseptique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XXVI. Nr. 10.)

Bis Februar 1908 hat Verf. 21 Kranke mit aseptischer Nephrolithiasis mittels Nephrolithotomie behandelt: bei 19 Operierten trat Heilung per pr. intent. ein; zwei Operierte sind gestorben, der eine an den Folgen der Operation, der andere 10 Tage nach dem Eingriff an einer fibrinösen Pneumonie. In dem ersten Falle handelte es sich um eine Niere, die von einem anderen Chirurgen bereits enthülst und fixiert worden war. Obgleich deutliche Steinsymptome vorlagen und auch durch eine Röntgenuntersuchung ein Konkrement sichergestellt war, hatte es der betreffende Operateur wunderbarerweise nicht für nötig gehalten, die Nephrotomie zu machen. Die Operation an der enthülsten, fixierten Niere war außerordentlich schwierig, das Bauchfell und wahrscheinlich auch die Pleura wurden verletzt; schwere Blutung. Entfernung eines größeren Konkrementes aus dem Nierenbecken. Am 4. Tage kam es zu peritonitischen Erscheinungen, denen die 54jährige Kranke rasch erlag.

Verf. schließt, daß man sich in Fällen, wo die klassischen Symptome der Nephrolithiasis vorliegen, nicht auf die Tastung der freigelegten Niere und nicht auf den röntgenographischen Befund, die die Gegenwart eines Steines anscheinend ausschließen, verlassen, sondern daß man auf jeden Fall die Niere spalten und einen retrograden Katheterismus bis zur Blase vornehmen soll.

Paul Wagner (Leipzig).

48) **Badin.** Valeur de la pyélotomie dans la néphrolithiase.

(Thèse de Lyon 1908. — Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XXVI. Nr. 10.)

Verf. gibt zunächst eine eingehende Beschreibung der Technik der Pyelolithotomie, und teilt dann 10 Operationen dieser Art mit, die der Praxis von Rafin

und von v. Frisch (Wien) entstammen. Bei neun Kranken trat vollkommene Heilung ein; in einem Falle mußte einige Stunden nach der Pyelotomie die Nephrektomie vorgenommen werden, da es zu einer schweren inneren Blutung im Bereiche des Nierenstieles gekommen war. Auch in diesem Falle trat dann Heilung ein.

Nach Verf.s Ansicht soll man in allen Fällen, in denen mittels Röntgenographie frühzeitig genug Nierenbeckensteine diagnostiziert worden sind, die einfache und wenig eingreifende Pyelotomie machen, die bei richtiger Ausführung keine Fistel zurückläßt.

Die Nephrotomie ist indiziert in den Fällen, wo bereits Infektion vorliegt und die Niere breit drainiert werden muß, bei sehr großen und bei sehr zahlreichen Steinen, und bei Steinen, die nicht im Nierenbecken liegen.

Paul Wagner (Leipzig).

49) **Hagen-Torn.** Zur Frage der Nierentumoren und retroperitinealen Geschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

H. publiziert einen Fall, bei dem sich bei der Operation eine Geschwulst fand, die aus zwei Teilen bestand. Der eine Teil umfaßte die Nebenniere, der andere war fest mit der Niere verbunden, und in der Niere selbst fanden sich Inseln von demselben Gewebe wie in der Geschwulst. Wahrscheinlich handelte es sich sowohl in der Niere wie im Retroperitonealgewebe um zurückgebliebene Keime der Embryonalniere. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

50) **Bazy.** Hydronéphrose intermittente par malformation du bassinet.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 559, 565.)

Bei der 36jährigen Pat. lagen die ersten kolikartigen Anfälle mit längerer Anurie 5 Jahre zurück. Bei der Operation fand sich der Abgang des Harnleiters im obersten Winkel eines hoch nach oben gezogenen, stark erweiterten und verdickten Nierenbeckens. Nephrektomie. Unter Berufung auf Duval und Grégoire leugnet B. die Entstehung einer Hydronephrose durch Wanderniere, während Delbet gerade den berichteten Fall als Beweismaterial dafür verwenden will: die Einmündungsstelle des Harnleiters war durch irgendeine Ursache fixiert, die Niere war oder wurde beweglich; so kam die Knickung, die Hydronephrose, zustande. **Kaehler** (Duisburg-M.).

51) **Brewer.** An analysis of 140 operations on the kidney and ureters.

(Amer. journ. of the med. sciences 1908. Mai.)

B. gibt eine ausführliche Analyse seiner 140 Nieren- und Harnleiteroperationen. Dieselben verteilen sich auf 48 Nephrektomien mit 2, 48 Nephrotomien und Probeoperationen mit 9, 13 Enthülsungen mit 2, 9 Verletzungen mit 1, 15 Nephrorrhaphien und 9 Operationen am Harnleiter mit 0 Todesfällen.

Hinsichtlich der Enthülsung bei chronischer Nephritis hat B. nur zwei Erfolge zu verzeichnen; hingegen spricht er sich günstig über die Entkapselung aus bei akuten Fällen, speziell in Fällen subakuter septischer Infarkte. — Einen breiten Raum widmet er der Besprechung der akuten, einseitigen, hämatogenen Infektion. Zum Zustandekommen derselben sind zwei Faktoren nötig: 1) ein septischer Herd irgendwo im Körper, der virulente Bakterien an das Blut abgibt; 2) eine verminderte Widerstandsfähigkeit einer Niere, bedingt durch Trauma, Steine, einen verlegten Harnleiter oder einen früheren septischen Prozeß. — Die Erkrankung ist daher nicht selten die Folge einer Pneumonie, Tonsillitis, akuter Exantheme, Typhus, Furunkel. (In einer Anzahl Fälle gelang es dem Verf., die Erkrankung an Tieren experimentell herbeizuführen.)

Die Symptome sind die allgemeiner schwerer Infektion, Druckempfindlichkeit der Nierengegend. Druckempfindlichkeit und Muskelspannung der Gallenblasen- und Blinddarmgegend können leicht zu Verwechslungen führen. Nur genaueste

Untersuchung des separierten Urins kann Aufschluß geben. Bei der Operation findet man entweder die Niere mit miliaren Abszessen durchsetzt, oder nur einige solitäre, kleine Herde.

Bezüglich der Steindiagnose gibt Verf. zu, auf keinem Gebiete der chirurgischen Diagnostik so vielen Irrtümern verfallen zu sein als gerade hier. Die Röntgenologie hat ihn recht oft im Stiche gelassen bzw. Trugschlüsse zur Folge gehabt. In einem Falle dokumentierte sich der vermeintliche Harnleiterstein als verkalkte Appendix epiploica. (Der Indigkarminuntersuchung ist nirgends Erwähnung getan.)

Levy (Wiesbaden).

52) **J. B. Shober.** Nephro-ureterectomy for tuberculosis.

(Therapeutic gazette 1908. Juni 15.)

Verf. hat bei einer 33jährigen, hereditär schwer belasteten Kranken die tuberkulöse rechte Niere mitsamt dem ganzen Harnleiter durch eine von E. Reynolds angegebene vordere Inzision entfernt. Der ganze Eingriff konnte retroperitoneal vorgenommen werden. 7 Wochen später entfernte Verf. bei der Kranken mittels Laparotomie die fibromatöse Gebärmutter, beide cystisch entartete Eierstöcke und Tuben, sowie den verdickten Wurmfortsatz. Weder makroskopisch noch mikroskopisch konnte in diesen Organen Tuberkulose nachgewiesen werden. Vollkommene Heilung; rasche Gewichtszunahme.

Paul Wagner (Leipzig).

53) **A. H. G. Doran.** Cystic tumour of the suprarenal body successfully removed by operation, with notes on cases previously published.

(Brit. med. journ. 1908. Juni 27.)

Im Anschluß an einen eigenen, mit Glück transperitoneal ausgeschälten Fall von cystischer Entartung der Nebenniere bespricht Verf. Geschichte, Pathologie und Therapie dieser seltenen Geschwulstform, von der er 14 in der Literatur aufgefundene Fälle beschreibt. Die Arbeit faßt alles Wissenswerte über die Krankheitsform zusammen. Literaturangabe.

Weber (Dresden).

54) **Horsley.** Perinephritic abscess following parturition.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 10.)

Innerhalb von 2 Jahren operierte Verf. drei Fälle von eitriger Perinephritis, entstanden im Anschluß an eine Entbindung. In einem Falle war der perinephritische Prozeß 4—5 Tage, im anderen Falle 4—5 Wochen, im dritten Falle 6 Wochen nach der Entbindung in Erscheinung getreten. In einem der Fälle war leichte puerperale Infektion vom Hausarzt notiert worden, die anderen zwei Fälle waren normal verlaufen. Die vaginale Untersuchung bei der Aufnahme in des Verf.s Behandlung ergab ganz normale Verhältnisse.

Heilung der drei Pat. durch Entleerung des Eiters mittels lumbalen Schnittes.

W. v. Brunn (Rostock).

55) **Samurawkin** (St. Petersburg). Ein seltener Fall von Nebenhodenechinokokkus.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 2.)

Verf. gibt zunächst eine Übersicht über die spärlichen Literaturangaben über Echinokokkenaussaat im männlichen Genitalsystem. Unter 2337 Fällen von multipler Echinokokkenbildung fanden sich nur zehn mit dieser Lokalisation der Parasiten, meist im Hoden, bzw. in der Prostata oder in den Samenbläschen. Im Nebenhoden saß der von Cooper (Davaine) beschriebene Echinokokkus. Dazu kommt vorliegende Beobachtung, die von v. Fedoroff an einem 27jährigen, kräftigen Bauer gemacht wurde. Pat. hatte sich wegen Anschwellung des linken Hodens an das Bezirkskrankenhaus gewandt, wo die Geschwulst durch Punktion entleert wurde. Danach entstand eine zunächst serös, später eitrig sezernierende Fistel. Im exstirpierten Präparat nahm der vereiterte Echinokokkus den um das Dreifache

vergrößerten Nebenhoden ein. Letzterer zeigt im übrigen fibröse, schwielige Entartung, so daß die Annahme des Verf.s berechtigt erscheint, daß der Parasit schon längere Zeit bestanden habe. — Pat. wurde geheilt entlassen.

Kroemer (Berlin).

In Nr. 21 des Zentralblattes für Chirurgie empfiehlt Cardenal in einer Originalmitteilung den »Dauerkatheterismus der Ureteren in der chirurgischen Behandlung verschiedener Blasenleiden und der Prostatahypertrophie« und vertritt dabei die Ansicht, daß noch nicht versucht sei, in beide Harnleiter Dauerkatheter einzulegen. Diese Annahme kann ich nicht unwidersprochen lassen, denn Cardenal hätte seine bibliographische Umschau nur auf den Jahrgang 1907 des von ihm für seine Publikation gewählten Zentralblattes für Chirurgie auszudehnen brauchen und in dem Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 36. Kongreß, abgehalten vom 3.—6. April 1907 gefunden, daß ich dort auf p. 83—86 in einem Autoreferat ebenso wie in extenso im Archiv für klinische Chirurgie Bd. LXXXV in einem »Modifikationen der Sectio alta« betitelten Vortrag in der gleichen Weise empfohlen habe, die Blase nach Sectio alta für einige Tage vollständig trocken zu legen »durch beiderseitiges Einlegen eines Ureteren-Dauerkatheters«, welche durch die Urethra nach außen geleitet werden. An der gleichen Stelle rate ich ebenso wie Cardenal »in die Ureteren-Dauerkatheter, so lange sie liegen, täglich 1—2mal einige Kubikzentimeter einer 1⁰/₀₀igen Höllensteinlösung einlaufen zu lassen«. **Wullstein.**

LXXX. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte

in Köln a. Rh. vom 20. bis 26. September 1908.

Abteilung: Chirurgie.

(Gemeinschaftliche Sitzung mit anderen Abteilungen.)

Angemeldete Vorträge:

1. Schridde (Freiburg) und Türk (Wien). Über Regeneration des Blutes unter normalen und krankhaften Verhältnissen.

2. Orth (Berlin). Über experimentelle enterogene Tuberkulose.

3. Bartel und Neumann (Wien). Über Immunisierungsversuche gegen Tuberkulose.

4. Wolf-Eisner (Berlin). Über die Konjunktivalreaktion.

5. Hamburger (Wien). Kutan- und Stichreaktion mit Tuberkulin; für Carl v. Pirquet.

6. Über Röntgentherapie: Referenten: Krause (Jena), Kienböck (Wien), Gocht (Halle).

7. Lauenstein (Hamburg). Zur Frage der Contusio abdominis gravis und der Indikationsstellung zur Operation.

8. Riedel (Jena). Über quere Resektion des Magens.

9. Clairmont (Wien). Zur Lokalisation des Ulcus ventriculi in ihrer Bedeutung für das operative Fernresultat.

10. Wilms (Basel). Technik der temporären Kolostomie.

11. Kausch (Schöneberg). Über zweizeitige Operationen.

12. Bunge (Bonn). Zur Frage des Wringverschlusses des Darmes.

13. Kuhn (Kassel). a) Gastroenterostomie und Enteroanastomose mittels Gummi.
b) Behandlung des Ascites mit Dauerdrainage (Interne einladen!).

14. A. v. Lichtenberg (Straßburg). Verhalten der Lungen und des Herzens nach abdominellen Eingriffen.

15. Morian (Essen). Über das Karzinom der Papilla Vateri.

16. Loening und Alex Stieda (Halle). Weitere Beiträge zur Gastroskopie.



17. *Kudlek (Köln). Lennander's Theorie über die Schmerzempfindung innerer Organe und die Nutzanwendung für die Diagnostik.*

18. *Vorschütz (Köln). Zuführung von Alkalien in der chirurgischen Therapie.*

19. *Sonnenburg (Berlin). Über Perityphlitis.*

20. *Krabbel (Aachen). Wann soll Appendicitis operiert werden?*

21. *Clairmont und H. v. Haberer (Wien). Zur operativen Behandlung des Gallensteinleidens, Cholecystostomie oder Cholecystektomie?*

22. *Schulz (Barmen). Beiträge zur Gallensteinchirurgie. Zur Diskussion.*

23. *Kuhn (Kassel). a) Äußere Gallenblasen-Dünndarmanastomose (bei Choledochusverschluß, bei Hepaticusdrainage).*

b) Spülungen durch die Gallenwege.

24. *Heyde (Marburg). Die Bedeutung anaerober Bakterien für die Peritonitis appendicitischer Entstehung.*

25. *Guleke (Straßburg). Zur Frage der Behandlung diffuser Peritonitiden.*

26. *Dreesmann (Köln). Diagnose und Behandlung der akuten Pankreatitis.*

27. *P. Clairmont (Wien) Die Scheineinklemmung von Brüchen.*

28. *Krönlein (Zürich). Prognose und Technik der Nierenexstirpation bei Nierenneoplasmen.*

29. *Reerink (Freiburg). Über die Wirkung der Cavaunterbindung auf die Nieren (experimentelle Untersuchungen).*

30. *Graff (Bonn). Über Massenblutungen aus anatomisch wenig veränderten Nieren.*

31. *Garrè (Bonn). Thema vorbehalten.*

32. *Freiherr v. Eiselsberg (Wien). Über Tetanus.*

33. *Capelle (Bonn). Über Dauerresultate nach Gefäß- und Organtransplantationen.*

34. *Sauerbruch (Marburg). Über Parabiose.*

35. *Carl Beck (Neuyork). Hypospadiebehandlung nebst anderen plastischen Methoden, welche sich bei der Harnröhre anwenden lassen.*

36. *Kausch (Schöneberg). Ein Instrument zur Lumbalpunktion (Druckmesser und Injektion).*

37. *Kuhn (Kassel). a) Sterilcatgut.*

b) Tetanus als Testobjekt bei der Catgutsterilisation.

c) Resorbierbarer Silberdraht.

38. *Lossen (Köln). Über Bier'sche Stauung und Saugbehandlung.*

39. *Feinen (Köln). Über Mastitis.*

40. *Zeller (Berlin). Über einige Versuche zur Wiederbelebung von durch Verblutung oder Einatmen von Giften getöteten Tieren.*

41. *Fritz Cahen (Köln). Über die Behandlung der Kastration in der Behandlung der Mammakarzinome.*

42. *Aenstoots (Köln). Zur Radikaloperation bei chronischen Kieferhöhlenempyemen.*

43. *Referenten Kienböck (Wien).*

44. *Gocht (Halle).*

45. *Luxembourg (Köln). Zur Kasuistik der Röntgenkarzinome.*

Über Lungenchirurgie.

46. *Referenten Brauer (Marburg).*

47. *Friedrich (Marburg).*

48. *Zur Diskussion Garrè (Bonn).*

49. *Zur Diskussion Sauerbruch (Marburg).*

50. *Hoffmann und v. d. Velden (Düsseldorf). Die Emphysemoperation.*

51. *Tiegel (Dortmund). Ein einfacher Apparat zur Überdrucknarkose (mit Demonstrationen).*

52. *Kuhn (Kassel). Überdruck an der Lunge: a) Mittels peroraler Intubation und Ventilation der Trachea ohne Ventil.*

b) Mittels weicher, halbdurchlässiger Kopfmaske ohne jedes Ventil (mit Demonstrationen).

53. *Derselbe: Behandlung der Asphyxie unter peroraler Intubation und Ventilation der Trachea (mit Demonstrationen).*
54. *Gottstein (Breslau). Das Pulsionsdivertikel des Ösophagus.*
55. *Glücksmann (Berlin). Extraktion verschluckter Fremdkörper.*
56. *Kersting (Aachen). Wann soll der Chirurge den Zahnarzt rufen?*
57. *Müller (Rostock). a) Über Operation bei Arthritis deformans.*
b) Demonstrations-, Knochen- und Gelenkpräparate.
58. *Wollenberg (Berlin). Die Ätiologie der Arthritis deformans im Lichte der Experimente.*
59. *Biesalski (Berlin). Praktische Folgerungen aus der Statistik jugendlicher Krüppel.*
60. *Joachimsthal (Berlin). Die frühzeitige Diagnose bei angeborenen Hüftverrenkungen.*
61. *Dreesmann (Köln). Ätiologie und Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.*
62. *Mayer (Köln). Zur Behandlung schwerer Kinderlähmungen mit Demonstrationen.*
63. *Silbermark (Wien). Trauma, Gelenktuberkulose, Operationstrauma, Allgemeine Tuberkulose.*
64. *Lossen (Köln). Über extrakapsuläre Radikalresektion tuberkulöser Ellbogen- und Hüftgelenke.*
65. *König (Altona). Beobachtungen über Callusbildung bei Frakturen.*
66. *Bardenheuer (Köln). Die Versorgung der Nervenenden nach Amputationen zur Verhütung der Entstehung der Neurome, sowie zur Heilung der bestehenden.*
67. *Luxembourg (Köln). Statistik der in den Jahren 1902 bis 1906 im Kölner Bürgerhospitale behandelten Oberschenkelbrüche (mit Ausnahme der Schenkelhalsfrakturen).*
68. *Feinen (Köln). Über Schenkelhalsbrüche.*
69. *Finsterer (Wien). Über die Behandlung der kongenitalen Luxation der Patella.*
70. *Derselbe. Zur Kenntnis der Kompressionsfraktur des Os lunatum.*
71. *Vorschütz (Köln). Demonstration einer Unterschenkelschiene.*
72. *Kuhn (Kassel). Improvisation stärkster Extensionen zur Behandlung von Frakturen in der Praxis bei geringer Assistenz (mit Lichtbildern).*
73. *Holländer (Berlin). Über plastische und kosmetische Operationen (mit Lichtbildern).*
74. *Klapp (Berlin). Über die Narkose bei künstlich verkleinertem Kreislauf.*
75. *Marwedel (Aachen). Über die chirurgische Behandlung der Lähmungen des Oberarmes.*
76. *Martin (Köln). Über sklerosierende Osteomyelitis (Ostéite à forme neuralgique).*
77. *Witzel (Düsseldorf). Über den Schutz des Peritoneums bei Operationen.*
78. *Anschütz (Kiel). Magensaftfluß bei Magenkarzinom.*
79. *v. Bramann (Halle). Beitrag zur Hirnchirurgie.*
80. *Bardenheuer (Köln) ist bereit, zu einer noch zu vereinbarenden Stunde am Krankenbett die Extensionsbehandlung im Bürgerhospital zu demonstrieren.*

Berichtigung. Der Verfasser der in Nr. 33 unter 7 referierten Arbeit heißt Kutner, nicht Huther.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 35. **Beilage.** **1908.**

Bericht über die Verhandlungen

der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,

XXXVII. Kongreß,

abgehalten vom 21.-24. April 1908

im Langenbeck-Hause.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

1908.

Inhalt.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **F. Trendelenburg** (Leipzig). Über die operative Behandlung der Embolie der Lungenarterie.

Es ist zunächst die Frage zu erörtern, ob bei der Embolie der Lungenarterie diejenigen Vorbedingungen erfüllt werden können, ohne welche ein chirurgischer Eingriff nicht berechtigt sein würde, d. h. ob die Diagnose der Embolie mit der nötigen Sicherheit gestellt werden kann, und ob genügende Zeit für die Operation zu Gebote steht.

Die erste Frage ist zu bejahen. Bei einer gewissen Mannigfaltigkeit der Symptome im einzelnen ist die Gesamtheit derselben doch sehr charakteristisch. Meist wird die Diagnose auch durch schon vorher bekannte Nebenumstände gestützt, es ist eine Operation mit Freilegung oder Unterbindung größerer Venen vorhergegangen, oder es besteht nachweislich eine Thrombose der Femoralis, oder es hat ein Knochenbruch an der unteren Extremität stattgefunden, oder der Kranke ist mit Varicen behaftet. Die Auskultation am Herzen ergibt meist einen negativen Befund. Systolische oder systolische und diastolische Geräusche sprechen dafür, daß der Embolus sich noch im rechten Herzen aufhält. — Was die zweite Frage betrifft, so tritt der Tod keineswegs so häufig ganz plötzlich ein, wie man gewöhnlich glaubt. Von neun Fällen von Embolie im Leipziger Krankenhaus endeten nur zwei ganz schnell, in 1—2 Minuten, tödlich, bei sieben Fällen verstrich eine Zeit von 10 Minuten bis zu einer Stunde, ehe der Kranke dem embolischen Anfall erlag. Bei mindestens der Hälfte der Fälle werden wenigstens 15 Minuten zu Gebote stehen, also in einem Krankenhause eine genügende Zeit für die Operation.

Die Technik der Operation wird an Abbildungen und an einem Leichenherzen demonstriert. Sie entspricht der im Zentralbl. f. Chir. 1908, Nr. 4 gegebenen Darstellung. Dem dort empfohlenen Lappenschnitt zur Eröffnung des Thorax ist ein Querschnitt auf der zweiten Rippe und ein senkrechter Schnitt am linken Sternalrande vorzuziehen; die durch die Schnitte umschriebenen dreieckigen Hautmuskellappen werden zurückgeschlagen, der an das Sternum grenzende Teil der zweiten Rippe wird in einer Länge von 10—12 cm reseziert.

Versuche an Tieren ergaben, daß die vollständige Kompression der Pulmonalis nur 45 Sekunden bis 2 Minuten ertragen wird, also viel weniger lange als die Kompression der Venae cavae, welche nach Sauerbruch's Angabe bis zu 10 Minuten vertragen wird. Wahrscheinlich versorgen bei Kompression der Cavae die Kranzvenen des Herzens das rechte Herz und den kleinen Kreislauf noch mit etwas Blut, während bei der Kompression der Pulmonalis jede Blutzufuhr

zu den Lungen abgeschnitten ist. Die gleichzeitige Kompression der Pulmonalis und der Aorta bietet dieselben Erscheinungen dar, wie die Kompression der Pulmonalis allein.

Die Extraktion der Emboli aus der komprimierten und dann angeschnittenen Pulmonalis muß also möglichst schnell geschehen. Die Zeit von 45 Sekunden ist aber für ein paar so einfache Handgriffe eine verhältnismäßig lange. Auch steht nichts im Wege, wenn man mehr Zeit braucht, die Arterie seitlich zuzuklemmen, die Kompression zu lösen, den Blutstrom für kurze Zeit durchzulassen, dann wieder zu komprimieren und mit dem Absuchen der Äste der Lungenarterie fortzufahren.

Das in der früheren Veröffentlichung erwähnte Kalb, bei dem im Dezember 1907 ein 15 cm langer Embolus aus der Lungenarterie extrahiert war, wurde im März d. J. getötet. Das Präparat des Herzens wird demonstriert. Man erkennt an der Innenseite der Pulmonalis an einer ganz zirkumskripten schwieligen Verdickung die Stelle, wo die Arterie inzidiert wurde. Die eingeheilten Seidenfäden sind sowohl an der Intima wie auch außen nirgends zu sehen, da sie von der Gewebswucherung überdeckt sind.

Ein Versuch mit der Operation bei einer 70jährigen Frau führte nicht zum Ziel, da Pat. vor Beendigung der Operation starb.

Nachschrift:

Inzwischen sind wieder zwei Fälle von Embolie in der chirurgischen Klinik zu Leipzig zur Operation gekommen (vgl. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII, p. 282 und Deutsche med. Wochenschrift 1908, Nr. 27). Beide Fälle beweisen die Durchführbarkeit der Operation beim Menschen. Bei der Operation schon pulslos, erholten sich die Kranken schnell nach Extraktion der bis zu 34 cm langen Thrombenstücke aus der Pulmonalis. Der Blutverlust aus der Pulmonalis war minimal. Die erste Pat. starb 15 Stunden nach der Operation an Herzschwäche. Auch bei dem zweiten Kranken trat leider der Tod ein, aber erst 37 Stunden nach der Operation, und zwar infolge einer Nachblutung aus der Art. mammaria interna. In einem Pulmonalisaste steckte noch ein zurückgebliebener Embolus.

(Selbstbericht.)

---

2) **Kümmell** (Hamburg). Abkürzung des Heilungsverfahrens Laparotomierter durch frühes Aufstehenlassen.

Nach einem historischen Überblick über die bisher ausgeübte Methode des Frühaufstehens Operierter und speziell Laparotomierter bespricht K. seine diesbezüglichen Erfahrungen auf diesem Gebiete. Seit Januar 1908 hat er über 164 Pat. zu verfügen, die zwischen dem 1. und 3. Tage nach der Operation das Bett verlassen haben. Dabei befanden sich Herniotomien (50), Operationen nach Alexander-Adams (8), Appendektomien [à froid (56) und à chaud (20)], Exstir-

pationen von Ovarialkystomen (7), Myome (4), ferner Salpingektomien [Pyosalpinx und Tubargraviditäten], Cholecystektomien (3), Gastroenterostomien, Enteroanastomosen (4) und Probelaparotomien. Den Beweggrund zum Abgange von der bisher üblichen Methode, Operierte und Laparotomierte 14 Tage bis 3 Wochen strenge das Bett hüten zu lassen, bildete die auch von anderer Seite (amerikanische Chirurgen, deutsche Gynäkologen) gemachte Erfahrung, daß Embolien wesentlich verringert werden, wenn durch frühes Aufstehen, bald nach der stattgehabten Operation, also am 1.—3. Tage, ein den gewöhnlichen Lebensverhältnissen der Kranken möglichst gleicher Zustand herbeigeführt wird und die Tätigkeit des Herzens normalen Umständen entspricht. Tatsächlich haben die Erfahrungen anderer Operateure auf diesem Gebiet eine erhebliche Herabsetzung der Embolien und Thrombosen gezeitigt.

Unter den 164 Fällen, die K. seiner speziellen Betrachtung unterzieht, ist nur eine unerhebliche Thrombose, dagegen keine Embolie eingetreten, während unter dem alten Modus im Jahre 1906 und 1907 bei nahezu gleicher Laparotomienzahl von ca. 600 etwa 1% Todesfälle an Embolie bzw. Thrombose eintraten. Einen nicht zu unterschätzenden Vorteil der neu geübten Methode erblickt indessen K. darin, daß wider alles Erwarten außerordentlich feste und derbe Narbenverhältnisse geschaffen werden. Als Vorbedingung für die Methode führt K. an:

1) Einwandsfreie Narkose ohne Erbrechen und weitere Komplikationen.
2) Rasches Operieren und geringer Blutverlust.
3) Aseptischer Wundverlauf.
4) Derbe und feste Fasciennaht.

Indessen ist hier wie bei jeglicher anderen Maßnahme von derartig prinzipieller Bedeutung Schematisieren absolut verwerflich, hingegen verlangt auch hier die Bewertung der individuellen Eigenschaften der Pat. ihre volle Berücksichtigung.

Nachteile der Methode hat K. bisher nie wahrgenommen, statt dessen hat sie sich bewährt 1) als sie die nach Laparotomien sonst so lästigen und quälenden Symptome gestörter Darmtätigkeit verringert, 2) als sie das subjektive Wohlbefinden der Pat. steigert, 3) als sie die Kräftigung fördert, kurz als sie die Dauer der Rekonvaleszenz ganz wesentlich abkürzt und vor allen Dingen festere Narben schafft.

(Selbstbericht.)

---

3) **A. Fränkel** (Wien). Über postoperative Thrombose und Embolie.

Die postoperative Thromboembolie steht in direkter ursächlicher Beziehung zur Operation; es muß demnach schon bei der Prognose der letzteren mit dieser Eventualität gerechnet werden. Ein ansehnlicher Prozentsatz der Operierten hat durch diesen Zustand teils

unter einem unerwartet in die Länge gezogenen, von steter Gefahr bedrohten Krankenlager zu leiden oder erliegt dieser Komplikation. Nahezu 5 % der Laparotomierten akquirieren Thrombosen, und nahezu die Hälfte der Thrombosenfälle sind von Embolien gefolgt.

Die Protokolle des Wiener pathologischen anatomischen Institutes wiesen für das Jahr 1906 allein achtzehn durch postoperative Lungenembolie verursachte Todesfälle auf. Hierzu kommen noch eine erhebliche Anzahl postoperativer embolischer Pneumonien.

Zweierlei Arten von postoperativen Thrombosen sind zu unterscheiden; zunächst jene, welche die Venen des Operationsgebietes selbst betreffen. Sie sind unzweifelhaft auf septische Wundinfektion zurückzuführen. — Thrombophlebitis septica. — 2) die entfernten Thrombosen; diese können sich an Fälle von anscheinend vollkommen aseptischem Wundverlauf anschließen, und die Venen des Operationsgebietes können dabei vollkommen frei bleiben; die Thrombose betrifft zumeist eine der Schenkelvenen — gewöhnlich die linke. Sie stellen reine Thrombosen dar, mit nur sehr geringen lokalen und allgemeinen Reaktionserscheinungen. Mit ausgesprochener Prävalenz schließen sich diese Thrombosen an Laparotomien an.

Man hat für diese letztere Form der postoperativen Thrombosen auch nach besonderen Erklärungen gesucht und glaubte sie nach Analogie mit den adynamischen oder marantischen Thrombosen in der durch die aufgezwungene Ruhe des Krankenlagers bewirkten Verlangsamung der Zirkulation und Herabsetzung der Herzkraft, ferner in der Schädigung des Herzens durch die Narkose gefunden zu haben.

Dem widerspricht, daß es sich um Individuen des besten Lebensalters handelt, die, ohne nach der Operation Störungen der Zirkulation oder der Atmung aufgewiesen zu haben, ganz unerwartet Thromboembolien darboten. Die Thromboembolie wurde ferner auch nach Operationen in medullarer oder lokaler Anästhesie beobachtet; für diese entfällt die Narkose als pathogenetisches Moment. Die respiratorischen und Kreislaufstörungen schließen sich zudem, wofern sie durch die Narkose bedingt werden, unmittelbar an diese an, wogegen diese postoperativen Thromboembolien nach Ausgleich dieser Folgen im Zeitpunkte der Rekonvaleszenz in Erscheinung zu treten pflegen.

Gegen die dynamisch-kardialen Ursachen spricht übrigens die relative Seltenheit derartiger Zustände bei unzweifelhaften Erkrankungen des Herzens ohne Operation.

Vortr. glaubt, daß am ungezwungensten auch diese entfernten postoperativen Thrombosen schließlich auf dieselben ätiologischen Momente zurückzuführen wären, wie die Thrombosen des Operationsfeldes und sieht in diesen postoperativen Zufällen, auch wenn sie bei anscheinend ungestörter Asepsis auftreten, ein wenn auch spätes Zeichen stattgehabter Wundinfektion.

Als analoge Erscheinung ist die postoperative Parotitis zu betrachten; sie hat mit den postoperativen Thrombosen das Gemeinsame, daß sie nach Laparotomien und gynäkologischen Eingriffen besonders

häufig auftritt. Diese Koinzidenz wollte man seinerzeit durch eigenartige nervöse Beziehungen zwischen Keimdrüsen und Parotis erklären. Gegenwärtig gilt die postoperative Parotitis allgemein als infektiöse Metastase, deren Eintrittspforte die Operationswunde bildet.

Auch bei der Parotititis nach Laparotomien konstatiert man, wie bei der postoperativen Thrombose, ein beschwerdefreies Intervall zwischen primärer und metastatischer Infektion. Ein Gleiches beobachtet man auch bei anderweitigen Infektionen, z. B. Osteomyelitis nach Angina oder nach einer Staphylomykose der Haut, oder bei Wurmfortsatzentzündung nach Angina. Die primäre Infektion kann bei der Unscheinbarkeit der Symptome auch bei diesen Erkrankungen der Aufmerksamkeit vollkommen entgangen sein.

Wenn demnach auch die postoperative Thromboembolie förmlich als selbständiges Krankheitsbild auftritt, so kann dies doch nicht hindern, ihren letzten und eigentlichen Grund in der Wunde selbst zu suchen; denn von allen ätiologischen Faktoren, die für die Entstehung der Thrombose in Betracht kommen, ist keines so sichergestellt wie die Infektion und Intoxikation.

Pathogene Keime beherbergt aber mehr oder weniger jede Wunde — auch bei anscheinend vollkommen reaktionslosem Verlauf —, und ihre Wirkungen können gegebenenfalls in einer späteren Zeit und an einer entfernten Körperstelle in Form metastatischer infektiöser Prozesse in Erscheinung treten. Letztere nehmen milde Formen an, wenn die wenig virulenten Bakterien nicht auf dem direkten Wege einer Thrombophlebitis, sondern erst nach Passage des Lymphdrüsenfilters in die Blutbahn gelangen.

Die Prädisposition der Laparotomien für diese Art postoperativer Zufälle liegt darin, daß gerade bei diesen Operationen in dem so häufig sich einstellenden Zustande postoperativer Magen-Darmlähmung für den Durchtritt von Bakterien und Toxinen in das Blut besonders günstige Vorbedingungen gegeben sind.

Daß dieser Zustand von Magen-Darmlähmung nach Laparotomie als ein septischer zu betrachten ist, erhellt auch aus der Beobachtung, daß bei Sepsis extraabdominellen Ursprunges derlei Magen-Darmlähmungen zu beobachten sind.

Auch bei Abdominaltyphus stellen sich die Thrombosen, deren bakterielle Ätiologie hier vollkommen sichergestellt ist, erst in der Rekonvaleszenz ein, und auch hierbei mag die Darmlähmung in gleicher Weise wie die postoperative nach Laparotomie den ätiologisch maßgebendsten Moment bilden für das Zustandekommen mancher in der Rekonvaleszenz auftretender Metastasen.

Nicht minder deutet das Studium der Krankengeschichten von Fällen von postoperativer Thromboembolie auf den ursächlichen Zusammenhang mit Magen-Darmlähmung nach Laparotomie. Man vermißt dabei selten den ausdrücklichen Hinweis auf diesen Zustand.

Wenn auch in der Wunde die nächstliegende und gewiß häufigste Primärinfektion gesucht werden muß, die auf dem Wege latenter

Bakteriämie das Zustandekommen postoperativer Thromboembolie erklärt, so darf außerdem die Möglichkeit auch anderweitiger Eintrittspforten der Infektion (z. B. vorausgegangene Angina) nicht außer acht gelassen werden.

In praktischer Beziehung wird diese Deutung in jedem Falle postoperativer Thromboembolie einen Mangel in der operativen Asepsis sehen und zur Revision des ganzen Apparates der Wundbehandlung auffordern. Die Prophylaxe der Thromboembolie fällt in diesem Sinne mit der Prophylaxe der Wundinfektion zusammen.

Die mechanische Theorie glaubt außerdem in einer geänderten Nachbehandlung das geeignete Mittel zur Vermeidung dieser postoperativen Zustände gefunden zu haben: die Laparotomierten werden veranlaßt, bald nach der Operation das Bett zu verlassen, Atmungsgymnastik, Massage usw. wird angewandt. Diese »geänderte Nachbehandlung« ist nur in ihrer allgemeinen Anwendung auf alle Laparotomierten wirklich neu. In individualisierender Weise wurde sie mehr oder weniger bei Erscheinungen funktioneller Insuffizienz immer geübt. Als wichtigste prophylaktische Fürsorge muß das frühe Eingreifen gegen die Erscheinungen der postoperativen Magen-Darmlähmung empfohlen werden.

Die operative Therapie der schon ausgebildeten Thrombose (Resektion der sicht- und fühlbaren Venenstränge nach Müller) ist in ihren Erfolgen unzuverlässig, um so mehr als gleichzeitig thrombosierte Venen in der Tiefe mit ihren Gefahren der Embolie durch diese Operation nicht beeinflußt werden. Der Trendelenburg'schen Operation (Punktion des Conus arteriosus und Aspiration des Embolus) stellt sich außer der Größe des Eingriffes noch die Schwierigkeit entgegen, im einzelnen Falle aus den klinischen Vorboten der Embolie festzustellen, ob ein relativ unschuldiger Infarkt oder eine tödliche Embolie bevorsteht; nur in letzterem Falle wäre an die operative Bloßlegung des Herzens zu denken. (Selbstbericht.)

---

4) **Ranzi** (Wien). Postoperative Thrombose und Embolie.

R. berichtet über die innerhalb der letzten 7 Jahre in der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachteten postoperativen embolischen Lungenaffektionen. Unter 6871 Operationen wurden 263 Lungenkomplikationen überhaupt und unter diesen wieder 57 embolische Affektionen beobachtet. Dieselben verteilen sich: 1) auf 23 tödliche, nicht infizierte Lungenembolien, 2) auf 20 Lungeninfarkte und 3) auf 14 embolisch eitrige Prozesse. Neben lokalen Ursachen, die in 16 Fällen vorhanden waren, müssen von allgemeinen Ursachen besonders die recht häufigen Herzfleischerkrankungen genannt werden. Gerade mit Rücksicht auf diesen Umstand wird in der Klinik v. Eiselsberg besonderes Gewicht auf die Vorbereitung der Pat. vor größeren Eingriffen mit Herzmitteln (Digalen) gelegt. Aus

demselben Grund wird bei länger dauernder Operationen zur Fortsetzung der Narkose stets Äther angewendet. Im letzten Jahre wurde zur kombinierten Narkose mit Skopolamin-Morphin übergegangen. Von anderen prophylaktischen Maßregeln werden Atemgymnastik, leichte Massage der Extremitäten, Lageveränderung des Oberkörpers und Entspannung der Extremitätenmuskulatur durch unter die Knie gelegte Kissen erwähnt. Das frühzeitige Aufstehenlassen nach Laparotomien hält R. nicht für angezeigt, einerseits weil nur wenig Fälle beobachtet wurden, in denen sich die Embolie im Anschluß an das Aufstehen nach längerem Krankenlager anschloß, andererseits weil die Befunde bei Relaparotomien und Sektionen, welche in den ersten 10 Tagen nach der Operation gelegentlich in bezug auf die Wundverheilung in der Bauchwunde erhoben wurde, ebenso wie die üblen Erfahrungen, die mit dem postoperativen Vorfall von Baucheingeweiden gemacht wurden, gegen eine Abkürzung des Liegens nach Laparotomien sprachen. Eine große Anzahl von Embolien (23) wurden in den ersten 5 Tagen beobachtet.

Die Operation nach Trendelenburg wurde bisher in der Klinik nicht ausgeführt, doch glaubt R., daß dieselbe in geeigneten Fällen zu versuchen sei. Am ehesten würde man sich bei den plötzlichen Todesfällen zur Operation entschließen, doch werden sehr häufig äußere Umstände die Ausführung vereiteln. Bei den protrahierten Fällen von Lungenembolien begegnet die Indikationsstellung zur Operation bald großen Schwierigkeiten, da man auch in ganz verzweifelt erscheinenden Fällen noch ab und zu durch Exzitantien einen Erfolg erzielt. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, daß man den Sitz der Embolie nicht mit Sicherheit bestimmen kann. Nur wenn der Embolus im Stamm bzw. einem Hauptast der A. pulmonalis sitzt, sind für die Operation günstige Verhältnisse vorhanden. Unter 9 protrahiert verlaufenden Lungenembolien war dies 4mal der Fall, in 5 Fällen saßen multiple Emboli in den Nebenästen der Lungenarterie.

Daß auch Abnormitäten am Herzen den Erfolg einer Operation gelegentlich verhindern können, beweist ein Fall, der in der Klinik beobachtet wurde. Nach der Radikaloperation einer Nabelhernie trat am 7. Tag ein embolischer Insult auf, der in 5 Stunden zum Tode führte. Die Sektion zeigte eine paradoxe Embolie, indem einerseits die Lungenarterie durch einen Embolus verstopft war, andererseits eine Embolie der Aorta ascendens und der Arcus aortae am Abgang der großen Gefäße vorhanden war, die durch ein offenes Foramen ovale zustande gekommen war. (Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 1—4.

Borelius (Lund): In meiner Klinik waren bis Ende des vorigen Jahres die Laparotomierten immer wenigstens 14 Tage nach der Operation bettlägerig. Vom Anfang dieses Jahres habe ich versucht, nach undrainierten, aseptisch heilenden Laparotomien die Operierten etwas früher aufstehen zu lassen, die meisten nach 8 Tagen, einige, unwillige,

erst nach 10, 12 Tagen, einzelne, die selbst gern aufstehen wollten, schon nach 5 Tagen. Laparotomierte noch früher, also schon am 2., 3. Tage nach der Operation aus dem Bette zu treiben, möchte ich nicht zuraten. Ich habe von dem Verfahren keine Unannehmlichkeiten gesehen, nur einmal ist es mir passiert, daß eine Pat., die 8 Tagen nach einer Appendicitislaparotomie aufgestanden war, nach 2 Tagen wieder wegen leichter Erscheinungen einer Thrombose ins Bett mußte; sie blieb 6 Tage im Bette, konnte dann wieder aufstehen, aber blieb in der Klinik noch 12 Tage lang. In der Zeit vom 1. Januar bis 1. April sind im ganzen 97 Laparotomien ausgeführt; von diesen sind 43 früh aufgestanden; die Bettsejour ist für diesen mit durchschnittlich 5 Tagen abgekürzt. Die Sejour in der Klinik ist mit ungefähr ebenso vielen Tagen abgekürzt, was gewiß für viele Kranke sowohl wie für die überbelegte Klinik unbedingt ein Vorteil ist.

Von viel größerer Bedeutung wäre es natürlich, könnte man durch dies früher Aufstehenlassen die Komplikationen und ganz besonders die postoperativen Pneumonien, die Thrombosen und Lungenembolien einigermaßen günstig beeinflussen.

In den letzten 10 Jahren — 1. April 1898 bis 1. April 1908 — sind in der chir. Universitätsklinik in Lund im ganzen 1808 Laparotomien ausgeführt; von diesen sind an Pneumonie gestorben 23 = 1,3% und an Lungenembolie gestorben 7 = 0,4%.

Die postoperativen Pneumonien betrafen in 12 Fällen undrainierte, prima heilende Laparotomien, 11mal drainierte Fälle.

Die Lungenembolien trafen 4mal undrainierte Fälle.

Das Einsetzen der Pneumonie ist in den undrainierten, aseptischen Fällen angegeben zu:

1	Tag	nach	der	Operation	in	1 Fall
2	»	»	»	»	»	1 »
4	»	»	»	»	»	4 »
5	»	»	»	»	»	1 »
6	»	»	»	»	»	1 »
7	»	»	»	»	»	1 »
8	»	»	»	»	»	1 »
9	»	»	»	»	»	1 »
10	»	»	»	»	»	1 »

in den drainierten Fällen zu:

1	Tag	nach	der	Operation	in	2 Fällen
2	»	»	»	»	»	1 »
3	»	»	»	»	»	2 »
4	»	»	»	»	»	1 »
5	»	»	»	»	»	1 »
7	»	»	»	»	»	1 »
8	»	»	»	»	»	2 »
später als 10	»	»	»	»	»	1 »

Die Lungenembolie kam:

am	3.	Tage	nach	der	Operation	in	1 Fall
»	6.	»	»	»	»	»	1 »
»	7.	»	»	»	»	»	3 »
»	14.	»	»	»	»	»	1 »
»	16.	»	»	»	»	»	1 »

Ich habe die betreffenden Krankengeschichten durchgesehen, und ich muß sagen, ich habe daraus keinen Grund gefunden, um zu behaupten, daß es mir besser gegangen wäre, wenn ich während allen diesen 10 Jahren die Laparotomierten hätte früh aufstehen lassen.

Möglich ist es immerhin, daß dies frühe Aufstehen eine gewisse Einwirkung auf die Komplikationen nach Laparotomien haben kann, aber ob diese Einwirkung eine günstige ist oder nicht, oder sogar eine ungünstige, das kann erst die weitere Erfahrung lehren.

Es scheint mir sehr wichtig mit diesem Verfahren nicht übers Ziel zu schießen. (Selbstbericht.)

Rehn (Frankfurt a. M.) will seine Pat. ebenfalls nicht so früh aufstehen lassen wie Kümmell. Die Ventilation der Lunge schütze auch nur vor marantischen Thrombosen, nicht vor toxischen. Die Indikationsstellung für die Trendelenburg'sche Operation ist schwierig.

Lauenstein (Hamburg): Postoperative Embolien beruhen auf Fehlern in der Asepsis.

Abel (Berlin) hat nach gynäkologischen Laparotomien keinen Vorteil vom frühen Aufstehenlassen gesehen; er hält es nur bei alten Leuten für indiziert.

Meinert (Dresden): Die Mehrzahl der postoperativen Thrombosen ist eine Folge der Eindickung des Blutes durch den Wasserverlust während der Operation. Daher ist reichliche Wasserzufuhr, auch schon während der Operation, notwendig.

Olshausen (Berlin): Myomotomien stehen bezüglich der Embolien an der Spitze der Laparotomien; vielleicht wird eine Thrombose durch die bisher allgemein übliche Art der Beckenhochlagerung begünstigt, wobei die Pat. an den gebeugten Knien hängt. O. benutzt deshalb jetzt Schulterstützen.

Müller (Rostock): Nach tödlichen Embolien findet man sehr oft bei der Sektion eine Erweiterung der V. saphena, die offenbar die Entstehung einer Thrombose begünstigt. In einem Falle konnte M. durch schnelle Resektion der frisch thrombosierten V. saphena die Embolie verhüten.

Gebele (München): Die Hauptrolle in der Prophylaxe der Lungenembolien spielt die Asepsis. Daneben sind event. Kräftigung des Herzmuskels (Strophanthus) und Lungengymnastik wichtig. Die Laparotomierten sollen aber 14 Tage zu Bett liegen; frühes Aufstehen kann die Ursache von Embolien werden.

Henle (Dortmund) läßt auf Grund der schlechten Erfahrungen in der Breslauer Klinik mit dem frühen Aufstehenlassen seine Pat. 14 Tage liegen. Um Thrombenbildung in der V. saphena zu verhüten, übt er die Massage der unteren Extremitäten.

Hochenegg (Wien) beobachtete gehäuftes Auftreten von Thrombosen und Embolien, und sieht deren wichtigste Ursache in einer Infektion vom Darm aus; er empfiehlt deswegen, frühzeitig abzuführen.

Körte (Berlin) läßt seine Laparotomierten 14 Tage zu Bett liegen, da erst dann die Narbe genügende Festigkeit besitze; auch bestehe bei frühem Aufstehen die Gefahr, daß die an den Unterbindungsstellen sitzenden Thromben losgerissen würden und eine Embolie verursachten. Bei der Ausführung der Trendelenburg'schen Operation dürfte die Frage nach dem Sitze des Embolus oft Schwierigkeiten machen.

Krönlein (Zürich) regt Untersuchungen darüber an, ob etwa das verhältnismäßig häufige Vorkommen von Embolien nach gynäkologischen Laparotomien auf besonderen anatomischen Verhältnissen des Venensystems im weiblichen kleinen Becken beruhe.

Heller (Quedlinburg) will diejenigen Pat. früh aufstehen lassen, bei denen der Laparotomieschnitt oberhalb des Nabels liegt, da bei diesen die Atmung im Liegen wesentlich behindert sei.

Löbker (Bochum): Vor der Laparotomie sind die Verhältnisse im Kreislauf genau festzustellen (Bestimmung der Urinmenge!) und während der Operation genau zu überwachen; die Einwirkung des Blutes durch Wasserabgabe ist rechtzeitig durch subkutane Kochsalzinfusionen usw. zu korrigieren.

v. Eiselsberg (Wien) läßt seine Laparotomierten auch deswegen erst nach 14 Tagen aufstehen, weil sie das frühe Aufstehen sehr unangenehm empfinden.

Boerner (Rastatt).

---

5) **V. Czerny.** Über die Blitzbehandlung der Krebse.

In das Heidelberger Samariterhaus, das in erster Linie dem Studium neuer Heilmethoden des Krebses gewidmet ist, treten etwa vier Fünftel der Kranken in einem weit vorgeschrittenen, mit den gewöhnlichen Behandlungsmethoden unheilbaren Zustande der Krankheit ein. Das Verfahren von de Keating Hart wurde deshalb mit großem Eifer aufgegriffen, da es noch eine Heilung in Aussicht stellte, wo die blutigen Methoden allein versagen.

Der von Keating Hart benutzte Apparat kann an den Röntgenapparat angeschlossen werden, von dem man den Induktor und Wehneltunterbrecher benutzt. Von diesem wird die Elektrizität einem Petroleumkondensor zugeführt, der mit einem Funkenunterbrecher und Solenoid versehen ist. Dieser steht in Verbindung mit dem Oudinschen Resenator, einer Kupferspirale von ca. 130 Windungen, die durch einen Schieber mit dem Solenoid so abgestimmt werden kann,

daß aus ihrem oberen Pole durch eine Metallelektrode Funkenbüschel von 10—20 cm Länge entsendet werden. Man läßt diese Funkenbüschel, welche durch einen Strom Kohlensäure oder komprimierter Luft abgekühlt werden, 5—40 Minuten lang auf die Krebsgeschwüre und ihre Umgebung mit häufigem Ortswechsel einfallen, während sich der Kranke in tiefer Narkose befindet.

Dann wird die bestrahlte Krebspartie mit dem Messer exstirpiert oder mit dem scharfen Löffel abgeschabt, die harten Ränder mit Messer und Schere entfernt und abermals 10—15 Minuten lang die Wundfläche fulguriert, um die noch zurückgebliebenen Krebszellennester zu zerstören. Die Funkenblitze zerstören die Krebszellen, aber auch das Zwischengewebe, wenn es weich ist. Derbes Bindegewebe eines Scirrus und gesunde Haut widerstehen lange, werden aber bei längerer Einwirkung ebenfalls zerstört und in einen Brandschorf umgewandelt.

Tiefsitzende Krebse sind am besten nach den Regeln der Chirurgie gründlich zu exstirpieren und die Wundfläche nachträglich dann zu fulgurieren, wenn es sich um eine Rezidivoperation handelt, oder wenn die Beschaffenheit des Tumors die Gefahr eines Rezidivs wahrscheinlich macht. Die Wunden sezernieren stark nach der Fulguration und müssen deshalb gut drainirt oder offen mit Tamponade behandelt werden. Ob man durch bipolare Anwendung des Stromes, durch Fulguropunktur und Fulgurolyse bei tiefliegenden Karzinomen und Metastasen Nutzen schaffen kann, müssen erst weitere Versuche lehren.

Im Heidelberger Samariterhaus wurden vom 17. November 1907 bis 18. April 1908 120 Fulgurationen bei 59 Pat. ausgeführt. Davon waren bloß 4 Sarkome, bei denen vielleicht mehr Nutzen zu erwarten ist als bei den Karzinomen. Von Heilungen kann man in der Kürze der Zeit noch nicht sprechen, wenn auch 8 kleinere und größere Gesichtskarzinome, die wohl auch auf andere Weise zu heilen gewesen wären, beseitigt worden sind. Einige Fälle sind auf dem Wege der Besserung, aber andere nach vorübergehender Besserung wieder schlechter geworden, und entsprechend dem hoffnungslosen Zustande, in dem die Behandlung begonnen worden ist, sind von den behandelten Kranken teils im Hospital, teils zu Hause 17 ihrem Leiden erlegen. Schon daraus ist zu entnehmen, daß die Fulguration nicht imstande ist, bei weit vorgeschrittenen Krebsleiden den Tod zu verhindern. Wenn wir auch nur in einer kleinen Zahl der Fälle den Eindruck hatten, daß der Tod durch die Schwere des Eingriffes und vielleicht auch durch rascheres Wachstum der Geschwulst und Zunahme der Kachexie bei unvollständiger Operation beschleunigt worden ist, so darf man doch den Eingriff nicht gering schätzen und von ihm nicht das Unmögliche erwarten.

Die Fulguration ist ein mächtiges dosierbares Zerstörungsmittel des Krebsgewebes, das imstande ist, Heilungen herbeizuführen, soweit als die Neubildung dem Messer, scharfen Löffel und der Fulguration zugänglich ist. Leider ist die Zerstörung der Krebszellen durch die

elektrischen Funken keine so gründliche, daß dadurch ihre Lebens- und Proliferationsfähigkeit gänzlich aufgehoben würde. Wenn man Mäusekrebs fulguriert, so werden die Krebszellen und Alveolen zwar zertrümmert, bleiben aber noch transplantationsfähig, wenn man die Zerstörung nicht bis zur völligen Eintrocknung treibt (von Wasielewski). Damit erscheint für die Fulguration wohl auch die Grenze ihrer Wirksamkeit gegeben. Wir können oberflächliche, ulzerierte, namentlich weiche Krebsgeschwüre durch Fulguration, Ausschabung und nochmalige Fulguration beseitigen und in entsprechender Weise zu rascher Heilung bringen, da die Fulguration die Granulations- und Narbenbildung in hohem Grade anregt und beschleunigt. Sie besorgt diese Beseitigung rascher und sicherer als Röntgen- und Radiumstrahlen, wenn dieselben auch als wichtige Unterstützungsmittel der Krebstherapie ihre Bedeutung beibehalten. Bei harten und infiltrierten Krebsgeschwüren muß die Exzision der Fulguration vorausgehen. Sie kann aber auch noch Heilungen bei oberflächlichen ausgedehnten Hautkrebsen herbeiführen, wo das Messer nicht mehr ausreicht. Eine Einwirkung auf tiefersitzende Krebse findet nur in ganz beschränktem Maße statt. Bei operablen und tiefersitzenden Karzinomen könnte man die Gefahr des Rezidivs vielleicht vermindern, wenn man nach gründlicher Exstirpation die Operationswunde nachträglich fulguriert. Etwas Sicheres wird sich erst nach mehrjähriger Beobachtung sagen lassen.

Bei inoperablen und rezidiven Krebsen kann man mit der Fulguration die Jauchung, Blutung und auch die Schmerzhaftigkeit wirksam bekämpfen und dadurch das Leben der Kranken verlängern und ihre Leiden vermindern. Leider ist die Blitzbehandlung schmerzhaft, muß deshalb in tiefer Narkose gemacht werden, wofür wir eine gemischte Morphium-Hyoscin-Chloroformnarkose mit Vorliebe verwenden. Äther kann wegen Explosionsgefahr nur mit größter Vorsicht angewendet werden. Merkwürdig ist, daß die Fulguration, wenn sie im Gange ist, nicht selten die Pat. in eine Art hypnotischen Schlafes versetzt, so daß man die Narkose aussetzen kann.

Die Fulguration der Haut hinterläßt manchmal trotz der Kühlung durch Kohlensäure schmerzhafte Brandwunden, und durch die elektrische Ladung der Pat. können auch an entfernten Körperteilen durch Spitzenentladung auf metallische Gegenstände Brandschorfe entstehen.

Jedenfalls verdient die Fulguration ein gründliches Studium, aus dem sicher auch noch mannigfache Nutzanwendungen für andere krankhafte Zustände, namentlich für Lupus, tuberkulöse Geschwüre, für Hämorrhoiden, aber vielleicht auch für Kropf und Prostatahypertrophie hervorgehen dürfte. Daß man Naevi, Kondylome, Atherome, Mollusca damit zerstören kann, ist längst bekannt. Vielleicht würden auch Gelenkstuberkulosen durch die Fulguration günstig beeinflußt werden.

Die Technik der Apparate und Hilfsinstrumente verlangt noch eine sorgfältige Ausbildung, und die physikalischen und biologischen Eigenschaften der hoch frequenten und hoch gespannten Ströme, welche durch die Fulguration des Krebses neues therapeutisches Interesse erweckt haben, werden sicher noch lange den Gegenstand eifriger Studien bilden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Sonnenburg (Berlin). S. hat in Marseille bei Keating-Hart die Fulguration studiert und die bisher gewonnenen Resultate geprüft. Er hat den Eindruck bekommen, daß nicht allein günstige Beeinflussungen des Krebses, sondern auch zum Teil schon Dauererfolge mit der Methode erzielt wurden. Die Technik muß genau befolgt werden. Nachprüfungen erscheinen durchaus berechtigt.
(Selbstbericht.)

Schulze (Berlin): Das Wesentliche ist die Frequenz, nicht die Spannung des Stromes. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen ist er der Ansicht, daß eine elektive Wirkung auf Krebszellen nicht stattfinde.

Funke (Wien) berichtet über seine zweijährigen Erfahrungen, die er bei der Bestrahlung maligner Geschwülste mit Radium gewonnen hat. Als Einzeldosis werden 20 mg reines Radiumbromid verwendet. Das Hauptgewicht wird auf eine möglichst langdauernde, stunden-, ja tagelange Bestrahlung der Tumoren oder der nach Operationen gesetzten Wundflächen gelegt.

Vorerst wurden inoperable Tumoren bestrahlt und dabei die Beobachtung gemacht, daß ein sehr rasch wachsendes, rezidivierendes, kleinzelliges Sarkom der Brustwand in 14 Tagen vollständig zerstört war und an dieser Stelle auch nicht mehr rezidivierte. Pat. starb mehrere Monate später an multiplen inneren Metastasen. Ebenso wurde ein faustgroßes Karzinom der rechten Halsseite bei einem 71jährigen Pat. durch permanente Bestrahlung innerhalb 4 Wochen vollständig zerstört.

Ermutigt durch diese Erfahrung, verwendet F. das Radium nun auch bei operablen Geschwülsten, und zwar vorwiegend in Fällen, bei denen verstümmelnde Operationen notwendig geworden wären, also bei Tumoren des Ober- und Unterkiefers und der Zunge. Kleinere Tumoren wurden ohne Operation zerstört, größere dagegen werden vom Munde aus möglichst schonend entfernt, die Knochenhöhlen mit dem scharfen Löffel gereinigt und die ganze Wundhöhle vorerst tamponiert. Am 2. oder 3. Tage wird bereits mit der Radiumbestrahlung begonnen.

Nach F.'s Erfahrung scheint das Radium keine besondere Fernwirkung zu besitzen, es zerstört das Gewebe nur dort, wo es direkt aufliegt und erzeugt an dieser Stelle ein typisches, graugelbes Radiumgeschwür, bei längerdauernder Einwirkung Nekrose der Weichteile und der Knochen. Es besitzt auch keine besondere Tiefenwirkung, stets muß man bei Zerstörung größerer Tumoren das nekrotische

Gewebe entfernen und das Radium auf lebendes Gewebe einwirken lassen.

Intensive Bestrahlungen größerer Höhlen nehmen viel Zeit in Anspruch. Die Pat. reagieren sehr verschieden auf das Radium, oft gelingt es schon in wenigen Stunden, ein Geschwür zu erzeugen, während in anderen Fällen langdauernde Bestrahlungen notwendig sind, um denselben Effekt zu erzielen.

Das Entstehen des Radiumgeschwüres äußert sich durch lebhafte Schmerzen, die sich im akuten Stadium zu einer Intensität steigern, daß man stets zum Morphium greifen muß. Bei Bestrahlung im Bereiche der Mundhöhle sind ausstrahlende quälende Kopfschmerzen und ein intensiver Foetor ex ore eine stete Begleiterscheinung.

Die Radiumgeschwüre heilen sehr langsam, am besten unter einer indifferenten Behandlung. Alle reizenden Medikamente sind schädlich. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt F. folgendes schließen zu können.

1) Das Radium ist imstande, selbst große Tumoren, Karzinom und Sarkom, gründlich zu zerstören. Die regionären Lymphdrüsen müssen nach wie vor auf operativem Wege entfernt werden.

2) Indiziert ist die Radiumbehandlung hauptsächlich in jenen Fällen, bei denen verstümmelnde Operationen notwendig wären.

Die Radiumbestrahlung der Wundflächen nach Operationen muß eine sehr intensive sein und muß so lange fortgesetzt werden, bis die ganze Wundfläche in ein graugelbes Radiumgeschwür umgewandelt ist.

Niemals sah F. auf dem Grund eines Radiumgeschwüres oder einer Narbe nach einem solchen ein Rezidiv.

Sämtliche histologische Untersuchungen der Tumoren vor und während der Behandlung wurden im Path.-anat. Institut des Prof. Paltauf ausgeführt. *(Selbstbericht).*

Abel (Berlin) empfiehlt ein von ihm angegebenes und von der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft in Berlin angefertigtes Instrumentarium zur Fulguration, welches dem ursprünglichen von de Keating-Hart überlegen sein soll. Die Blitzbehandlung verdiene eine ernste Nachprüfung, doch dürfe man weder sich noch den Pat. darüber täuschen, daß sie einen gefährlichen Eingriff darstelle.

Boerner (Rastatt).

Rosenkranz (Berlin) macht Prioritätsbemerkungen.

Krumm (Karlsruhe) hebt unter Hinweis auf die Erfahrungen, die er auf einer Reise nach Marseille im Januar d. J. an Ort und Stelle bei Keating Hart gesammelt hat (vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1908, Nr. 10), nochmals hervor, daß es sich bei dem Verfahren um eine neue Art der Anwendung hochgespannter und hochfrequenter Ströme handelt. Wichtig scheint ihm vor allem die Kühlung der Funken zu sein, die den Zweck hat, jede Schorfbildung und Verbrennung der Gewebe strikte zu vermeiden, sodann die Kombination der Funkenanwendung mit der operativen Entfernung des makroskopisch erkrankten Gewebes. Erst durch diese beiden von Kea-

ting Hart zuerst angewandten und empfohlenen Modifikationen der Stromapplikation ist es diesem gelungen, seine beachtenswerten Erfolge zu erzielen.

K. teilt noch mit, daß die Pat., deren Operation er im Januar 1908 beiwohnte, mit ausgedehntem Mammakarzinom nach einer Mitteilung Keating Hart's heute geheilt ist, ebenso die Pat. mit ausgedehntem Stirnkarzinom. (Selbstbericht.)

Perthes (Leipzig): Von den mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von oberflächlichem Haut- und Lippenkarzinom, welche im Jahre 1904 hier vorgestellt wurden, ist die überwiegende Mehrzahl rezidivfrei geblieben. Ein Fall von ausgedehntem, nach Probeexzision auch mikroskopisch nachgewiesenem Lippenkarzinom ist durch Röntgenbestrahlung jetzt 4½ Jahre völlig geheilt. Drei weitere Fälle von Lippenkarzinom sind jetzt 3 Jahre rezidivfrei. — Im Jahre 1904 wurde von P. auch der Versuch gemacht, bei inoperablem Brustdrüsenkrebs alles, was von karzinomverdächtigem Gewebe für das Messer erreichbar war, zu exstirpieren und dann bei der Operation die offene Wunde mit Röntgenstrahlen sehr energisch zu bestrahlen. Das Verfahren schien wenigstens vorübergehend das Wachstum des Karzinoms aufzuhalten. Aus äußeren Gründen konnten die Versuche nicht fortgesetzt werden. (Selbstbericht.)

Steinthal (Stuttgart). Wenn wir heute darüber diskutieren, was die neue Methode der Blitzbehandlung gegen das Karzinom zu leisten vermöge, so ist es gewiß angebracht, auch die Frage aufzuwerfen, was erreichen wir mit unserem bisherigen operativen Vorgehen, und von welchen Umständen hängen die Dauerresultate ab?

Ich habe diese Frage schon einmal an einem größeren Material bezüglich des Brustkrebses geprüft und im Jahre 1905 über 166 Operationen berichtet, die an 145 Kranken ausgeführt worden waren. Zur Berechnung der Dauerresultate konnten aber nur 99 Fälle herangezogen werden, die das übliche Triennium hinter sich hatten. Diese Statistik ist weiter geführt worden, und zwar wurden die schon berichteten Fälle als Serie I noch einmal revidiert, während die nun folgenden Fälle als Serie II gesondert laufen.

Die folgende Tabelle zeigt die Zusammensetzung der beiden Serien, die eine Gesamtzahl von 142 Fällen ausmachen.

	Serie I	Serie II	Total
Rezidivfrei	33	14	47
Rezidiviert	63	23	86
Der Operation erlegen	2	3	5
Interkurrent gestorben	1	3	4
Total	99	43	142

Die Serie I mit 99 Fällen weist 2 Todesfälle auf, die Serie II mit 43 Fällen 3 Todesfälle. In den beiden Todesfällen der Serie I hat es sich schon um ausgedehnte Erkrankung und eine entsprechend

große Operation gehandelt. Man könnte danach annehmen, daß mit der stetig radikaler werdenden Operation die Mortalität gestiegen sei. Da aber seit dem Jahre 1904, wo die Serie II abschließt, als Serie III noch 58 Fälle mit nur 2 Todesfällen in sehr radikaler Weise operiert worden sind, so ist man gewiß zu dem Ausspruch berechtigt, daß die modernen großen Brustoperationen nicht mit einer entsprechend größeren Lebensgefahr verbunden und demnach wohlberechtigte Operationen sind. Es fragt sich nur, ob mit der Größe des Eingriffes die Erfolge entsprechend gestiegen sind?

Von den 99 Fällen der Serie I waren ursprünglich 33 Fälle rezidivfrei. Es sind aber 3 Spätrezidive hinzugekommen, so daß die urzprüngliche Ziffer $33^{1}/_{3}$ % auf 30,3 % für die Dauerheilung sinkt. Von den 43 Fällen der Serie II sind 14 = 32,5 % rezidivfrei, und zwar ist der jüngste Fall aus Serie I $5^{1}/_{2}$ Jahre, aus Serie II $3^{1}/_{2}$ Jahre rezidivfrei. Rechnet man endlich die beiden Serien zusammen, so kommen auf 142 Fälle 44 rezidivfreie Fälle, was einem Prozentsatz von 30,9 % entspricht, und es schwankt demnach die Ziffer für die Dauerheilung zwischen 30,9 und $33^{1}/_{3}$ %. Im einzelnen ausgeführt, leben von den Rezidivfreien[1] post operationem

Serie I	Serie II
1 Fall 16 Jahre	4 Fälle über 5 Jahre
1 Fall 14 »	4 Fälle über 4 »
2 Fälle 13 »	6 Fälle über $3^{1}/_{2}$ »
3 Fälle über 12 »	
1 Fall $11^{1}/_{2}$ »	
5 Fälle über 10 »	
3 Fälle über 9 »	
2 Fälle über 8 »	
5 Fälle über 7 »	
2 Fälle über 6 »	
2 Fälle $5^{1}/_{2}$ »	
27 Fälle	14 Fälle

Aber die eben angeführten Ziffern besagen zunächst sehr wenig. Erst wenn man die einzelnen Fälle sichtet und gruppiert, bekommt man ein richtiges Bild von dem Wert der Operation und erkennt die Faktoren, welche für die Beurteilung von Einfluß sind.

Man muß dabei drei Gruppen unterscheiden.

Gruppe I: Fälle mit anscheinend sehr langsamem Wachstum, der Tumor ist nur einige Zentimeter groß (bis zu Pflaumengröße), liegt noch ganz in der Drüse, zum mindestens ist die Haut noch nicht fixiert, in der Achselhöhle finden sich eine oder auch mehrere Drüsen, die man gewöhnlich erst bei der Operation findet.

---

[1] 27 Lebende + 3 rezidivfrei Gestorbene + 14 Lebende = 44.

Gruppe II: Fälle mit deutlichem Wachstum; Knoten, die länger stationär geblieben sind, fangen an zu wachsen, die Haut wird adhärent; Drüsen in der Achselhöhle sind deutlich nachzuweisen. In diesem Zustand kommen die Kranken am häufigsten zur Operation.

Gruppe III: Fälle, bei denen die Mamma zum größten Teil ergriffen, der Tumor mit Haut und Unterlage verwachsen ist und häufig auch die Supraclaviculardrüsen erkrankt sind.

Sieht man sich nun das Verhältnis der Geheilten zu den Ungeheilten in den verschiedenen Gruppen an, so ergeben sich folgende Zahlen:

	Geheilt	Rezidiviert	Geheilt	Rezidiviert
	Serie I		Serie II	
Gruppe I	71,4 %	28,6 %	85,7 %	14,3 %
Gruppe II	26,5 %	70,5 %	32,0 %	68,0 %
Gruppe III	00,0 %	100,0 %	00,0 %	100,0 %

Danach ist die Prognose in Gruppe I eine recht gute, in Gruppe III eine ganz schlechte. In Gruppe II hängt die Prognose, wie in einer demnächst zu erscheinenden Arbeit dargelegt werden wird, im wesentlichen von drei Momenten ab: dem Übergreifen der Neubildung auf die Unterlage, dem Mitergriffensein der regionären Lymphdrüsen und vielleicht von einer Familiendisposition.

Nach obigen Prozenten verhält sich die Zahl der Geheilten und Rezidivierten der Gruppe I und II für die Serie I nahezu umgekehrt, bei Serie II bleibt für die Geheilten (85,7 %) gegenüber den Ungeheilten (68 %) noch ein gewisser günstiger Überschuß. Da aber in der Serie II noch Spätrezidive drohen, so sind wir vorläufig leider nicht in der Lage, zu sagen, daß durch die in Serie II durchweg angewandten modernen ausgedehnten Operationen in Gruppe II ein viel besseres Resultat erzielt werde, und in Gruppe III ist jede Operation bezüglich eines Dauerresultates aussichtslos.

Weiter haben Untersuchungen bezüglich des Sitzes und der Art der Rezidive wohl ergeben, daß in Serie II die Zahl der inneren Metastasen zu-, die der lokalen Metastasen etwas abgenommen hat, aber der Unterschied ist zu gering, um dies den ausgedehnteren Operationen zuschieben zu können.

So kommen wir auch auf diesem Wege zu dem Schluß, daß wir wirklich gute Resultate nur in solchen Fällen erzielen, die der Gruppe I angehören, und daß wir, um dieselben zu steigern ruhig mit großen Operationen vorgehen dürfen. Für die Fälle der Gruppe II bleibt nach wie vor die Prognose eine zweifelhafte, und für diejenigen der Gruppe III bleibt sie trotz der modernen großen Operationen ganz schlecht.

Es muß sich nun zeigen, ob die neue Methode der Blitzbehandlung hierin Wandel schaffen kann. (Selbstbericht.)

6) **W. Müller** (Rostock). Demonstration von Präparaten zu Lehrzwecken.

Vortr. zeigt mehrere Präparate, die nach seiner Angabe von einem Modelleur gefertigt wurden und welche sich anlehnen an die nachgebildeten Gliedmaßen aus Glyzerin-Gelatine, die 1890 Ritschl auf dem Chirurgenkongreß demonstriert hat (Verfahren von Cathcart in Edinburg). Auf die Transparenz der Glyzerin-Gelatinemasse rechnend, hat M. versucht, Frakturpräparate, die an mazerierten Skeletteilen zuvor hergestellt wurden, und an welchen die Fragmente mittels Gummibändchen beweglich fixiert waren, so einzubetten, daß sie durch die künstlichen Gliedmaßen hindurch gesehen werden können. Beweglichkeit und Haltbarkeit dieser Gelatinearme und -Beine ist eine gute und hinreichend, um sowohl die Entstehung typischer Frakturen, wie besonders die Dislokationen, den Vorgang bei der Reposition usw. anschaulich zu machen. Man sieht dabei die Skeletteile etwa so wie bei der Röntgendurchleuchtung. Vortr. zeigt außer einem so nachgebildeten Femur zur Demonstration der Coxa vara und ähnlicher Difformitäten eine typische Radiusfraktur in Nachbildung, ferner ein Fuß-Unterschenkelpräparat, an welchem er die dorsale Zehenluxation macht und reponiert. Da es sich um erste Versuche handelt, die aber gelungen sind, so stellen sich derartige Präparate auf Bestellung noch etwas hoch, zumal auch die Gelatine teuer ist. Bei Selbstanfertigung kann man sparen. (Selbstbericht.)

---

7) **Neuber** (Kiel). Über Skopolaminnarkose.

Seit einer Reihe von Jahren benutzte N. das Schleich'sche Narkosengemenge, hat es auch beibehalten nach Einführung des Skopolamins. Dabei wurden zunächst in etwa 300 Fällen die Kümmell'schen Vorschriften befolgt — 0,0005 g Skopolamin und 0,01 g Morphium 1—1½ Stunden vor der Operation — und die damit im Eppendorfer Krankenhause gemachten günstigen Erfahrungen im allgemeinen bestätigt. Später ging N. zum Korff'schen Skopomorphin über — 0,004 Skopolamin + 0,01 Morphium je 2½, 1½ und ½ Stunde vor der Operation. — Über letzteres wurde auf Grund der in 250 Fällen gemachten Erfahrungen folgendes berichtet.

Nur 7mal Vollnarkosen durch Skopomorphin allein, 243mal außerdem Schleich'sches Gemenge, durchschnittlich 50—60 g pro Stunde. Niemals bedrohliche Störungen der Herztätigkeit oder Atmung, weder Cyanose noch Schleimansammlungen im Rachen oder der Trachea.

Exzitation selten, nur bei Potatoren, Asphyxie nicht beobachtet. Zuweilen Abwehrbewegungen und Schmerzäußerungen, durch einige Tropfen Narkosengemenge sofort zu beseitigen. Für die während der Operation zuweilen empfundenen Schmerzen pflegt jede Erinnerung zu fehlen.

Erbrechen während der Operation in 2 %, nach der Operation in 30 %, dann aber wenig und bald vorübergehend. Wundschmerz nach der Operation gar nicht oder gering; subjektives Befinden meist sehr gut.

Kein Fall von postoperativer Pneumonie.

N. hält die Skopolamin-Morphiumnarkose für einen ganz wesentlichen Fortschritt und empfiehlt dieselbe dringend, sei es nach der Kümmell'schen oder Korff'schen Methode. (Selbstbericht.)

---

8) **Gilmer** (München). Über lumbale Totalanästhesie.

Alle bisherigen Versuche, durch lumbale Injektion eine hochgehende, eventuell eine totale Anästhesie zu erzeugen, scheiterten an der Gefahr der Atemlähmung durch Kontakt des Anästhetikum mit dem Atemzentrum. Da wir noch kein Mittel kennen, das elektiv auf die sensiblen Nerven allein lähmend wirkt, so müssen wir durch geeignete Zusätze die unerwünschte Wirkung auf die motorischen Bahnen ausschalten. Geeignet hierfür sind die Mucilaginosen, deren entgiftende, reizmildernde und resorptionsverzögernde Wirkung Tappeiner experimentell nachgewiesen hat. Am geeignetsten war nach Tierversuchen von Erhardt (München) eine Lösung von Gummiarabikum, in 15%iger Lösung dem Tropakokain zugesetzt. Es gelang ihm auf diese Weise, bei Kaninchen und Kälbern langandauernde Totalanästhesien zu erzielen ohne die geringsten Störungen der motorischen Bahnen und des Atemzentrums. G. hat die Versuche auf den Menschen übertragen; am geeignetsten erscheint hier ein 3%iger Gummizusatz zur 1%igen Tropakokainlösung. Bei peinlicher Neutralisation und Sterilisation sind die Lösungen für den Organismus völlig reizlos. Durch Injektion der Lösung an sich selbst und bei 30 Kranken hat G. nachgewiesen, daß mit 0,1 Tropakokain bei Beckenhochlagerung mit Sicherheit totale Anästhesie von mindestens 1 Stunde Dauer erzielt werden kann; das Abdomen bleibt bis zu 3 Stunden anästhetisch. Es wurden auf diese Weise Halsdrüsen, Strumen, Mammakarzinom, Rippentuberkulose, Magenkarzinome usw. ohne Inhalationsnarkose operiert. Zweckmäßig ist es, durch Injektion von Morphium-Skopolamin das Bewußtsein der Kranken auszuschalten und die Anästhesie zu verlängern. Atemstörungen wurden nie beobachtet, die sensorischen Funktionen blieben völlig erhalten, ebenso die motorischen, bis auf eine leichte Schwäche in den Beinen. Von Nachwirkungen wurde nur Kopfweh beobachtet, jedoch nur in zwei Fällen. Die neue Methode wird sich vor allem für schwere Eingriffe in der Bauchhöhle und am Thorax (Lungenoperationen!) eignen.

Die fertigen Tropakokain-Gummilösungen werden von E. Merck (Darmstadt) in den Handel gebracht. (Selbstbericht.)

---

9) **A. Bier** (Berlin). Über einen neuen Weg Lokalanästhesie an den Gliedmaßen hervorzurufen.

Um die Operationen an den Gliedmaßen, die sich unter lokaler Anästhesie bisher nicht schmerzlos ausführen ließen (Resektionen,

Amputationen, Exartikulationen, Nekrotomien usw.), unter örtlicher Betäubung machen zu können, hat B. folgenden Weg beschritten:

Er sperrt das zu anästhesierende Gebiet zwischen zwei Gummibinden, von denen die eine oberhalb, die andere unterhalb des Operationsfeldes liegt, ab. Man muß weiche dünne Gummibinden nehmen und sie über ein größeres Gebiet auseinander wickeln. Denn bei der gebräuchlichen Form der v. Esmarch'schen Blutleere verursacht die Binde selbst erhebliche Schmerzen, während sie, in der beschriebenen Form angelegt, kaum unbequem ist. Meist wird noch vorher das Blut aus dem ganzen Gliede bis zu der Stelle, an der die zentrale Binde angelegt werden soll, durch die fast in Vergessenheit geratene Esmarch'sche Expulsionsbinde ausgewickelt.

In dem abgesperrten Gebiete wird möglichst nahe an der zentralen Binde eine Hautvene aufgesucht. Man soll dazu eine größere Vene wählen, deren anatomische Lage sich leicht bestimmen läßt. Für das Bein eignet sich hierzu am besten die Vena saphena magna, die schon vom Malleolus internus tibiae ab leicht aufzufinden ist, für den Arm vor allem die Vena cephalica, in zweiter Linie die Vena basilica und die Vena mediana cubiti. Am Vorderarme sind bei vielen Menschen so stark entwickelte Hautvenen vorhanden, daß man über ihre Wahl nicht im Zweifel ist. Doch soll man nie zu kleine Venen aufsuchen, weil sich in ihre Lichtung nur schwer eine Kanüle einführen läßt. Am Unterschenkel eignet sich für gewisse Operationen auch die Vena saphena parva. Im großen und ganzen aber ist es zweckmäßig, eine der oben genannten größeren Venen nach ihrer anatomischen Lage aufzusuchen. Sind sie nicht deutlich von außen zu sehen oder zu fühlen, so soll man stets einen Querschnitt anlegen, der mit Sicherheit auf das Gefäß führt. Ist dasselbe gefunden, so verfährt man ähnlich wie bei der intravenösen Kochsalzinfusion. Man führt mit der Deschamp'schen Nadel zwei Fadenschlingen um die Vene, schlitzt diese seitlich und führt peripherwärts (nach den Klappen zu) eine feine Metallkanüle ein, bindet sie fest und unterbindet das Gefäß nach dem Zentrum zu. Nunmehr spritzt man 0,25—0,5%ige Novokainlösung ein. Das Novokain muß, um Gewebsreizungen zu vermeiden, in physiologischer Kochsalzlösung gelöst sein. Meist hat das keine Schwierigkeiten, zuweilen setzen zunächst die Venenklappen dem Eindringen der Flüssigkeit etwas Widerstand entgegen, werden aber bald durch sanften Druck überwunden. In letzter Zeit hat B. ausschließlich die 0,5%ige Lösung gebraucht, weil sie zuverlässiger anästhesiert.

Für die Resektion des Ellbogengelenkes eines Erwachsenen sind etwa 50 ccm, für die des Kniegelenkes etwa 80 ccm der 0,5%igen Lösung notwendig.

Wenn die Einspritzung richtig gelang, so ist das ganze Operationsgebiet fast augenblicklich anästhetisch. Am schlechtesten ist die Anästhesie immer in einem Streifen unmittelbar unterhalb der zentralen Binde. Deshalb soll man diese nicht zu nahe an das Operationsgebiet

heranlegen und, wie schon erwähnt, soll man möglichst dicht unter ihr die Vene aufsuchen.

In den meisten Fällen — bei genügendem Gebrauch von 0,5 %iger Lösung und längerem Warten stets — tritt nach einiger Zeit eine totale Anästhesie des ganzen Gliedes auch unterhalb der peripheren Binde ein. B. nennt erstere die direkte, letztere die indirekte Anästhesie. Er hat meist unter ersterer operiert. Bald nach dem Erscheinen der indirekten Anästhesie tritt auch eine motorische Lähmung ein.

Kanüle und Spritze sind die von der intravenösen Kochsalzinfusion her bekannten Instrumente.

Unter der beschriebenen Anästhesie hat B. schmerzlos z. B. die Knie- und Ellbogengelenksresektion, die Amputation, die Nekrotomie, die Sehnenverpflanzung ausgeführt, so daß wir dem Ideale nahegekommen sind, daß wir alle Operationen, die sich in der künstlichen Blutleere vollführen lassen, auch unter Lokalanästhesie schmerzlos machen können.

Da man direkt in die Venen das anästhesierende Gift einspritzt, so muß die Vergiftungsgefahr vermieden werden. Diese ist an sich dadurch geringer geworden, daß man unter künstlicher Blutleere operiert, wobei ein großer Teil des Giftes gebunden wird, und daß man dünne Lösungen verwendet. Außerdem aber empfiehlt es sich, die Blutleerbinde einen Augenblick so weit zu lockern, daß der arterielle Blutstrom freigegeben, der venöse aber noch gehemmt ist, d. h. also nur so weit, daß eben aus der Wunde eine beträchtliche Blutung erfolgt; dadurch wird die Giftlösung, die sich noch in den Gefäßen befindet, ausgespült. Dann zieht man die Blutleerbinde wieder fest an, unterbindet und näht, und löst sie erst dann endgültig.

Auch kann man bei Verwendung von 0,5 %iger Novokainlösung die Kanüle, nach Abklemmung des mit ihr verbundenen Schlauches, in der Vene bis zur Beendigung der Operation liegen lassen und alsdann das Operationsgebiet mit größeren Mengen physiologischer Kochsalzlösung ausspritzen.

Vor allem bei Amputationen, wo der Schnitt durch die mit der Lösung angefüllten Venen hindurchgeht, und wo man nachher leicht mit physiologischer Kochsalzlösung durchspülen kann, darf man dreist größere Mengen des Anästhetikums benutzen.

Direkte wie indirekte Anästhesie verschwinden fast augenblicklich, wenn man die Blutleerbinde endgültig gelöst hat. Schon etwas vorher schwindet die motorische Lähmung. Deshalb soll dies nicht vor fast völliger Beendigung der Operation geschehen. Löst man deshalb die Binde, um blutende Gefäße zu finden, so soll man sie sofort, nachdem man seinen Zweck erreicht hat, wieder anlegen und, während sie liegt, die Operation vollenden.

Es entspricht dieses Verhalten der flüchtigen Wirkung dünner Novokainlösungen. Sie in Verbindung mit Nebennierenpräparaten einzuspritzen, wodurch man wahrscheinlich auch diese Form der An-

ästhesie beträchtlich verlängern könnte, scheint B., da das Mittel unmittelbar in die Gefäße kommt, nicht unbedenklich.

Außer dem Novokain, das B. bisher ausschließlich angewandt hat, sind auch andere Anästhetika noch vorsichtig zu prüfen.

Vorbedingung für das Gelingen der Anästhesie ist eine absolut zuverlässige Blutleere. (Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 8 und 9.

Dönitz (Berlin) demonstriert einen Thermophorkasten zur Anwärmung des bei der Lumbalanästhesie notwendigen Instrumentariums; durch diese Erwärmung wird der Kältereiz, welcher sich in Kopfschmerzen, Temperatursteigerungen usw. äußert, vermieden.

Gerstenberg (Berlin) demonstriert eine Reihe von anatomischen Präparaten aus dem Gebiete der Rückenmarksanästhesie. Dieselben wurden von ihm in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Hein (Berlin) an frischen Leichen gewonnen. Die dabei gemachten Beobachtungen sind ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. LXI Hft. 3 beschrieben. Die entsprechenden Abbildungen werden auch im Epidiaskop vorgeführt. (Selbstbericht.)

Oelsner (Berlin) wendet sich gegen die Ausführungen von Dönitz. Die bei weitem überwiegende Mehrzahl aller Neben- und Nachwirkungen in der Lumbalanästhesie resultiert aus den toxischen Eigenschaften der angewandten chemischen Mittel. Um diese zu vermeiden, versuchte Vortr. unter Ausschaltung jedes chemischen Reizes auf physikalischem Wege Anästhesien zu erzeugen. Er wandte bei seinen Versuchen, die er gemeinsam mit Kroner (Berlin) unternahm, 0-gradige physiologische Kochsalzlösungen an und erzielte bei Einwirkung derselben auf das freigelegte Rückenmark von Hunden regelmäßig Anästhesien, die nach einiger Zeit wieder verschwanden. Die Versuche wurden dann in der Weise auf den Menschen übertragen, daß 5—10 ccm einer physiologischen Kochsalzlösung von 0° in den Lumbalkanal injiziert wurden. Anästhesien wurden bisher nicht erzielt; es wurden aber auch nie trotz der hohen Dosis und der großen Temperaturdifferenz irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen, wie z. B. Kollapse, beobachtet, was gerade im Hinblick auf die Ausführungen von Dönitz besonders bemerkenswert erscheint. (Selbstbericht.)

---

10) **E. Müller** und **A. Preiser** (Breslau). Über die Behandlung von Eiterungen mit proteolytischem Leukocytenferment bzw. Antiferment.

Theoretischer Teil (Müller). Der sogenannte »kalte«, reintuberkulöse Eiter unterscheidet sich vom sogenannten »heißen«, akutentzündlichen Eiter in chemisch-biologischer Hinsicht vor allem dadurch, daß sich ein eiweißlösendes Ferment in dem ersteren in sehr geringer

und in dem letzteren in großer Menge findet. Das eiweißlösende Ferment ist an die gelapptkernigen weißen Blutkörperchen gebunden. Die eiweißlösende Wirkung dieses »proteolytischen Leukocytenfermentes« kann aufgehoben werden durch einen spezifischen, im Blutserum kreisenden *Hemmungskörper*, der u. a. auch in den krankhaften Ausscheidungen bei Brust- und Bauchwassersucht zu finden ist (das »Antiferment des proteolytischen Leukocytenfermentes«). So kann z. B. die Flüssigkeit bei Bauchwassersucht unter Umständen die eiweißlösende Wirkung des Eiterfermentes noch stärker hemmen als normales Blutserum. Der Eiweißabbau, der auch die wichtigste Vorbedingung für die Aufsaugung aus dem Eiterherd ist, muß demgemäß bei rein-tuberkulösen Prozessen sehr gering, bei akut-entzündlichen ungemein groß sein. Es muß deshalb gelingen, durch Zusatz von Ferment tuberkulöse Ausscheidungen aufsaugefähig zu machen und durch Zusatz des physiologischen Hemmungskörpers Gewebseinschmelzung und Aufsaugung beim fermentreichen heißen Eiter zu verhindern. Eine »indirekte Fermentbehandlung« des kalten, tuberkulösen Eiters stellt die Jodoformglyzerin-Injektion dar, weil dadurch fermenthaltige weiße Blutkörperchen in den Krankheitsherd angelockt werden. Vortr. schlägt nun auf Grund ausgedehnter experimenteller Untersuchungen als *neu die Bekämpfung fermentreicher Eiterherde durch künstliche Zufuhr des spezifischen Hemmungskörpers* vor. Diese Antifermentzufuhr schützt das durch die Entzündung gefährdete Gewebe vor *eitriger Einschmelzung* und verhindert gleichzeitig die *gefahrbringende Aufsaugung* giftiger Eiweißabbauprodukte aus dem Eiterherd in den Körper. Außerdem beschränkt sie die *eitrige Absonderung*. Eine solche Antifermentbehandlung gelingt durch direkte Bespülung und Berührung der Eiterhöhle mit *menschlichem Blutserum* und gewissen, sehr eiweißreichen *Punktionsflüssigkeiten*, die man z. B. bei Bauchwassersucht gewinnen kann. Fehlen solche Punktionsflüssigkeiten, so wird die Eiterhöhle mit Blutserum behandelt, das von demselben Pat. durch Aderlaß gewonnen wird. Eine solche künstliche direkte Zufuhr größerer Mengen von Blutserum und Punktionsflüssigkeiten in den Eiterherd bedingt durch ihren Gehalt an Schutz- und Nährstoffen verschiedenster Art eine *Massenwirkung aller jener physiologischen Schutzkräfte, mit denen sich der Körper gegen die Bakterieninvasion verteidigt*. Der Körper braucht aber eine solche künstliche Steigerung seiner Abwehrbestrebungen, weil es ihm bei der Erschwerung der Säftezirkulation kaum gelingt, im Innern des Eiterherdes die erforderliche Massenwirkung selbständig zu erzielen. Ausgedehntere, praktische Erfahrungen mit diesem von dem Vortr. vorgeschlagenen Verfahren waren in der *Küttner'schen chirurgischen Klinik in Breslau* möglich. (Selbstbericht.)

Klinischer Teil (Peiser). Diese Ausführungen waren die theoretisch experimentelle Grundlage für eine neue Art der Behand-

lung akuter Eiterungen. Sie wurde bis jetzt in rund 100 Fällen der Küttner'schen Klinik erprobt und hat in keinem Falle irgend einen Schaden gestiftet. Klinisch zu erwarten war dreierlei: Verringerung der Eiterung, rasche Reinigung der Wunde, Sinken erhöhter Temperatur und damit im ganzen schnellere Heilung. Die Grundlage der Behandlung ist die Tatsache: das Antiferment wirkt nur da, wo es hindringt, wirkt nur durch direkte Berührung. Dementsprechend sind drei Gruppen von Fällen zu unterscheiden, solche, die absolut geeignet für die Antifermentbehandlung sind, solche, die relativ geeignet und solche, die ungeeignet sind.

Zur ersten Gruppe gehören die mit Abszeßbildung einhergehenden Fälle, zur zweiten die sich mehr flächenhaft ausbreitenden Eiterungen (Phlegmonen, Karbunkel usw.), zur dritten die Knocheneiterungen. Die letzteren einfach deshalb, weil das Antiferment in den Knochenherd nicht einzudringen vermag. Bei der ersten Gruppe ist gewöhnlich schon am zweiten Tage kein Eiter mehr vorhanden, dafür höchstens einige Tropfen klarer, seröser Flüssigkeit. Hier genügt auch ein verhältnismäßig kleiner Hautschnitt, der den Weg zur Abszeßhöhle bahnt. Bei der zweiten Gruppe muß natürlich breit inzidiert werden, da nur so das Antiferment mit möglichst großer Fläche der Eiterung in Berührung kommt. Die rasche Demarkation des nekrotischen Gewebes äußert sich in überaus rascher Reinigung der Wunde. Bei subakuten und chronischen Eiterungen, bei denen trotz Inzision die Temperatur nicht sinken will, tritt bei Antifermentbehandlung Abfall der Temperatur ein. Aussichtsreich erscheint die Kombination der Antifermentbehandlung mit der Bier'schen Stauung.

(Selbstbericht.)

---

11) **G. Schoene** (Marburg). Experimentelle Untersuchungen über die Transplantation körperfremder Gewebe.

Nach den Arbeiten der letzten Jahre haben wir zu unterscheiden zwischen einer natürlichen und einer künstlichen Resistenz gewisser Versuchstiere (Mäuse, Ratten) gegenüber der Einimpfung einer körperfremden Geschwulst. Die künstliche Resistenz ist als »aktive Immunität« bezeichnet worden. Zur Aufklärung dieser Resistenzen, bzw. Immunitäten hat der Vortr. festzustellen versucht, ob und inwieweit derartige gesetzmäßige Vorgänge auch bei der Transplantation körperfremder normaler Gewebe zu beobachten sind.

Die Versuche wurden angestellt, indem Hautlappen von der Maus und vom Kaninchen transplantiert wurden. Es zeigte sich, daß die Hautlappen der Maus sich nur in der Minderzahl von Fällen auf beliebig gewählte andere gleichgeschlechtliche Tiere verpflanzen ließen, daß dies aber weit leichter gelang, wenn junge, gleichgeschlechtliche Geschwister für den Versuch gewählt wurden.

Es fand sich aber, daß die Lappen im Falle des Nichtanheilens auf dem fremden Tiere nicht etwa schnell abstarben, sondern sich

längere Zeit, etwa 8 Tage, lebendig erhielten und erst dann eintrockneten. Nach 3 Tagen ließen sich die Lappen noch zurücktransplantieren auf das Tier von dem sie stammten, in einzelnen Fällen noch nach 5 Tagen. Auch auf der Ratte starben die Mäuselappen nur langsam ab; auch Hautlappen vom Ohr des Kaninchens gelang es dem Kaninchen, von dem sie stammten, wieder anzuheilen, nachdem sie 3 Tage auf der Maus gewesen waren.

In diesen Versuchen liegt eine Parallele zu den Ehrlich'schen Versuchen, in denen Mäusetumoren, welche 5 Tage lang auf der Ratte gewachsen waren, sich wieder auf die Maus zurückimpfen ließen. Diese Versuche lassen jedenfalls eine schwere primäre toxische Wirkung der Gewebssäfte des fremden Tieres auf den transplantierten Lappen nicht erkennen.

Als erster Beitrag zur Lösung der Frage, ob eine aktive Immunität gegen die Implantation körperfremden normalen Gewebes erzeugt werden kann, hat Vortr. eine Reihe von Versuchen angestellt, deren Resultat dahin zusammenzufassen ist, daß Hautlappen der Maus auf mit einem Gemisch von Mäuseleber, Niere und Milz vorbehandelten Ratten schneller zugrunde gehen als auf normalen Ratten.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Wullstein (Halle a. S.) hat in den letzten 2 Jahren Experimente unternommen, um Gewebe der einen Tierspezies auf die andere zu übertragen und hat dazu zwischen Ziege und Schaf eine Verwachsung erzeugt, eine Sauerbruch'sche »Parabiose«. Von den Tieren überlebte das eine die Operation um $5^{1}/_{2}$, das andere um 11 Tage. Gleichwohl ist, wie das (demonstrierte) Präparat zeigt, eine Vereinigung eingetreten, die jeder objektive Beschauer für eine einwandsfreie Heilung per primam intentionem erklären muß. Und auch die mikroskopische Betrachtung des Präparates ergibt demgemäß im Bereiche der Cutis in der haarfeinen Verwachsungszone eine Vereinigung durch zweireihig angeordnete Fibroblasten; in der Epithelschicht aber ist der Übergang von der Ziegenhaut in die Schafhaut, abgesehen von der verschiedenen Pigmentierung, überhaupt nicht mehr zu erkennen. W. gedenkt die Experimente fortzusetzen, und zwar auf Anraten von Prof. Stoeltzner (Halle) nach vorheriger Immunisierung der Tiere.

(Selbstbericht.)

Funke (Wien) stellt einen 15jährigen Knaben vor, der vor 6 Jahren anläßlich einer Bergpartie von einem herabfallenden Stein getroffen wurde und eine schwere Schädelzertrümmerung erlitt.

16 Stunden nach der Verletzung Operation, Entfernung der vollkommen losen Knochenfragmente. Die Dura, die sehr gespannt war, wird nicht eröffnet, die ganze Wundfläche lose tamponiert. Die Bewußtlosigkeit dauerte 11 volle Tage an, erst in der 3. Woche vermochte der Pat. leichte Bewegungen mit den Extremitäten auszuführen und einzelne Silben auszusprechen. Der früher sehr aufgeweckte

Knabe hatte das Schreiben und Lesen vollkommen vergessen, Kopfrechnen und Notenlesen war dagegen ungestört. Erst nach $^1/_2$ Jahre war sein Zustand wieder ziemlich normal, nur die Sprache blieb bis zum heutigen Tag etwas langsam und zeitweise leicht stotternd. Auch die früher öfters bestandenen intensiven Kopfschmerzen stellen sich seit einem Jahr nicht mehr ein.

Der Wundverlauf nach der Operation war ein ganz reaktionsloser. Am 8. Tage wurden die Tampons entfernt, die Wunde durch die Naht vollkommen geschlossen. 2 Monate später Einlegung einer fast handtellergroßen Zelluloidplatte, die ebenfalls reaktionslos einheilte und bis zum heutigen Tag ohne die geringsten Beschwerden getragen wird. (Selbstbericht.)

L. Rehn (Frankfurt a. M.). Demonstration eines 9 Jahre alten Mädchens. Seit 5 Jahren linksseitige tuberkulöse fistelnde Koxitis, hochgradige Flexions-Adduktionskontraktur im Hüftgelenk, Kompensationslordose der Lendenwirbelsäule. Verkürzung des Beines um 6 cm, sehr schlechtes Gehvermögen. Resektion des atrophischen Schenkelhalses und -kopfes, der nach oben disloziert war, Einschlagen eines Elfenbeinstiftes in die Sägefläche des Trochanter und in die Pfanne, Fixation desselben durch einen in das Darmbein eingeschlagenen Nagel. Der Elfenbeinstift ist glatt, ohne Fistel eingeheilt, um ihn herum beginnt sich ein neuer Schenkelhals zu bilden. Die Stellung des Beines, das nunmehr nur noch $3^1/_2$ cm verkürzt ist, ist als eine sehr gute zu bezeichnen, in dem Hüftgelenk ist bereits eine geringe passive Beweglichkeit vorhanden, die voraussichtlich noch zunehmen wird. Der Gang ist vorzüglich. Die demonstrierten Photographien vor und nach der Operation zeigen den ausgezeichneten funktionellen und kosmetischen Erfolg der künstlichen Schenkelhalsbildung durch den eingesetzten Elfenbeinstift. (Selbstbericht.)

---

12) **Kocher** (Bern). Zur Technik der Transplantation der Schilddrüse.

K. berichtet über gelungene Versuche, Schilddrüsengewebe in Knochen (die Tibia) einzupflanzen, ein Verfahren, das bei gleicher Sicherheit der Wirkung einfacher und gefahrloser ist als beispielsweise die Einpflanzung in die Milz.

Diskussion.

Payr (Greifswald) berichtet über den weiteren Verlauf des vor 2 Jahren am Chirurgen-Kongreß besprochenen Falles von Transplantation der Schilddrüse in die Milz. Es sind seit dem Eingriff 28 Monate verflossen, ein Zeitraum, der genügt, um ein Urteil über das Resultat der Organüberpflanzung zu fällen.

Es war ein sehr ungünstiger Fall gewesen, in dem P. ein großes Stück gesunder mütterlicher Schilddrüse in die Milz überpflanzte. Das

Kind war durch nahezu 3 Jahre mit äußerst geringem Erfolge mit Schilddrüsenpräparaten innerlich behandelt worden. —

Trotzdem besserte sich das intellektuelle und somatische Befinden des Kindes in ganz auffallender Weise, in den ersten Monaten bis zum Ende des ersten Jahres rapide, dann etwas langsamer.

Über das intellektuelle Verhalten der Pat. teilt P. folgendes mit:

Das Kind war total verblödet, ja in seinem ganzen Gehaben als tierisch zu bezeichnen. Es konnte weder stehen, noch gehen, noch sitzen. Es stieß unartikulierte Laute aus, nicht selten ließ es ein tierisches Gebrülle hören. — Die Aufmerksamkeit des Kindes war kaum durch irgendwelche Sinnesreize zu erregen.

Das Kind lernte sitzen, stehen, gehen; es hatte schon nach wenigen Monaten Interesse für äußere Eindrücke, fing zu gehen an, gab Zeichen von sich, wenn es Stuhl oder Harn absetzen wollte; es lernte einige Worte sprechen, allerdings blieb der Wortschatz ein geringer. — Ganz auffallend war das früher ganz vermißte Auftreten von Erinnerungsbildern, sowie von deutlicher, einen gewissen Grad von Intelligenz verratender Urteilskraft. Das Kind erkannte Personen, Straßen, Häuser, in denen es einmal gewesen, sofort wieder, machte verschiedene Wünsche nach Speise und Trank, Spazierengehen usw. in zweckmäßiger Weise seiner Umgebung bemerkbar. Auch das Aussehen des Kindes besserte sich ganz unglaublich, und war das Kind zur Zeit der ersten Nachtragsberichterstattung im September 1906 kaum mehr wiederzuerkennen. — Es ist nicht ganz leicht, intellektuelle Qualitäten ganz scharf einzuschätzen, jedoch wurde das Kind oftmals untersucht und genaue Aufzeichnungen über alle Wahrnehmungen gemacht. — Gegen den Sommer 1907 sowie den Herbst schienen die Fortschritte, die immer noch deutlich zu verfolgen waren, langsamer zu werden. Das Kind war zu dieser Zeit mehrfach krank, und hatte dies auch auf das somatische Befinden seine Rückwirkung. —

Somatisch zeigte sich gleichfalls eine sehr bedeutende Besserung. — Am auffallendsten und wohl am sichersten für den funktionellen Erfolg der Schilddrüsentransplantation sprechend waren Längenwachstum und Gewichtszunahme. Das Kind erreichte innerhalb zweier Jahre eine Größe von 104—105 cm, was einer Längenzunahme von 18—19 cm entspricht. Allerdings entspricht auch dieser Wert noch nicht dem Durchschnittsmaß eines gleichalterigen gesunden Kindes (110—114), ist aber jedenfalls als ein bemerkenswertes Resultat anzuführen. Von einer radiologischen Feststellung des epiphysären Wachstums wurde unter dem Einfluß der Mitteilungen Försterling's sowie deren Betätigung aus dem Finseninstitut über die nachteilige Wirkung der Röntgenstrahlen auf jugendliche wachsende Knochen vorläufig abgesehen — ob mit Recht erscheint jetzt P. allerdings fraglich. — Seit dem Spätherbste 1907 ist das Längenwachstum ein geringes, jedoch nicht ganz leicht festzustellen, da auch die Haltung des Kindes eine schlechtere geworden ist. —

Im Sommer und Herbst 1907 litt das Kind an sich mehrmals wiederholenden schweren Darmkatarrhen, die außerordentlich schädigend auf das Allgemeinbefinden einwirkten. Das Kind bekam eine eigentümliche wachsgelbe, bleiche Gesichtsfarbe, ist schwer anämisch, hat an verschiedenen Stellen des Körpers Drüsenschwellungen, die früher nicht palpable Milz wurde nun palpabel.

Auch die Gewichtszunahme ist seither erheblich hinter den früheren raschen Progressionen zurückgeblieben. Immerhin hat das Kind Anfang 1908 einen Wert von 19400 g erreicht, was dem Durchschnittsgewichte eines 8jährigen Kindes (19000—19800) entspricht. Das Körpergewicht ist also anfangs 1908 trotz schwerer Anämie und schlechten Allgemeinbefindens infolge erschöpfender Darmkatarrhe eigentlich als ein der Norm entsprechendes zu bezeichnen. —

Der Haarwuchs, die Nagelentwicklung, die Dentition zeigten seit der Schilddrüsenüberpflanzung sehr bedeutende Fortschritte, Haut- und Unterhautfettgewebe sind völlig normal geworden und zeigen auch heute keine Spur der typischen myxödematösen Veränderungen.

Die Haltung des Kindes hat sich in den letzten Monaten verschlechtert, es hält sich stark gebückt, der Gang ist ein spastischer.

Alles zusammengefaßt, muß man sagen, daß der Erfolg dieses Eingriffes in intellektueller und somatischer Hinsicht hinter dem zurückgeblieben ist, was nach der rapiden Besserung in den ersten Monaten zu erwarten war. Sicher aber ist, daß das Kind bis jetzt kein Rezidiv seines Myxödems aufweist, was wohl nur im Sinne einer Funktion des transplantierten Schilddrüsenstückes zu deuten ist. — Allerdings dürfte die Funktion keine vollwertige sein. — Auch zahlreiche äußere ungünstige Umstände wirkten diesem Ziele entgegen. Schlechte Wohnung, Ernährung, wenig Luft und Licht, ungenügende Beschäftigung mit dem Kinde sind gewiß nicht zu unterschätzende antagonistische Faktoren.

Der Erfolg ist also kein vollkommener; vielleicht läßt sich auch der Grund dafür angeben. — Es ist nach unseren jetzigen Kenntnissen wahrscheinlich durchaus nicht gleichgültig, in welchen Fällen von Hypothyreosis man operiert; ob es sich um ein kongenitales oder erworbenes Myxödem, um eine Cachexia strumipriva oder endlich um eine Kombination von Kretinismus mit Myxödem handelt. Wir wissen seit den in neuester Zeit mitgeteilten Untersuchungen von Scholz und Zingerle, daß bei Kretinismus schwere Veränderungen im Zentralnervensystem, speziell im großen Hirn, sich fast in jedem Falle nachweisen lassen. Wahrscheinlich sind in kombinierten Fällen von kongenitalem Myxödem und Kretinismus, besonders wenn es sich schon um etwas größere Kinder handelt, die Aussichten einer Schilddrüsentransplantation beschränkt, weil es fraglich erscheint, ob die durch den Schilddrüsenmangel bedingten zerebralen Defekte einer Heilung zugänglich sind. —

Je reiner und frischer der Ausfall an Schilddrüsenfunktion ist, um so höhere Chancen des Erfolges.

Was die Technik des Verfahrens anlangt, so ist die Milz der außerordentlich reichlichen Vaskularisation wegen als ein besonders günstiger Ort für die Einpflanzung zu bezeichnen. Wenn es sich zeigt — P. hat ja selbst derartige Versuche zuerst am Tier ausgeführt —, daß das Knochenmark in gleicher Weise für die Ernährung des überpflanzten Gewebes sorgt, so ist diese Methode natürlich als einfacher und weniger gefährlich zu bezeichnen.

Übrigens läßt sich auch ein Bedenken, das wahrscheinlich gegen die Implantation in die Milz manchen vor der Ausführung dieses Eingriffes abhält, vielleicht beseitigen.

Bei zweizeitigem Operieren, 1) Splenopexie, 2) Organtransplantation, läßt sich die von manchem als doch nicht so gering angesehene Gefahr einer Nachblutung in die Bauchhöhle umgehen. —

(Selbstbericht.)

Garrè (Bonn) hat im Februar 1908 bei chronischer Tetanie nach Kropfoperation die Epithelkörperchen eines Basedowkropfes in die Tibiadiaphyse eingepflanzt. Der Pat. geht es wesentlich besser. Er glaubt aber, daß es notwendig sei, ganze Organe zu transplantieren mittels der Gefäßnaht (Stich), wenn man Dauererfolge bei der Schilddrüsenüberpflanzung erzielen wolle. Bei einem Hunde gelang es ihm so, eine ganze Schilddrüsenhälfte zu verpflanzen.

Czerny (Heidelberg) mußte wegen Karzinom die Totalexstirpation der Schilddrüse machen; als Tetanie eintrat, überpflanzte er ein frisch exstirpiertes Schilddrüsenstück in die Milz. Die Tetanie besserte sich, aber Pat. starb 6 Tage später an Pneumonie. Die Untersuchung ergab nun, daß das Schilddrüsenstück wirklich eingeheilt war.

Müller (Rostock) hat zwei Fälle von Kretinismus, ähnlich wie Kocher, mittels Einpflanzung von frischem Schilddrüsengewebe in die Metaphyse der Tibia behandelt und eine wesentliche Besserung des Intellektes erzielt.

Moskowicz (Wien) überpflanzte in einem gleichen Falle ebenfalls Schilddrüsengewebe in den Knochen, schnitt dasselbe aber mit Rücksicht auf die Saftströmung in feine Scheiben. Erfolg.

Boerner (Rastatt).

v. Eiselsberg (Wien) berichtet im Anschluß an die Mitteilung Kocher's über einen Fall, in welchem er vor 3/4 Jahren mit Erfolg ein Epithelkörperchen von einer Pat. (bei der eine Cystenstruma operiert wurde) verpflanzt hat in einem Falle von chronischer Tetanie.

Im Jahre 1882 war von Billroth einer damals 17jährigen Pat. wegen eines starke Atembeschwerden verursachenden Kropfes eine Totalexstirpation des Kropfes ausgeführt worden. Es schloß sich eine intensive Tetanie an, welche auf keinerlei Medikation (Schilddrüsenfütterung, Fütterung mit Epithelkörper, Verpflanzung einer Schild-

drüse) weichen wollte. Erst die eben erwähnte Verpflanzung eines Epithelkörperchen zwischen Fascie und Peritoneum brachte eine entschiedene Besserung.

Objektiv besteht zwar noch das Chwosteck'sche Phänomen fort, doch ist wie dies Pinneles nachwies, die Ka ÖZ von 2,5 auf 5 Milliampère gestiegen.

Über den zweiten Fall, in welchem die Überpflanzung durch Vereiterung resultatlos blieb, will ich an anderen Orten berichten.

Ich glaube, daß die Verpflanzung auch bei anderen Fällen von Tetanie (aus anderer Ursache) aussichtsvoll ist, und meine nur, daß die Hauptschwierigkeit die Beschaffung des Materiales sein dürfte. Vielleicht könnte man daran denken, von einem an einer schweren Verletzung Verstorbenen gleich nach dem Tode die Epithelkörper zu entnehmen. (Selbstbericht.)

---

13) **H. v. Haberer.** Experimentelle Verpflanzung der Nebenniere in die Niere.

Vortr. schildert eine Methode der Transplantation von Nebennieren in die Nieren bei Hunden, Katzen und Kaninchen, deren Wesen darin besteht, daß zunächst ein kleiner Gefäßstiel der Nebenniere zwecks besserer Ernährung derselben in der ersten Zeit nach der Transplantation erhalten bleibt. Mit dieser Methode gelang es, in über 50% eine Einheilung der Nebenniere in die Niere nicht bloß mit anatomisch, sondern auch funktionell günstigem Resultate zu erzielen. Ohne auf diese Versuche, die in einer bereits in Druck befindlichen Publikation niedergelegt sind, näher einzugehen, bespricht Vortr. die Resultate einer von ihm gemeinsam mit Prof. Stoerk in Wien durchgeführten Arbeit, welche sich mit dem Studium der histologisch-anatomischen Veränderungen von in die Niere transplantierten Nebennieren beschäftigt. Die der Arbeit zugrunde liegende Frage war die, ob aus in die Niere transplantiertem Nebennierengewebe Formationen entstehen können, die mit den unter dem Namen Grawitz'sche Geschwülste bekannten Tumoren Ähnlichkeit besitzen. Zu diesem Behufe wurden 104 transplantierte Nebennieren in nahezu kontinuierlicher Reihe, angefangen von wenigen Tagen nach der Transplantation, bis zu über 1/2 Jahre nach derselben, untersucht. Dabei ergab sich, daß fast von jeder transplantierten Nebenniere gleich in den ersten Tagen ein Teil zugrunde geht. Neben eindeutigen Nekrosen kommt es aber auch zu regressiven Vorgängen in einzelnen Rindenzellkomplexen, welche von den Verfassern mit Sicherheit als Vorstadien des Zellunterganges bezeichnet werden, und die sich zunächst durch das Verschwinden der alveolären Strukturierung der Zellkomplexe, geringere Protoplasmafärbbarkeit, Auftreten von hämatogenem Pigment im Protoplasma, sowie durch degenerative Kernveränderungen dokumentieren. Dazu kommt das Auftreten von eigentümlichen Kristallen mit Fremdkörperriesenzellenbildung. Auch das

regellose Einwachsen von Bindegewebszügen ist für den regressiven Zustand bezeichnend. Lange Zeit können sich die Zellen in diesem regressiven Zustand erhalten, dessen Erkennung durch den Vergleich mit lebendem und hypertrophierendem Nebennierengewebe ermöglicht wurde. Die ungeschädigten und hypertrophierenden Anteile der transplantierten Nebennieren kontrastieren in lebhaftester Weise mit den eben skizzierten Bildern. Die hypertrophische Rinde zeigt auffällig sukkulente, pigmentfreie Zellen in charakteristischen alveolären Verbänden. Häufig sind Mitosenbefunde. Derartige alveoläre Zellverbände wachsen sehr häufig ins regressive Gewebe ein und dringen auch in den Narbenbereich oder sogar in benachbartes Nierenparenchym vor und unterscheiden sich dann in nichts von den herkömmlicherweise als Nebennierenrindenadenome bezeichneten Formationen.

Wucherndes Mark, das bisher von keinem Transplantator gesehen wurde, da die Marksubstanz bisher allen Experimentatoren nach der Transplantation zugrunde gegangen ist, zeichnet sich durch Auswachsen der Markmasse in und durch die Rindenschicht, durch Bildung intra- und extrakapsulärer Markdepots, durch infiltratives Vordringen in die umgrenzende Narbenschicht und das umgebende Nierengewebe, sowie durch lebhafte chromaffine Sekretion aus.

Durch das ineinander greifende Spiel von Regreß und Regeneration kommt es zu einem totalen Neu- und Umbau des Organes, bis durch die mächtige regenerative Wachstumstendenz des Nebennierengewebes das funktionelle Gleichgewicht wieder vollständig hergestellt ist.

Die Verff. glauben, daß die regressiven Veränderungen von jenen Autoren, welche bisher über Erfolge mit gefäßloser Nebennierentransplantation berichten, zum Teil nicht erkannt wurden, und halten dafür, daß auch die von Schmieden seinerzeit angegebenen Befunde fast ausschließlich auf diese Weise zu erklären sind. Auf Grund ihrer Untersuchungsreihe fühlen sie sich zu dem Schlusse berechtigt, daß in die Niere experimentell verlagertes und daselbst wucherndes Nebennierenrindengewebe bei den genannten drei Tierspezies immer und ausschließlich Formationen vom Typus der Rindenadenome, niemals aber vom Typus der Grawitz'schen Geschwülste produziert.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Schmieden (Berlin): Vortr. führt aus, daß seine früheren Experimente, mit denen es zum ersten Male gelungen war, die Nebenniere zu verpflanzen, den Zweck hatten, die versprengten Nebennierenkeime nachzuahmen und die histologischen Verhältnisse bei freier Plastik zu studieren. Damit kann man das Gewebe nicht im alten Zustand erhalten, auch seine Funktion geht bei dem langsam vor sich gehenden Degenerationsprozeß langsam zugrunde. Hierbei entstehen Bilder, die sehr lebhaft an das Gewebe der Grawitz'schen Tumoren erinnern, was die Zellbilder und die Anordnung anbetrifft. Wenn nun v. Haberer eine bessere Pflanzung gelungen ist, so gelingt dies eben nur unter zeitweiser Beibehaltung einer Brücke; dies freilich ist

keine freie Plastik mehr, und die Methode verliert dadurch an Aussicht auf praktische Verwertbarkeit und eventuelle Ausführbarkeit von einem Individuum auf das andere.

Der Vortr. wirft zum Schluß die Frage auf, ob der bei freier Plastik notwendige Verlust der Nervenverbindungen des Organs event. an dem Verluste der Funktion schuld sei, und regt Studien darüber an, ob bei der Technik des Herrn v. Haberer die Nerven des Organs erhalten bleiben. (Selbstbericht.)

Störk (Wien): Das angeblich stehen gebliebene Rindengewebe sei hypertrophisches Gewebe. Auch habe es keine Ähnlichkeit mit Grawitz'schem Geschwulstgewebe (Schmieden).

---

14) **Lexer** (Königsberg i. Pr.). Die Verwendung der freien Knochenplastik nebst Versuchen über Gelenkversteifung und Gelenktransplantation.

L. berichtet über seine Erfolge mit freier Knochentransplantation nach Erfahrungen an einem großen Krankenmaterial. Es handelt sich um den Ersatz von großen Lücken der Schädelknochen, um das Heben von eingefallenen Stellen des Gesichtsskelettes, um den Ersatz großer Defekte der Röhrenknochen und des Unterkiefers, um die Heilung von Pseudarthrosen, auch am Schenkelhals, durch Knochenbolzung, um die Versteifung paralytischer Gelenke (besonders des Fußgelenkes) durch Bolzung der benachbarten Knochen, um den Ersatz großer Abschnitte der Röhrenknochen samt einem Gelenkkopfe oder samt beiden Epiphysen und schließlich um Versuche, ganze Gelenke zu transplantieren. (Kniegelenke bei zwei Erwachsenen.)

Zur Verpflanzung eignete sich am besten frischer, mit Periost bekleideter Knochen, während ausgekochter Leichenknochen sich nur da bewährte, wo er unter Periost oder in den Knochen hinein verpflanzt worden war. Bei großen Röhrenknochenersatzstücken wurde das Knochenmark entfernt, da entzündliche Erscheinungen der Resorption seiner Zerfallsstoffe folgten, und durch Jodoformknochenplombe ersetzt. Der allmähliche Schwund der letzteren gibt in den Röntgenbildern gute Anhaltspunkte für das Fortschreiten der Vaskularisation.

Einzelheiten eignen sich nicht für ein kurzes Referat. (Demonstration verschiedener operierter Pat. und Röntgenbilder.)

(Selbstbericht.)

---

15) **L. Heidenhain** (Worms). Osteoplastischer Ersatz der Tibiadiaphyse.

H. stellt ein 4jähriges Kind vor, welchem er Anfang Juni 1906 wegen eines myelogenen Sarkomes der Diaphyse der rechten Tibia diese fast in ganzer Länge exstirpiert und durch ein abgespaltenes Stück der linken Tibia von gleicher Länge (Innenfläche, Knochen mit

Periost) ersetzt hat. Heilung p. pr. Das Kind ging von der 7. Woche an ohne Verband. $3^1/_2$ Monate nach der Implantation Querbruch des implantierten Stückes wegen Rarefaktion desselben. Glatte Konsolidation in kurzer Zeit unter Gipsverband. Seitdem Funktion ohne Störung. Von geringfügiger Verbiegung der Tibia durch Belastungsdruck abgesehen, keine Deformität des Knochens. Röntgenbild zeigt, daß die Tibia in normaler Weise von den Epiphysen aus gewachsen ist. Das implantierte Stück, welches die Mitte des Knochens einnimmt, ist natürlich nicht gewachsen, entsprechend den normalen Vorgängen beim Knochenwachstum. H. zeigt ferner die Röntgenplatten eines Kindes, welchem er einen ca. 10 cm langen vollkommenen Defekt der Tibia, durch akute Osteomyelitis entstanden, ebenfalls durch ein abgespaltenes Stück der Innenfläche der anderen Tibia mit Periost ersetzt hat. Auch hier erfolgte, trotz Eiterung und Abstoßung eines großen Sequesters des implantierten Stückes, Heilung, d. h. Konsolidation mit voller Funktion. (Selbstbericht.)

16) **Barth** (Danzig). Über Osteoplastik.

Die Bedeutung des Periostes bei der freien Transplantation periostgedeckter Knochenstücke erscheint heute in einem anderen Lichte, als es Vortr. vor 14 Jahren auf Grund seiner Versuche dargestellt hat. Es ist inzwischen durch Experiment sowohl als durch klinische Erfahrung hinreichend erwiesen, daß sich das Periost auf Periostknochenstücken erfolgreich übertragen läßt und dabei eine relativ hohe Vitalität und Produktivität besitzt. Auch Erfahrungen des Vortr. lassen daran keinen Zweifel. Den Prüfstein bilden die großen zirkulären Defekte der langen Röhrenknochen mit Verlust des Periostes nach Verletzungen, Osteomyelitis und besonders bei den modernen Kontinuitätsresektionen wegen Sarkomen. Der erfolgreiche Ersatz solcher Defekte mit totem Knochenmaterial scheiterte im allgemeinen an dem Mangel eines ausreichenden ossifikationsfähigen Bodens, von dem aus der tote Knochen durch neuen Knochen ersetzt werden kann; denn die schmalen Berührungsflächen an den Resektionsstümpfen sind hierfür völlig unzureichend. Solche Fremdkörper können zwar an den Resektionsflächen knöchern verwachsen, sie bleiben aber in der Hauptsache Fremdkörper, und früher oder später entscheidet eine gelegentliche sekundäre Infektion endgültig über ihr Schicksal. Hierzu einige Beispiele.

Bei einem 21jährigen Manne wurde ein 20 cm langes Stück, d. h. fast die ganze Diaphyse des Humerus wegen periostalen Sarkoms zirkulär mitsamt Periost reseziert und durch ein entsprechendes Stück aus einem sterilisierten Skeletthumerus ersetzt. Nach anfangs günstigem Verlauf trat nach 3 Wochen unter Fieber Eiterung ein, und der implantierte Knochen mußte 7 Wochen p. op. wieder entfernt werden. 3 Monate später Spaltung der Narbe und Implantation der sterilisierten Fibula einer frischen Leiche. Heilung mit knöchener Vereinigung am oberen, mit Pseudarthrose am unteren Ende. Später

Fistelbildung und Entfernung des Fremdkörpers nach 7 Monaten. Nach Heilung der Wunde Autoplastik mit 20 cm langem Periostknochenspan aus der Tibia. Knöcherne Vereinigung mit beiden Humerusstümpfen binnen 2 Jahren, aber Pseudarthrose oberhalb der Mitte infolge fortschreitender Rarefikation an dieser Stelle, während sich das Knochenstück in den übrigen Abschnitten durch Modellierung der Form des normalen Humerus angepaßt hat. B. führt dies auf eine Tätigkeit des mitüberpflanzten Periostes zurück, da periostlose Knochenstücke, in Weichteilen implantiert, allmählich resorbiert werden, wie er an einem Beispiel demonstriert. Einen scheinbaren Erfolg mit der Implantation toten Materials hatte B. bei einer 33jährigen Pat., der der obere Abschnitt der Tibia in Ausdehnung von 10 cm wegen periostalen Sarkoms reseziert worden war. Es wurde die Fibula in die Fossa intercondyl. fem. eingepflanzt und der Defekt zwischen Cond. int. fem. und Tibiastumpf durch ein großes mazeriertes Spongiosastück ersetzt. Heilung mit unvollkommener Konsolidierung des Beines, Gang mit Stützapparat, Amputation nach 1½ Jahren wegen Rezidivs. Das implantierte Spongiosastück war stark verkleinert, teils durch Rezidivknoten, teils durch Granulationsgewebe. Die Vereinigung mit der Tibia war eine bindegewebige.

Mit derselben Methode, aber unter Benutzung zweier periostgedeckter Knochenspäne aus der gesunden Tibia, erzielte B. ein vollkommenes Resultat bei einem 17jähriges Mädchen mit myelogenem Sarkom des Tibiakopfes. Vollkommene Konsolidierung, freier Gang, rezidivfrei nach 4 Jahren.

Ein ideales Resultat hatte die Autoplastik in einem vor 11 Jahren von B. operierten Fall von 6 cm langem zirkulären Defekt der Tibia nach osteomyelitischer Totalnekrose bei einem 8jährigen Knaben. Implantation zweier Periostknochenspäne der gesunden Tibia, vollständige Konsolidierung mit massiger Knochenneubildung nach 2½ Jahren, vorzügliche Gebrauchsfähigkeit des Beines.

In einem weiteren Falle von Autoplastik, die vor 6 Jahren gelegentlich einer 6 cm langen Kontinuitätsresektion der Tibia wegen Sarkoms ausgeführt wurde, blieb das funktionelle Resultat infolge von Pseudarthrose am unteren Ende unvollkommen. Der Periostknochenspan hat sich aber gut modelliert, so daß er im Röntgenbild kaum von der normalen Tibia zu unterscheiden ist.

Nach diesen Erfahrungen hält Vortr. die Auto- und Homoplastik mit periostgedeckten Knochenstücken für den Ersatz von Kontinuitätsdefekten der Röhrenknochen für die souveräne und allein sicher zum Ziele führende Methode, während die Fremdkörpertherapie im Sinne Gluck's durch die Erfolge der Autoplastik mehr denn je zurückgedrängt ist. Anders verhält es sich bei Schädeldefekten und bei wandständigen höhlenförmigen Defekten der Röhrenknochen. Hier verbürgt der ossifikationsfähige Boden den knöchernen Ersatz auch bei Implantation sterilen toten Knochenmaterials, wovon sich B. namentlich bei komplizierten Schädelbrüchen des öfteren überzeugen konnte.

Er pflegt hier die beschmutzten Fragmente durch Auskochen zu sterilisieren und dann zu replantieren; in einem Fall wurde durch sekundäre Einheilung von Knochenkohle in die granulierende Wunde voller Erfolg erzielt. In solchen Fällen erscheint die Autoplastik überflüssig. Bei einem richtigen Verständnis für die pathologischen Vorgänge kann man auch sonst gelegentlich schöne Erfolge mit der Implantation von toten Knochen haben, wie folgender Fall beweist. Ein 17jähriges Mädchen, welches seit dem 5. Lebensjahre an abenteuerlichen Verkrümmungen der Extremitäten infolge von Osteomalakie litt und sich nur auf der Erde kriechend fortbewegen konnte, war mehrfach erfolglos osteotomiert worden, weil stets Pseudarthrosen zurückblieben, mangels jeder Callusbildung an dem atrophischen Knochen. Durch Implantation von Knochenkohle in die Markhöhle wurde binnen 10 Wochen Konsolidierung erzielt. Nacheinander wurden sechs Osteotomien mit Implantationen von Knochenkohle an Femur und Tibia beider Beine ausgeführt und das Mädchen hierdurch auf die Beine gebracht, was vorher jahrelangen Bemühungen nicht gelungen war. (Selbstbericht.)

---

17) **Brentano** (Berlin). Beitrag zur Knochenüberpflanzung in Röhrenknochendefekte.

B. stellt zwei Pat. vor, bei welchen er ausgedehnte Defekte in den langen Röhrenknochen durch Zupflanzung eines freien Periostknochenstückes ersetzt hatte. Das Ersatzstück wurde in beiden Fällen mittels der elektrischen Kreissäge der Vorderfläche der Tibia entnommen und umfaßte nicht nur die Corticalis in ihrer ganzen Dicke und das zugehörige Periost, sondern auch oberflächliche Teile des Knochenmarkes.

Fall I. 14jähriges Mädchen mit einem myelogenen Sarkom der linken Tibia, das die ganze untere Epiphyse und ein Stück der angrenzenden Diaphyse einnahm, aber weder die Corticalis noch den Gelenkknorpel an irgend einer Stelle durchbrochen hatte. 22. Januar 1908 Resektion der unteren $^2/_5$ der linken Tibia samt ihrem Periost und der Gelenkfläche, aber mit sorgfältiger Schonung aller Sehnen (Demonstration des Präparates). In den 15 cm langen Defekt wird ein Periostknochenstück eingepflanzt, das der Tibia derselben Seite oberhalb der Resektionsstelle, in diese aber nicht hineinreichend, entnommen war. Das Stück stützte sich oben auf die Sägefläche der Tibia, unten auf die Talusrolle, wo mit der Luer'schen Zange eine kleine Grube in dem Knorpel zur Aufnahme des peripheren Endes hergestellt worden war. Einen weiteren Halt erhielt das Ersatzstück durch Nähte, die sein Periost oben mit dem der Tibia, unten mit Resten der Gelenkkapsel verbanden. Hautnaht. Drainage der Fußgelenkgegend vor und hinter dem äußeren Knöchel. Volkmann'sche Schiene, später Gipsverband, in dem die Pat. schon 6 Wochen nach der Operation die ersten Gehversuche machen konnte. Gegenwärtig (3 Monate nach der Operation) kann sich die Pat. bereits ohne Ver-

band und ohne Stock fortbewegen. Der Fuß steht in leichter Varusstellung und ist im Talo-Cruralgelenk versteift. Von einem leichten Federn abgesehen, ist aber sonst, und zwar namentlich auch bei der Betastung, kaum etwas von der Überpflanzung nachzuweisen. Die Röntgenbilder zeigen, daß das eingepflanzte Knochenstück in feste organische Verbindung mit dem Tibiaschafte getreten ist und bereits eine deutliche Knochenneubildung begonnen hat, die von dem Periost und dem Marke des Ersatzstückes ausgeht.

Fall II. 25jähriger Mann. Pseudarthrose des linken Oberarmes, entstanden nach komplizierter Fraktur durch Fall in Südwestafrika. 3malige Anfrischung und Naht ohne Erfolg, ebenso das osteoplastische Verfahren nach W. Müller: Am 2. Oktober 1907 Implantation eines 6 cm langen Periostknochenstückes aus der linken Tibia zwischen die treppenartig angefrischten und auseinander gezogenen Fragmentenden. Bei der Art der vorgenommenen Anfrischung läßt sich das eingepflanzte Knochenstück nur mangelhaft durch einige Periostnähte an Ort und Stelle fixieren. Hautnaht, Drainage. Verband und Fixierung des Armes auf einem Middeldorpff'schen Triangel. Verlauf anfangs reaktionslos. Fast 5 Wochen nach der Operation bildete sich ein Abszeß an der Implantationsstelle, der inzidiert werden mußte. Aus der Inzisionswunde entwickelte sich eine Fistel, die sich erst schloß, als sich ein kleinfingernagelgroßer Sequester aus ihr entleert hatte. Pat. machte dann später noch ein Erysipel durch, das zu einer Abszeßbildung in der Achselhöhle geführt hatte.

Trotz all dieser Komplikation ist der überpflanzte Knochen nicht ausgestoßen worden, sondern ist eingeheilt. Er ist aber, vermutlich infolge der ungenügenden Fixierung, bis jetzt, d. h. ca. 6½ Monate nach der Operation, noch nicht in feste Verbindung mit den Frakturenden getreten, so daß noch deutliche Wackelbewegungen an der Implantationsstelle nachweisbar sind.

Die Röntgenbilder zeigen, daß das Ersatzstück oben und unten von Callusmassen umwuchert wird, die von den Humerusenden gebildet werden und sich einander entgegen wachsen, gegenwärtig aber erst die Enden des eingepflanzten Stückes pfannenartig umgeben. Dieses selbst ist kürzer geworden und hat eine mehr ovale Form angenommen, indem vorwiegend seine Ecken und Enden der Resorption zum Opfer gefallen sind, d. h. also diejenigen Teile, wo das mitverpflanzte Periost nicht ganz fest haftete bzw. bei der Fixierung vom Knochen gelöst wurde.

Der Fall lehrt, daß man bei der Überpflanzung von Periostknochenstücken auf möglichst feste Verbindung des Ersatzstückes mit dem Knochen, der den Defekt aufweist, das größte Gewicht zu legen hat. Bei mangelhafter Fixierung treten infolge der elastischen Retraktion der Muskeln Verschiebungen ein, und es kommt durch Bewegungen der Knochenenden an der Einpflanzungsstelle zu Abschleifungen an dem Ersatzstücke, das dadurch seiner ursprünglichen Bestimmung verloren geht.

(Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 14—17.

A. Neumann (Berlin). Demonstration eines Falles von Osteoplastik.

N. stellt einen 41jährigen Buchbinder vor, welchem er vor Jahresfrist die distalen $9^1/_2$ cm des linken Radius wegen Sarkom desselben reseziert und den Defekt durch ein entsprechendes Stück aus der Tibia in Zusammenhang mit dem Periost derselben ersetzt hat. Das Ersatzstück ist ohne jede Naht oder Nagelung fest eingeheilt und hat — durch eine zweckentsprechende Verwendung des mit überpflanzten Periostes — dem Handgelenk die Beweglichkeit in so hohem Grade wiedergegeben, daß der Pat. eine vollkommen gebrauchsfähige Hand wiedererlangt und behalten hat. Die vorgezeigten Röntgenbilder lassen die anatomischen Verhältnisse gut erkennen, speziell auch die wichtige Rolle, die dem mitüberpflanzten Periost bei der Knochenneubildung zuzuerteilen ist. (Selbstbericht.)

Braun (Göttingen) deckte einen Defekt des Humerus nach Resektion wegen Knochencyste ebenfalls durch freie Autoplastik aus der Tibia und erzielte einen vollkommen festen Oberarmknochen.
Boerner (Rastatt).

v. Hacker (Graz) will im Gegensatz zu Lexer kein Transplantationsmaterial von anderen Pat. benutzen, da hierbei eine Übertragung von Krankheitskeimen nicht mit Sicherheit auszuschließen sei.

Axhausen (Berlin) betont auf Grund seiner Tierversuche, daß die Mitüberpflanzung von Periost notwendig sei, wenn man einen dauernden Ersatz erzielen wolle; das transplantierte Periost bleib am Leben und produziert Knochen.

Löwenfeld (Utrecht) berichtet über einen Fall von Autoplastik.

Kausch (Schöneberg) ist der Ansicht, daß toter, selbst ausgekochter Knochen trotz des Fehlens des Periostes einheile; Leichenknochen allerdings nicht.

Bade (Hannover) ist mit der Versteifung des Fußgelenkes durch Bolzung, wie Lexer vorschlägt, nicht einverstanden, da für die Funktion des Fußes eine geringe Beweglichkeit des Fußgelenkes notwendig sei. Andererseits lasse sich eine Versteifung des Kniegelenkes auch durch langdauernde Verbände erreichen. **Boerner** (Rastatt).

---

18) **M. v. Brunn** (Tübingen). Über neuere Bestrebungen zur Verbesserung und Vereinfachung der Hautdesinfektion. Alkohol als einziges Desinfektionsmittel.

Die bisher üblichen, meist mehraktigen und ziemlich komplizierten Desinfektionsverfahren haben sämtlich nicht vermocht, ein keimfreies Operieren zu ermöglichen. Daher machen sich in neuerer Zeit immer mehr Bestrebungen geltend, auf die Entfernung der Bakterien von der Haut überhaupt zu verzichten und nur dafür zu sorgen, daß

während der Operation keine oder doch wenigstens nicht allzu viele Bakterien sich von der Hautoberfläche ablösen. Dieses Ziel zu erreichen, gelingt durch die Desinfektion ausschließlich mit reinem 96 %igen Alkohol, der in der v. Bruns'schen Klinik im letzten Halbjahr ausschließlich zur Desinfektion der Haut von Händen und Operationsfeld benutzt wurde. Die Veränderung der Hautoberfläche durch den Alkohol derart, daß kleinste korpuskuläre Elemente auf ihr festgehalten werden, ist schon vielfach in der Literatur erwiesen, wurde aber bisher fast immer gegen den Wert der Alkoholdesinfektion ins Feld geführt. Da es bei der reinen Alkoholdesinfektion nicht auf eine Abtötung der Bakterien abgesehen ist, welche innerhalb der zur Desinfektion praktisch in Betracht kommenden Zeit nicht gelingt, sondern auf eine Schrumpfung der Haut durch Wasserentziehung, so ist den stark wasserentziehenden hohen Konzentrationen der Vorzug zu geben vor den etwas stärker bakteriziden schwächeren Konzentrationen. Eine vorausgeschickte Waschung mit Wasser und Seife ist unzweckmäßig und beeinträchtigt den Desinfektionseffekt. Eine zu starke mechanische Bearbeitung der Haut ist zu unterlassen, damit nicht aus den tieferen Hautschichten Bakterien an die Oberfläche gebracht werden, die man dann doch schließlich nicht entfernen kann, und damit Hautschädigungen unter allen Umständen vermieden werden.

Die praktische Ausführung der Desinfektion besteht darin, daß mit einem in Gaze gehüllten Wattebausch die Haut der Hände und des Operationsfeldes 5—10 Minuten lang in 96 %igem Alkohol abgerieben wird. Selbstverständlich müssen die Hände schon vorher im gewöhnlichen Sinne rein sein, auch sollen die Pat. das übliche Reinigungsvollbad am Abend vor der Operation oder am Morgen des Operationstages, wenn möglich aber nicht unmittelbar vor der Operation, bekommen haben. Nach beendeter Desinfektion ist eine zu starke Benetzung der Haut zu vermeiden, weil durch Aufweichung der Haut die Bakterienabgabe wieder vermehrt werden kann. Es empfiehlt sich daher, die Hand mit sterilen Gummihandschuhen zu bedecken, während besondere Vorsichtsmaßregeln am Operationsfeld nach den bisherigen Erfahrungen überflüssig zu sein scheinen.

Die reine Alkoholdesinfektion leistet nach den bisherigen Erfahrungen praktisch vollkommen Ausreichendes auf so einfache Weise, wie kein anderes Desinfektionsverfahren und ist bei der leichten Zugänglichkeit des Desinfektionsmittels zur weitesten Verbreitung besonders geeignet. (Selbstbericht.)

---

19) **Heusner.** Über Jodbenzindesinfektion.

Dem Spiritus gegenüber besitzt das Benzin wie auch die Jodbenzin-Paraffinlösung den Vorzug weit stärkerer fettlösender Kraft. Daher bleibt das Jodbenzin überlegen, wenn es sich um Entfernung von Maschinenschmiere und sonstigen fettigen Verunreinigungen der

Haut handelt, ebenso zum Reinigen eiternder und jauchender Wunden. Gut bewährt hat es sich ferner zur Desinfektion des Mundes bei Zahnkaries und Mundfäule. (Selbstbericht.)

---

20) **Klapp** und **Dönitz** (Berlin). Über Chirosoter.

Der Zweck bei der Anwendung des Chirosoters ist der, daß man die Keime in ihren Schlupfwinkeln auf der Haut festkleben will. Wir betrachten das Chirosoter nur als Fixationsmittel für die Keime, eine homogene Decke ist nicht beabsichtigt.

Man muß die Haut mit besonderer Vorsicht auf den Gebrauch des Chirosoters vorbereiten. Wenn man nicht nach unserer Vorschrift vorgeht, so werden Mißerfolge nicht ausbleiben. Wir bereiten das Operationsfeld in folgender Weise vor: Am Tage vor der Operation wird die Haut in ganzer Ausdehnung des Operationsfeldes mit 3 %iger alkoholischer Formollösung eingepinselt, und zwar wird die Haut etwa 3 Minuten lang mit der genannten Lösung feucht erhalten. Am Tage der Operation und kurz vor der letzteren geschieht noch einmal dasselbe, worauf das Operationsfeld mit dem Chirosoterspray angefeuchtet wird. Der Operateur bereitet sich folgendermaßen vor: nach kurzer Reinigung der Hände mit Wasser und Seife werden dieselben sehr gründlich mit einem Handtuch abgetrocknet. Dann wäscht man sich 3 Minuten lang in 70 %igem Alkohol, und nachdem der Alkohol abgetrocknet ist, gebrauchen wir wiederum das Chirosoter in Sprayform.

Die bakteriologischen Ergebnisse sind recht gut. Sie wurden auch von anderen Ärzten, so z. B. von Meissner und von Brunn bestätigt. Die Haut verträgt das Chirosoter sehr gut, wenn man nur die eine Vorsicht gebraucht, daß man es nicht im Überschuß verwendet, so daß es an dem Körper herunterläuft und an Stellen gelangt, wo es nicht verdunsten kann. Wenn man nach diesen Vorschriften vorgeht, wird es niemals zur Verbrennung der Haut kommen. Wir fügen noch hinzu, daß eine Vorbereitung der Hände mit Jodbenzin sehr unzweckmäßig ist.

Die praktischen Erfahrungen, welche wir seit dem 1. August 1907 in der Kgl. chirurgischen Klinik erzielt haben, sind günstig. Während der genannten Zeit wurde das Mittel bei sämtlichen Operationen der Klinik und Poliklinik angewendet. Was die Wundheilung anlangt, so war dieselbe tadellos, so daß wir das Mittel nur weiter empfehlen können. (Selbstbericht.)

---

21) **Wederhake** (Düsseldorf). Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes mittels Dermagummit.

W. empfiehlt, an Stelle des feuergefährlichen Benzins beim Gebrauche der Heusner'schen Methode den Tetrachlorkohlenstoff zu verwenden. Derselbe ist nicht feuergefährlich, billig, ein ausgezeichnetes Lösungsmittel für Fette, Jod, Brom usw. Man sollte ihn deswegen in der Chirurgie überall da verwenden, wo man bisher den

teueren und feuergefährlichen Äther zu mechanischen Reinigungszwecken gebraucht hat. Bei seinem Gebrauch ist nur die Vorsichtsmaßregel zu beachten, daß er nicht in großen Quantitäten vom Operationsfeld herabläuft, um sich z. B. beim liegenden Kranken auf dessen Rücken zu sammeln. Gebraucht man ihn zur Händedesinfektion oder zu Reinigung des Operationsfeldes, so reibt man 3 Minuten lang mit einer Lösung von 1,0 Jod in 1000,00 Tetrachlorkohlenstoff ab. Die auf diese Weise erzielten Resultate entsprechen einer Keimverminderung von 95—99%. Um jedoch möglichst keimfrei zu operieren, muß man die Hand und das Operationsfeld noch mit einem undurchlässigen Überzug versehen. Als solcher hat sich dem Vortr. das Dermagummit bewährt, welches von der Fabrik Dr. Degen & Kuth, Düren (Rheinland) oder aus jeder Apotheke bezogen werden kann. Das Dermagummit ist eine eigenartige, kaum klebende Jodkautschuklösung in Tetrachlorkohlenstoff, das beim Verreiben auf der Haut einen bakteriendichten Überzug bildet, welcher nur durch kautschuklösende Mittel wieder entfernt werden kann. Auf Grund klinischer und bakteriologischer Untersuchungen kann das Dermagummit empfohlen werden. Es kann auch als Überzug nach der Desinfektion nach Fürbringer, Ahlfeld usw. gebraucht werden, nur müssen die Hände vor dem Auftragen des Dermagummit trocken sein.

Auch Silberseide und Silberkautschukseide in stets steriler Packung (Demonstration) können aus den Apotheken oder von der Fabrik Dr. Degen & Kuth, Düren (Rheinland) in Packungen von 4,5, 10 und 50 m bezogen werden. (Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 18—21.

C. Brunner (Münsterlingen) hat das Heusner'sche Jodbenzinverfahren im Laufe des letzten halben Jahres konsequent für die Desinfektion der Haut des Operationsfeldes eingeführt und an Stelle der Fürbringer'schen Methode beibehalten. Für die Desinfektion der Hände wurde es verlassen, da die Erfahrung gemacht wurde, daß die Haut der Hände rissig wurde. Die Desinfektion des Operationsfeldes ist während der von Heusner vorgeschriebenen Zeit von 8 bis 10 Minuten immer gut vertragen worden, mit Ausnahme am Skrotum bei Herniotomien. Hier wurde Ekzem beobachtet. Vor der Fürbringer-schen Methode hat das Heusner'sche Verfahren bei ebenso großer Leistungsfähigkeit den Vorteil größerer Einfachheit und Kürze.

Vollständige Amykosis — Redner gebraucht diesen Ausdruck an Stelle des Wortes Asepsis —, Fernhaltung aller Keime von den Operationswunden wurde auch bei Benutzung des Deckverfahrens, bei Anwendung des Döderlein'schen Gaudaninüberzuges, unter Benutzung des ganzen sogenannten verschärften modernen Wundschutzes, d. h. bei Anwendung von Gummihandschuhen, Kopfmützen, Mundbinden, nie erreicht, wohl aber starke Keimreduktion. Es stimmen auch darin die Untersuchungsergebnisse mit denen des Herrn v. Brunn überein. B. bezweifelt, daß wir das, was jetzt als Ideal bezeichnet

wird, die absolute Keimfreiheit operativer Wunden, zu erzielen vermögen. Vom praktischen Gesichtspunkt aus liegt dafür nach seinen Erfahrungen das Bedürfnis nicht vor. Erzielt er Konstanz infektionsloser Heilung, so gibt er sich damit zufrieden. Einige Keime werden die Gewebe wohl auch in Zukunft bei jedem Verfahren zu verdauen haben. (Selbstbericht.)

v. Krafft (Innsbruck) berichtet über seine Versuche bezüglich der Bildung von Antikörpern bei Staphylokokkeninfektion und die dadurch ermöglichte Diagnose der bestimmten Art der Infektion.

Braatz (Königsberg) hebt hervor, daß seine eigenen, vor vielen Jahren gemachten Erfahrungen heute von v. Brunn bestätigt worden seien.

Erler (Treptow) sprach sich gegen Hautlacke aus. Durch dieselben wird die Körperfeuchtigkeit am Verdunsten verhindert; sie bricht dann in kurzer Zeit mit elementarer Gewalt durch und reißt die Keime, die inzwischen unter dem Lacküberzug aufgeschwemmt und angesammelt sind, mit sich fort.

Die Löcher, welche der hervorperlende Schweiß setzt, sind durch Höllensteinlösungen nachzuweisen. Bei einer schlecht desinfizierten Hand ist jeder Hautlack insofern schädlich, als er die Keime erst hervortreibt.

(Vgl. Fortschritte der Medizin Bd. XVIII 1900. Nr. 23. Erler, Antiseptische Harzkollodiumlösungen und Improvisieren der regelrechten Händedesinfektion. (Selbstbericht.)

Herhold (Brandenburg) spricht ebenfalls zur Catgutsterilisation.

Heidenhain (Worms) empfiehlt den Seifenspiritus zur Desinfektion der Haut.

Kausch (Schöneberg) ist ebenfalls immer wieder zum Seifenspiritus zurückgekehrt und benutzt stets Zwirnhandschuhe.

Boerner (Rastatt).

---

22) **Chlumský** (Krakau). Eine neue und einfache Methode der Catgutsterilisation.

C. legt Catgutfäden, so wie er sie aus der Fabrik bekommt, in eine Mischung von reiner Karbolsäure (1 Teil) und Kampfer (Camphora trita 2 Teile), mit Zugabe von einigen Tropfen Spir. absol. Diese Lösung wirkt hochgradig antiseptisch und zeichnet sich vor anderen Karbollösungen dadurch aus, daß sie nicht ätzt. Man kann sie direkt auf die Hand gießen, ohne die Haut zu ätzen. C. hat diese Lösung im Zentralblatt für Chirurgie vor einigen Jahren als ein hervorragendes Mittel gegen Erysipelas und gegen chirurgische Infektionen empfohlen. Sie wurde seit der Zeit von mehreren Kollegen (Müller, Klebel, Nespor usw.) geprüft und als sehr gut und wirkend erkannt.

Die Catgutfäden bleiben in der genannten Lösung 5—8 Wochen liegen und werden dann direkt benutzt. Will man aseptisch operieren, dann taucht man sie auf einige Augenblicke vor dem Gebrauch in steriles Wasser, um den Überfluß der antiseptischen Lösung zu entfernen.

Bakteriologisch untersucht, zeigten die Fäden, welche aus verschiedenen Fabriken geliefert und dann in die Lösung getaucht wurden, schon nach einigen Stunden kein Bakterienwachstum. Absichtlich mit sehr virulenten Kokken infiziert, waren sie noch nach 3—5 Wochen nicht steril. Um also die Sterilisation der Fäden zu beschleunigen, legt C. die Fäden zuerst in eine 1%ige Jod-Jodkalilösung (Claudius) und nach 5—6 Tagen erst in die oben genannte Kampferlösung. Die so behandelten Fäden sind fest und unbegrenzt haltbar. Sie können direkt aus der Lösung zur Operation benutzt werden.

(Selbstbericht.)

---

23) **Spechtenhauser** (Wels). Über »Wienerdraht« (Demonstration).

Auf Grund 2jähriger Erfahrung empfiehlt Vortr. einen Aluminium-Bronzedraht, der aus feinsten Elementen drahtseilartig gedreht ist und der eine technische Lücke ausfüllt. Das Material verbindet alle Vorzüge des Drahtes (Zugfestigkeit bis 150 kg, Dauerwirkung und absolute Sterilisierbarkeit) mit jenen der Seide (Geschmeidigkeit, einfädelbar wie Seide, knöpfbar mit einfachem chirurgischen Knoten). Der Wienerdraht vereinfacht die Anwendung von Draht in der Chirurgie und Gynäkologie, macht, da er Knoten verträgt, das Drehen, das gewöhnlich auch Bruch zur Folge hatte, überflüssig und liefert bei seiner außerordentlichen Geschmeidigkeit und Zugfestigkeit absolut sichere Dauernähte. Demnach ist er in erster Linie für Knochennaht (Patella!), dann für Sehnen-, Bruch-, Bauchdeckennähte und für Dammnähte zu empfehlen und in diesen Fällen einwandsfrei erprobt worden. Außer Vortr. verwendete ihn bisher die Klinik v. Eiselsberg (Wien) und Brenner (Linz) zur vollsten Zufriedenheit.

Fabrikant: R. Kutil, Wien IX, Spitalgasse 7.

(Selbstbericht.)

---

24) **Doberauer** (Komotau). Die Unterbindung großer Gefäßstämme mit Hilfe der allmählichen Zuschnürung.

D. berichtet über ein Verfahren, große Gefaßstämme zu unterbinden, ohne die Gefahren der peripheren Gangrän und der plötzlichen Drucksteigerung im Gefäßsystem. Er legt zunächst um den betreffenden Gefäßstamm einen dünnwandigen Gummischlauch, der durch Torsion allmählich zugeschnürt wird und so das Lumen des Gefäßes immer mehr verengt und schließlich ganz aufhebt. Während dieser Zeit (2—4 Tage kamen in D.'s Fällen zur Anwendung) werden die kollateralen Bahnen genügend ausgebildet, so daß nicht bloß die Unter-

bindung, sondern auch ausgedehnte Resektion der Hauptstämme mit Verzweigungen unter Erhaltung der Extremität und ohne Gefahr für das Herz ausgeführt werden kann. Hervorzuheben ist, daß die temporäre Ligatur die Intima nicht schädigt und keine Thrombose macht; man kann somit, falls die Resektion des Gefäßstammes sich als vermeidbar erweist, die Zirkulation in demselben jederzeit wieder freigeben. Für die Operation von Tumoren und Aneurysmen scheint die Methode empfehlenswert. D. übte sie mit Erfolg zweimal an der Art. iliaca communis. Die Indikation zur Operation gaben maligne Tumoren, welche auf die Gefäßstämme übergegriffen hatten; sie kann ohne weiteres auf die Carotis übertragen werden, für welche Jordan auch die probeweise Ligatur in Vorschlag gebracht hat. (Selbstbericht.)

---

25) **Föderl** (Wien). Zur Therapie der Aktinomykose.

F. berichtet über sechs Fälle von Aktinomykose, welche anscheinend durch Injektionen von Natr. kakodylikum geheilt wurden. Es handelte sich immer um Infektion von der Mundhöhle aus mit der Lokalisation der Abszesse und Infiltration an der Zunge, am Halse mit perilaryngealer Ausbreitung, in der Regio temporalis mit Übergreifen auf die Schädelbasis und am Unterkiefer unter Mitbeteiligung der Submaxillardrüsen.

Am 1. Tage wurde von einer 10%igen wäßrigen Lösung intramuskulär in die Nates ein Viertel einer Pravaz'schen Spritze voll injiziert, um in den folgenden Tagen um je eine Viertel Spritze anzusteigen, durch eine Woche hindurch eine ganze Spritze voll zu injizieren und in der Menge wieder zurückzugehen, worauf ein neuer Turnus folgte.

Neben dieser allgemeinen Behandlung beschränkte sich die lokale auf Punktion oder kleine Inzision von Abzessen und auf indifferente Wundversorgung.

Größere operative Eingriffe, wie Exkochleationen, ausgedehnte Inzisionen und Exstirpationen wurden vermieden.

F. empfiehlt für Fälle, in welchen mit Jodnatrium nicht der gewünschte Erfolg erzielt wird, Injektionen mit Natr. kakodylicum zu versuchen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schlange (Hannover) erinnert daran, daß die Aktinomykose eine große Neigung zur spontanen Heilung hat. Man braucht nur zu inzidieren und Sorge zu tragen, daß die Aktinomyceskörner entleert werden können. S. hält alle inneren Mittel für aussichtslos, hat auch vom Jod nichts Besonderes gesehen.

Foederl gibt die Spontanheilung zu. Er wollte nur darauf hinweisen, daß sich unter seiner Behandlung die Infiltrate in überraschend schneller Weise zurückgebildet haben. Nach den Erfahrungen der Tierärzte ist die einfache Eröffnung der Abszesse auch nicht genügend;

sie werden vielmehr weithin gespalten, mit Jod bestrichen und letzteres besonders intern gegeben. **Goebel** (Breslau).

---

26) **Fessler** (München). Versuche über Wirkung des Spitzgeschosses.

Veröffentlicht mit Genehmigung des Kgl. bayr. und Kgl. preuß. Kriegsministeriums.

Vortr. hat 1906/7 durch Unterstützung der bayr. Militärschießschule mit der neuen S-Munition 8 mm Kaliber des deutschen Infanteriegewehres bei kriegsmäßiger Volladung Versuche auf 50, 150, 600, 700, 800, 1000, 1300 und 1500 m angestellt. Als Ziele dienten frische und konservierte menschliche Leichenteile, frische Tierleichen.

Schon seit Jahren gingen die ballistischen und taktischen Bestrebungen dahin, durch Einführung einer steilen Spitze beim Infanteriegeschoß eine größere Rasanz (Flachheit der Flugbahn), leichtere Überwindung des Luftwiderstandes zu ermöglichen. Doch scheiterten diese Versuche lange Zeit daran, daß ein solches Geschoß wegen starker Rückwärtslagerung seines Schwerpunktes leicht mit seiner Längsachse aus der Schußrichtung geriet. Diese Erhaltung des Geschosses mit seiner Längsachse in der Flugbahn gelang nur durch Steigerung der Anfangsgeschwindigkeit und sehr innige Führung in den Gewehrzügen.

Frankreich hat zuerst ein derartiges sehr langes Kupfergeschoß eingeführt, vielleicht zur Steigerung der Verwundungsfähigkeit so lang, wie es der Lademechanismus des Gewehres nur gestattet, weil mit Zunahme der Länge die Häufigkeit der Querschläger wächst.

Deutschland besitzt in der S-Munition benannten Patrone ein nickelplattiertes Stahlmantelgeschoß mit Hartbleikern, welches viel kleiner, leichter ist und eine fast kegelförmige Spitze besitzt, während die des französischen torpedoähnlich zuläuft. Die Anfangsgeschwindigkeit des deutschen ist noch bedeutender als die des französischen, viel bedeutender als die der bisherigen spitzbogenförmigen (ogivalen) Geschosse.

Auch England setzt bereits seinem Lee-metfordgeschoß eine lange Spitze auf. — Das deutsche Spitzgeschoß trifft für gewöhnlich auf alle Entfernungen mit der Spitze auf. Sein Hauteinschuß ist bei Ersttreffern etwas kleiner als die des bisherigen ogivalen Modell 88. Er ist bei Ersttreffern immer fein gezähnelt und durch zähen Pulverschleim auf alle Entfernungen schwarz gerändert.

Der Weichteilschußkanal ist nicht ganz glattwandig, eng.

Der Hautausschuß, wenn kein wechselnder Widerstand entgegengetreten ist, meist ebenso klein, rund, häufiger schlitzförmig.

Ist aber das Geschoß vor Erreichung des Zieles auch nur leicht seitlich irgendwo angestreift, oder durchbohrt es ein Ziel mit verschiedenartig geschichtetem Widerstand, oder gelangt es durch mehrere Ziele mit Luftzwischenraum, so wird seine Spitze sofort abgelenkt, es

fängt infolge der Rückwärtslagerung seines Schwerpunktes zu pendeln an, wendet sich wiederholt meist unter Rechtsdrehung seitlich in verschiedene Quer- und Schieflagen, kann sich auch ganz überschlagen. Modell 88 macht ähnliche Querschläger meist nur bei schon erlahmender Kraft, vorzugsweise in weiten Entfernungen, das S-Geschoß auf alle Schußweiten, mit Vorliebe sogar auf mittlere und nahe. Wegen der außerordentlich hohen Anfangsgeschwindigkeit des S-Geschosses haben daher auch seine Querschläger, welche die Schußrichtung oft noch sehr energisch beibehalten, auch sehr bedeutende Wirkung. Die Geschoßwendung kann noch im selben Körperteil nach Sehnen- oder Knochenberührung in der Richtung zum Ausschuß als trichterförmige Erweiterung desselben, aber auch in Körperhöhlen, endlich in Körperteilen hintereinander bei Luftabstand eintreten. F. hat in derartigen Versuchen gezeigt, wie groß die Zertrümmerung und Platzwunde im Zweitgetroffenen sein kann, auch im Röntgenbild die Knochenzerstörung nachgewiesen.

Durch Beschüsse von mehrfachen Pappendeckel-Sägemehlschichten hintereinander unter Luftabstand läßt sich die Geschoßwendung von Fall zu Fall demonstrieren.

Man hat demnach in der Wirkung beim S-Geschoß Spitzentreffer von Zweittreffern bzw. Querschlägern, da diese viel häufiger vorkommen, auf alle Entfernungen wohl zu unterscheiden. Bei den Querschlägern sind die Ein- und Ausschüsse, die Schußkanäle, die Knochenzertrümmerungen, die Zerreißungen der Weichteile, namentlich auf Entfernungen bis zu 1000 m, wegen der außergewöhnlich hohen Anfangsgeschwindigkeit, immer größer als bei Ersttreffern.

Eine Zoneneinteilung gibt es ebensowenig als bei Modell 88. Doch nimmt von 1500 m die Schwere der Verletzungen rascher ab als bei Modell 88, weil das Geschoß leichter ist, dementsprechend seine Anfangsgeschwindigkeit bzw. Arbeitskraft rascher erlahmt. Mantelreißen wurde äußerst selten, unter 26100 Schüssen mit 400 Treffern nur dreimal, darunter je einmal bei Hundeoberschenkelknochen, bzw. bei der Tibia des Menschen und des Pferdes auf 700 und 400 m beobachtet. Die Spitze wurde je einmal an der Crista tibiae des Menschen (der härtesten Knochenstelle) auf 1200 und 600 m abgebrochen.

Der Stahlmantel ist an der Spitze verstärkt; deshalb durchdringt das S-Geschoß eher ein Hindernis, als daß es bricht. Trotz der starken Spitze, trotz der ungewöhnlich hohen Anfangsgeschwindigkeit, also trotz Erhöhung der absoluten Durchschlagskraft bleibt aber vom neuen Geschoß schon bei 1300 m Entfernung (vgl. Kranzfelder-Oertel, Deutsche med. Wochenschrift 1906, Nr. 13) ein größerer Prozentsatz im menschlichen Körper stecken als von Modell 88, weil es sich leichter querstellt, rascher ermattet.

Tuchfasern werden nur bei engem Anliegen in den Schußkanal mithineingerissen. Bei zweitgetroffenen Objekten ist der Einschuß nie schwarz umsäumt. Der schwarze Saum des Einschusses kann forense Bedeutung gewinnen.

Die Knochenverletzungen sind typisch wie bei den ogivalen Geschossen; wenn das S-Geschoß als Ersttreffer anlangt, ist die Seiten wirkung wegen der steilen Spitze eher etwas geringer als bei Modell 88, die Splitterzone vielleicht kürzer, aber von der diagonalen (radiären) Fissurenform in der Dia- und Metaphyse wie früher. In Epiphysen, platten und anderen spongiösen Knochen sind die Lochschüsse häufiger bei S.

Auch die Vollschädelverletzungen verhalten sich wie bei Modell 88 mit geringer Einschränkung der radiären Fissuren (vgl. Kranzfelder-Oertel). Gegen den Ausschuß hin ist bei S die Wirkung oft bedeutender, weil es sich sowohl innerhalb des Gehirnschädels, als auch in den Nebenhöhlen des Gesichtsschädels sofort quer legt. Dies ist schon am enthirnten Schädel sehr deutlich. Also »Glücksschüsse« mit minimalen Verletzungen durch die Oberkieferhöhle zum Nacken, wie sie F. mehrmals 1900 in Südafrika gesehen hat, werden seltener.

Ähnlich wird es mit Durchbohrungen des Brust- und Bauchraumes sein, wenn das Geschoß Gelegenheit hat, sich schon innerhalb des Körpers durch Anstreifen an Knochen querzulegen. F. beobachtete z. B. bei Durchschüssen vom Brustraum des Pferdes mit Rippenverletzung auf 700 m Schlitze in der Lunge, durch welche man zwei Finger legen konnte. Schon die Muskelzwischenwand des leeren Herzens genügt zur Querstellung im Ausschuß. — Die Serosa des Darmes weicht im Einschuß weiter auseinander als die Schleimhaut. Seitliche Magendurchschüsse zeigen vollkommenen Ventilverschluß, so daß kaum Inhalt ausfließt. Die Darmdurchschüsse sind auf nahe Entfernung weit zerrissen, auf mittlere kaliberweit bei Ersttreffern. Futtergefüllter Darm des Pferdes wird faustgroß zerrissen.

Nur einmal unter 12 Fällen wurde bei perforierenden Bauchschüssen kein Darm verletzt. Dies läßt allerdings nicht auf den lebenden Darm rückschließen. Doch glaubt F., daß der steilen Spitze Gefäße und Eingeweide seltener ausweichen als der ogivalen, weil letzterer in flüssigen Medien eine einige Millimeter breite Kopfwelle vorausgeht, welche ersterer fehlt.

Die Verwundungsfähigkeit des neuen Geschosses wird etwas sich steigern wegen der größeren Rasanz, der in Anbetracht des geringeren Gewichtes vermehrten Munitionsmenge, wegen der größeren Querschlägerzahl.

Von solchen Querschlägern sind größere Zerstörungen zu erwarten; daher größere Infektionsgefahr der Wunden, Zunahme der Blutung, Zunahme der stark beweglichen komplizierten Frakturen, Zunahme der klaffenden Durchschüsse durch Kopf und den Rumpf mit ausgedehnteren Eingeweideverletzungen. Dazu kommt noch die größere Häufigkeit der verlorenen Geschosse. Geht aber das neue Geschoß als Spitzentreffer durch einen Körperteil, was ebenfalls häufig vorkommt, dann wird die Verletzung noch gutartiger sein als bei Modell 88.

(Selbstbericht.)

Kopf.

27) **Franz** (Berlin). Über Krönlein'sche Schädelschüsse.

Während des südwestafrikanischen Feldzuges wurden fünf derartige Verletzungen beobachtet. Das Charakteristische derselben ist, wie bekannt, daß das im großen und ganzen unversehrte Großhirn bei Schüssen mit kleinkalibrigem Geschoß (Schweizer Ordonnanzgewehr) aus der weitgeöffneten Schädelkapsel herausgeschleudert wird.

Den ersten Fall sah ich selbst. Es handelte sich um einen Selbstmörder, der sich mit seinem Schießgewehr 98 erschossen hatte. Der Einschuß war sehr groß. Die beiden Stirnbeine und ein Teil des linken Scheitelbeins waren fortgerissen, das Schädeldach klaffte bis zur Spitze der Hinterhauptschuppe in der Längsausdehnung etwa 5 cm weit. Die Haut war vom Einschuß aus in weitem Umfange zerrissen, während die Hautausschußöffnung am Hinterhaupt 2 cm oberhalb der Protuberantia externa nur 3 : 2 cm groß war. Ein Blick in die weitgeöffnete Schädelkapsel zeigte, daß das Großhirn fehlte. Es war am Pons Varoli abgerissen. Der Schußkanal verlief vom medialen linken Augenwinkel, die Wurzel der Nasenbeine, die Sella turcica zerschmetternd, über die Oberfläche des Kleinhirns, auf dieser eine 4 cm lange und 2 cm breite Halbrinne bildend, zum Ausschuß. Das Großhirn lag außerhalb der Leiche. Die linke Hemisphäre, nur an der Spitze des Stirnhirns einen kleinen Defekt zeigend, lag 40 cm von der rechten Backenseite des Mannes entfernt. Die rechte war in zwei ungleiche Teile zerrissen; der eine Teil lag 1 m, der andere Teil zusammen mit dem losgesprengten Stücke des linken Scheitelbeins 3 m nach rechts auf dem Erdboden. Die in transversaler Richtung verlaufende Trennungsfläche befand sich kurz vor dem Sulcus Rolandi und war durchaus glatt. Beide Hemisphären zeigten auch auf der Basis eine vollkommene Unversehrtheit der Form, namentlich auch der Hirnwindungen.

Die vier anderen Fälle wurden von anderen Militärärzten beobachtet. Beim zweiten sah ein Kollege während des Gefechtes bei Narus, wie ein Hottentott aus einer Entfernung von 20 Schritt einen Schädelschuß bekam. Hut und Schädeldecke fallen zuerst, dann erst der Mann zu Boden. Als der Arzt beim Vordringen unserer Truppen an die Stelle kommt, sieht er die weitzersprengte leere Schädelkapsel und etwa 2 m vor der Leiche liegend die beiden voneinander getrennten in ihrer Konfiguration vollkommen erhaltenen Großhirnhemisphären.

Beim Absuchen eines Gefechtsfeldes wird drittens ein Hottentott auf dem Rücken liegend gefunden mit weitklaffendem Schädel. Auch hier ist die Schädelkapsel leer, und in etwa 1 m Entfernung von der Leiche liegen dicht nebeneinander die wie bei der Sektion aus der Schädelkapsel herausgehobenen, in ihrer Form vollkommen erhaltenen Großhirnhälften.

Viertens: ein Herero, welcher standrechtlich erschossen werden soll, macht einen Fluchtversuch. Die Kugel unseres Soldaten dringt ihm auf eine Entfernung von etwa 30 Schritt in den Schädel. Er stürzte zu Boden, und der herbeieilende Arzt findet die Schädeldecke wie abrasiert dicht vor dem Menschen liegen und im Zusammenhang damit das vollkommen erhaltene Großhirn.

Im fünften Falle handelt es sich gleichsam um einen halben Krönlein'schen Schädelschuß. Ein Patrouillenunteroffizier war aus unbekannter Entfernung erschossen. Als am nächsten Tage der Arzt zu der Stelle kam, fehlte die ganze linke Hälfte der Hirnschale, zusammen mit der Haut. Das linke Auge sowie die angrenzenden Teile des Oberkiefers und der Nase waren total zersplittert. Die linke Hemisphäre lag in ihrer Konvexität vollkommen erhalten 2 m vor dem Toten.

Als Herr Professor Krönlein im Jahre 1899 auf dem Chirurgenkongreß den ersten Fall einer derartigen Verletzung mitteilte, erschien derselbe den bisherigen Kenntnissen von der Geschoßwirkung so widersprechend, daß er als eine vorderhand unerklärbare Rarität angesprochen wurde.

Nachdem nunmehr zusammen mit den oben mitgeteilten Fällen bereits acht solche Schüsse bekannt sind, dürfte es berechtigt sein, an einen gesetzmäßigen Vorgang zu denken, für welchen die notwendigen Bedingungen aber nur selten zutreffen.

Die Annahme, daß die Pulvergase die Ursache sind, dürfte wohl, da es sich in der Mehrzahl der Fälle nicht um Selbstmörder handelt, unzutreffend sein.

Auch kann es sich nicht um reduzierte Ladungen handeln, da nicht anzunehmen ist, daß unsere Soldaten zum Kampf gegen den Feind mit derartigen Patronen ausgerüstet wurden. Vielmehr erscheint es mir nicht unmöglich, auch diese Schußverletzung in Einklang mit den bisher gültigen Theorien über die Geschoßwirkung zu bringen. Daß Gehirnmassen fortgeschleudert werden, ist einzusehen, da in einem flüssigen inkompressiblen Stoff, wie es das Gehirn ist, in dem keine Reibung, keine Festigkeit und keine Kompression vorhanden ist, die Arbeitsleistung des Geschosses nur in Geschwindigkeitsübertragung besteht.

Wie kommt es nun aber, daß das Großhirn nicht in kleine Partikel zerspellt fortgerissen wird, sondern gleich einem festen Körper, gleich den herausgerissenen Knochensplittern im ganzen unversehrt auf dem Boden liegt? Dafür dürfte folgendes physikalische Gesetz Aufschluß geben, daß nämlich Flüssigkeiten die Labilität ihrer Teilchen verlieren und somit zu festen unelastischen Körpern werden, wenn eine sehr heftige Gewalt innerhalb einer ganz kurzen Zeitspanne — und das Geschoß durcheilt das Gehirn bei nahen Entfernungen nur in einem Mehrfachen einer zehntausendstel Sekunde — auf sie einwirkt.

Ob, wie Hildebrandt meint, die hinter dem Geschoß eindringende Luft dabei eine Rolle spielt, lasse ich dahingestellt, jedenfalls halte ich dafür, daß sie nicht von entscheidendem Einfluß ist.

Aber es müssen zwei Faktoren erfüllt sein:

Erstens das Geschoß darf das Gehirn möglichst in seiner Substanz nicht verletzen, sondern es nur an seiner Basis von dem anderen Hirn abtrennen. In den Fällen von Krönlein war das an der Medulla oblongata, in meinem Fall am Pons Varoli geschehen.

Ob dabei das Geschoß die Basis cranii im transversalen oder sagittalen Durchmesser durchsetzt, bleibt sich gleich, denn in meinem Falle war das letztere eingetreten.

Einen gewissen Wert glaube ich dem Erhaltensein der Pia mater zuschreiben zu sollen.

Indessen ist auch dieses Moment nicht ausschlaggebend, da in meinem Fall die Pia kleine Defekte zeigte, und trotzdem in der Nähe derselben die Zeichnung der Hirnwindungen nicht verändert war, auch die Hirnmasse hier nicht herausgequollen erschien.

Der zweite Faktor ist: daß nicht nur die Dura mater und die knöcherne Schädelkapsel, sondern auch die Haut eine genügend weite Öffnung für das Herausfliegen des Großhirns hat. Und letzteres ist sehr selten der Fall, da auch bei den Schüssen aus allernächster Entfernung die Elastizität der Haut eine so große ist, daß durchschnittlich die Verletzung derselben auffallend klein im Verhältnis zu der der darunter liegenden Teile ist. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Krönlein (Zürich): Einer meiner Schüler hat mir noch eine Beobachtung mitgeteilt. Bei einem auf dem Klosett gefundenen Selbstmörder wurde die Hälfte des Gehirns auf dem Boden liegend gefunden.

Kocher (Bern) hat versucht, die Krönlein'schen Schädelschüsse nachzuahmen dadurch, daß er eine mit Kartoffelbrei gefüllte Metallbüchse herstellte, deren Doppelboden mit einer geringen Menge Wasser gefüllt war. Ein Schuß durch diese Wasserschicht warf die ganze Füllmasse nach oben hinaus. Die Erklärung, daß die Gehirnbasis getroffen werden muß, beruht darauf, daß an ihr (Cisterna subarachnoidealis) Flüssigkeit vorhanden ist, die genügt, um die Schädeldecke aufzuklappen und das Gehirn hinauszuschleudern.

Tilmann (Köln) berichtet über einen Selbstmord in einem abgeschlossenen Zimmer. Das Gehirn war erst an die Decke geflogen und lag dann unversehrt neben der Leiche. Der Lauf war wahrscheinlich nur mit Pulver geladen. Es handelte sich also um Wirkung der Pulvergase. T. hat nun Versuche gemacht, ob bei unseren Schüssen auch die Pulvergase eine Wirkung ausüben, und es ist ihm in der Tat gelungen, einen Schädel durch Pulvergase allein zu zertrümmern,

während das Gehirn aus dem Hinterhauptsloch entwich. Jedenfalls muß der Schußkanal lang sein.

Krönlein: Aus meinen Beobachtungen geht schon hervor, daß die Theorie, daß die Pulvergase die Wirkung hätten, unhaltbar ist. Besonders spricht meine zweite Beobachtung dagegen: Ein Soldat erschießt aus Versehen seinen Vordermann auf 4—5 Fuß Entfernung. Die Zuschauer sahen erst das Gehirn herausfliegen und dann erst den Mann umfallen. **Goebel** (Breslau).

28) **A. Schlesinger** (Berlin). Geheilte traumatische Meningitis.

Dem Pat. fiel ein Mauerstein auf den Kopf in Scheitelhöhe. Nach 1/4 Jahr eiternde Wunde mit Splitterfraktur des Schädels. Fortnahme des nekrotischen Knochens. Darauf weiter Fieber, Kopfschmerzen. Wegen Verdacht auf Meningitis Lumbalpunktion. Klarer Liquor unter starkem Druck. Unmittelbar nachher Verschlimmerung: rechtsseitige Krämpfe, im Arm beginnend. Tags darauf soporöser Zustand. Freilegung des Armzentrums. Es findet sich metastatische handtellergroße meningeale Phlegmone über dem linken Armzentrum. Spaltung der Dura, bis überall gesunde weiche Hirnhäute. Tamponade. Rückgang der Erscheinungen: Am 4. Tage Tampons entfernt. Größe des Defektes 10 : 16 cm. Nach 2 Monaten Hautperiostplastik. Jetzt (1 1/2 Jahre nach der Operation) noch 5markstückgroßer Defekt. Keine Anfälle. Vollständiges Wohlbefinden. Auffallend war besonders das Fehlen des Hirnprolapses trotz des enormen Defektes. Sehr wichtig ist es, immer die Phlegmone vollständig freizulegen. (Selbstbericht.)

29) **Salzer** (Wien). Zur Anatomie der Cephalokele.

Redner demonstriert mikroskopische Präparate und Zeichnungen von drei Cephalokelen, die operativ behandelt wurden; und zwar betraf der eine Fall eine Meningokele occipitalis superior, der zweite eine Hydrocephalokele occipitalis und der dritte eine sincipitale Encephalokele. Auf Grund der Präparate kann man sagen, daß es Cephalokelen gibt, an deren Aufbau die Dura mater gar keinen Anteil hat, daß es vorkommt, daß unter der vollständig normalen Haut unmittelbar Arachnoidea oder Hirnsubstanz liegt, daß sich Dura und Schweißdrüsen tief in die Arachnoidea bzw. Hirnsubstanz einsenken können, und endlich, daß es Hydrocephalokelen gibt, die den Zusammenhang mit dem Gehirn vollständig aufgegeben haben. (Selbstbericht.)

30) **Haasler** (Halle). Beiträge zur Hirnchirurgie.

H. bespricht nach Erfahrungen in der chirurgischen Klinik den Wert der diagnostischen Hirnpunktion für die Hirnchirurgie.

Speziell bei Hirntumoren, dann aber auch bei entzündlichen Affektionen und bei Hämatom der Dura wurde das Verfahren erprobt. Von

Hirngeschwülsten kamen in der Ära der diagnostischen Hirnpunktion, d. h. während der letzten 3 Jahre, 23 Fälle in klinische Beobachtung und Behandlung; von diesen blieben aus verschiedenen Gründen 7 unoperiert, 16 kamen zur Operation. In diesen Fällen hatte die diagnostische Hirnpunktion zumeist gute Dienste geleistet. Sie gab Auskunft über den genauen Sitz und die Ausdehnung der Neubildung, über ihre Lage zur Hirnoberfläche, über ihre histologische Beschaffenheit. Letzteres wurde dadurch erleichtert, daß etwa die Hälfte der Tumoren cystisch oder erweicht war; in einem Falle wurde ein Cysticerkenkonglomerat nachgewiesen, einmal ein Kleinhirntuberkel. Für die Operation besteht der Vorteil darin, daß die Schädelresektion an geeignetster Stelle und von vornherein in genügender Ausdehnung angelegt werden kann, daß das Vorgehen in die Tiefe bei negativem Befund an der Hirnoberfläche einen sicheren Anhalt gewinnt, kühner und erfolgreicher sich gestaltet.

Von Nachteilen des Verfahrens ist vor allem die Blutung zu erwähnen. Sowohl unter den Hirnhäuten als auch im Stichkanal und in seiner Umgebung fanden sich häufig Blutungen, zumeist jedoch von ganz geringer Ausdehnung. Nur in 2 Fällen waren sie reichlicher: Ausgedehnte subdurale Blutung nach wiederholter Ventrikelpunktion durch dasselbe Bohrloch bei Hirntumor und taubeneigroße subkortikale Blutung bei einem Fall von Haematoma durae. Die Infektion des Stichkanals muß zu vermeiden sein; nur einmal wurde bei einer auswärts punktierten Hirncyste Streptokokkeninfektion mit tödlichem Ausgang (Meningitis) beobachtet.

Bei älteren Stichkanälen können organisierte kleine Hämatome mit ihren graurötlichen Granulationsmassen Geschwulstgewebe vortäuschen und beim Aufsuchen kleiner Tumoren zu Irrtümern Anlaß geben. Noch nach Monaten ist die Stichstelle im Gehirn, die Hirnnarbe zu erkennen. Da das Alter der einzelnen Einstiche bekannt ist, eignen sich diese Narben vorzüglich zum Studium des Regenerationsprozesses.

Die Hirnpunktion soll nicht zu allzu langem Zuwarten und Aufschieben der Operation verleiten. Wenn auch nach erfolgreichen Ventrikel- oder Cystenpunktionen mit ausgiebiger Aspiration von Flüssigkeit, merkwürdigerweise aber auch nach negativen Punktionen öfters auffällige Besserung beobachtet wird, soll doch möglichst bald operiert werden. Von den ohne Operation verstorbenen Fällen wären 3 nach Sitz und Art des Tumors bequem zu operieren gewesen. Von den 16 Operierten wurden 9 als geheilt oder gebessert entlassen, bei den anderen handelte es sich um nicht radikal entfernbare Tumoren; die Pat. erlagen in der Mehrzahl erst nach Wochen oder Monaten ihren Rezidiven. Von jenen 9 Fällen leben noch 6, von denen 4 wohl als völlig geheilt anzusehen sind. (2 von diesen Pat. wurden vorgestellt, von denen der eine, vor 3 Jahren operiert [gutartiger Tumor der linken Zentralfurche, Arm-Facialislähmung, Krämpfe], jetzt völlig

gesund ist und als Mechaniker arbeitet, der andere wegen Stirnhirnsarkom radikal operiert und ebenfalls geheilt ist.) (Selbstbericht.)

31) **Payr** (Greifswald). Drainage der Hirnventrikel mittels frei transplantierter Blutgefäße.

Die krankhaften Flüssigkeitsansammlungen in den Hirnventrikeln, speziell der angeborene und erworbene Hydrocephalus, sind seit den ältesten Zeiten Gegenstand chirurgischer Heilbestrebungen.

Die wiederholte Punktion der Seitenventrikel ist bis in die allerneueste Zeit der wichtigste therapeutische Behelf geblieben; demselben Zweck dient die moderne, gleichfalls wiederholt anzuwendende spinale Lumbalpunktion. Zur Heilung führende periodische Spontandurchbrüche gegen die Schädeloberfläche oder die Nase, sowie die Erkenntnis, daß es sich beim Hydrocephalus um ein anatomisch bedingtes dauerndes Mißverhältnis zwischen Absonderung und Abfuhr des Liquor cerebrospinalis handelt, mußte zum Gedanken eines künstlich zu erzielenden dauernden Abflusses, einer Drainage, führen. Seit einem halben Jahrhundert sind solche Versuche im Gange. Keen, v. Mikulicz, Cushing, Nicoll u. a. haben an ihrer Ausbildung gearbeitet.

Der Drainage gegen die Schädeloberfläche droht die Gefahr der sekundären Ventrikelinfektion; dem Abfluß gegen den subaponeurotischen Raum des Schädels, gegen intermuskuläre Bindegewebsräume, subkutanes Gewebe usw. erwachsen gewichtige Bedenken bezüglich der Dauerhaftigkeit des Abflusses und der Resorption. Die treffliche Idee einer Dauerdrainage gegen eine der großen serösen Höhlen des Körpers vom spinalen Subarachnoidealraum paßt nur für die Fälle mit freier Kommunikation zwischen den Liquor führenden Räumen von Hirn und Rückenmark.

Also überall Schwierigkeiten, überall Bedenken zum Teil prinzipieller Natur; dementsprechend sind auch die bisherigen Erfolge gering, die Erfahrungen nicht sehr ermutigend.

Der Liquor cerebrospinalis hat zwei Abfuhrwege: 1) Gegen die venöse Blutbahn, 2) gegen die Lymphbahn. Der erstere ist der weitaus wichtigere. Gerade er ist nach unseren heutigen, allerdings noch in manchen Punkten recht lückenhaften Kenntnissen über die Pathogenese des Hydrocephalus ernstlich gestört.

So kam P. auf den Gedanken, diesen krankhaft gestörten Abflußweg des Liquor aus den Ventrikeln des Gehirns in die venöse Blutbahn auf operativem Wege durch einen neu zu schaffenden Weg wieder zu ermöglichen.

Die Schwierigkeiten, die sich diesem Plan entgegenstellen, sind nicht unerheblich.

In Betracht kommen vor allem die Sinus durae matris, die großen Venen des Schädels und Gesichts und endlich große venöse Blutgefäße am Halse.

Aussicht auf Funktion einer Dauerdrainage haben nur jene Verfahren, bei denen ein völlig endothelbekleideter Kanal Ventrikelhohlraum und Blutbahn verbindet. P. wählte hierfür vorerst den Vorgang der freien Gefäßtransplantation.

Zahlreiche experimentelle und klinische Erfahrungen auf dem Gebiete der modernen Gefäßchirurgie (Höpfner, Carrel, Guthrie, Mariotti, Stich u. a.) legten es P. nahe, Blutgefäßstücke, Arterien und Venen, völlig aus der Kontinuität des betreffenden Gefäßrohres entfernt, zu transplantieren.

Eine Anzahl noch nicht abgeschlossener Tierversuche ergab die Tatsache einer hohen Vitalität von transplantierten Blutgefäßen und zeigte, daß sich nicht nur sämtliche Wandungsschichten erhalten, sondern auch in ihrem Lumen vollständig frei bleiben können. Besonders gut lassen sich Blutgefäße in seröse Höhlen, in Netz, aber auch in Muskulatur, Fettgewebe usw. überpflanzen. Auch die Organtransplantation hatte schon die Tatsache ergeben, daß besonders die Blutgefäße sich gut erhalten und eine große Rolle für die rasche Vaskularisation spielen.

P. versuchte deshalb die Dauerdrainage der Ventrikel bei Hydrocephalus mittels frei transplantierter Venenstücke — V. saphena — desselben Individuums.

Es kommen außerdem noch Arterien in Betracht; beide Gefäßgattungen können von demselben Individuum entnommen sein, oder von einem anderen. Endlich machen die modernen Versuche über Gefäßtransplantation es durchaus wahrscheinlich, daß sich auch Gefäße aus ganz frisch amputierten Extremitäten oder frischen Leichen, vielleicht sogar von Tieren, erfolgreich übertragen lassen.

Fig. 1. Fig. 2.

Am besten bedient man sich jedenfalls von demselben oder einem anderen Individuum operativ entnommener Arterien oder Venen.

Technik.

Zur Ausführung bedarf man einiger kleiner instrumenteller Behelfe. — Solche sind:

1) Verschieden dicke Aluminiumtrokars mit einer Einteilung in $^1/_2$ cm, um die Länge des die Gehirnsubstanz durchsetzenden Drainkanals genau kennen zu lernen, (Fig. 1) (sehr starkes Kaliber).

2) Ein Einführungsinstrumentchen für das zu transplantierende Blutgefäßstück (Fig. 2).

3) Ein Kompressorium für den Sinus longitudinalis

a. zwei kleine Gummiballons durch T-Rohr gleichzeitig mit Luft zu füllen am vorderen und hinteren Umfang der Trepanationsöffnung zwischen Schädelkapsel und Dura einzuführen (Fig. 3) oder

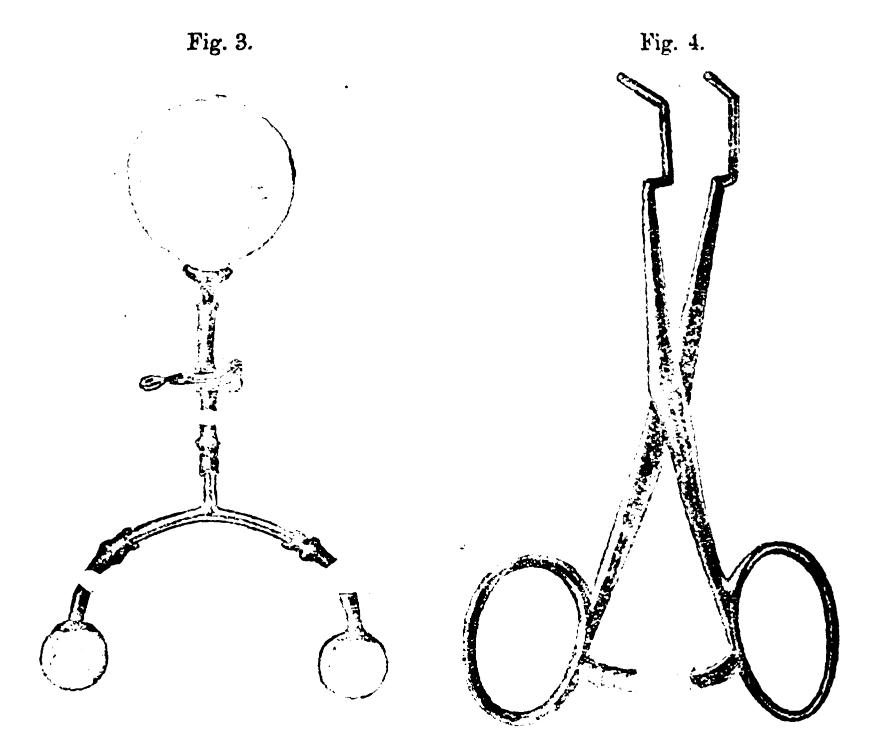
b. ein kleines federndes Zangenkompressorium (Fig. 4).

4) Sehr feines Nähwerkzeug, wie feinste halbkreisförmig gebogene Nadeln, paraffinierte Augenseide, feinste Hakenpinzettchen und ein für die kleinen Nadeln bestimmter Nadelhalter[1].

Obwohl die Drainage am Hinter- und Unterhorn des erweiterten Seitenventrikels möglich ist, empfiehlt P., sie am Vorderhorn anzulegen.

Im Verlaufe der Koronarnaht wird eine Trepanationsöffnung in der Weise angelegt, daß die für die rechtsseitige Ventrikeldrainage bestimmte Schädellücke die Medianlinie etwas nach links überragt und umgekehrt, um genügenden Zugang zum Sinus sagittalis super. zu erhalten. Einschneiden der Dura in Lappenform. Probepunktion des Seitenventrikels, darauf Punktion mittels Aluminiumtrokar nahe an der Mantelspalte (Fissura longit. cerebri).

Fig. 3. Fig. 4.



Messung der Dicke der Hirnsubstanz von der Oberfläche bis in den Ventrikel; durch Entleerung eines Teiles von dessen Inhalt erzielt man die dringend wünschenswerte Druckentlastung der Piavenen. Der Trokar bleibt liegen, wird jedoch, da eine volle Entleerung unerwünscht, verstopft. Vorherige Messung des Druckes ist zweckmäßig.

Jetzt erst wird in schonendster Weise Vene und Arterie freigelegt und exstirpiert (elastische Retraktion ist mit mindestens 50% anzuschlagen), in ein Gefäß mit körperwarmer physiologischer Flüssigkeit

[1] Dieses Instrumentarium ist im medizinischen Warenhaus, Berlin N., nach meiner Angabe angefertigt worden.

(Gazetupfer) übertragen. Bei Verwendung von Venen hat das periphere Ende in den Ventrikel zu sehen, bei Arterien das zentrale. Bei Verwendung von Venen (besonders Vena saphena) verhütet die Anwesenheit von funktionsfähigen Klappen das unerwünschte Einströmen von Blut in den Ventrikel. Die Einführung des Blutgefäßes in den Ventrikel geschieht nach Umstülpung des einen Endes mit dem kleinen Führungsinstrument. Das Gefäßstück soll nicht weit frei in den Ventrikel ragen, sondern ihn gerade bequem erreichen. Will man nun in den Sinus drainieren, so wird dieser temporär komprimiert, eröffnet, das andere Ende des Gefäßrohres, gleichfalls auf eine kleine Strecke, umgestülpt eingeführt und durch eine Anzahl feiner Nähte in der Sinuswand befestigt, darauf derselbe freigegeben. Beabsichtigt man nur eine Drainage gegen den subaponeurotischen Raum, so wird das Gefäß durch eine Lücke des Schädels gegen diesen geführt und an der Dura durch Naht befestigt. In jedem Falle wird die Hautwunde sorgfältigst lückenlos geschlossen und ein leichter Kompressionsverband angelegt.

P. hat nach diesem Verfahren an einem 10jährigen Kinde mit akut entstandenem Hydrocephalus zweimal die Ventrikeldrainage ausgeführt, einmal subaponeurotisch, das zweitemal in den Längsblutleiter. Das Verfahren ließ sich gut durchführen, jedoch sind mehrfache technische Fehler gemacht worden, auf welche P. aufmerksam macht und deren künftige Vermeidung er sicher erhofft. — Der Erfolg des Eingriffes war, soweit es sich beurteilen ließ, ein günstiger; leider war das Kind schon zur Zeit der ersten Drainage Dezember 1907 erblindet.

Das Verfahren, dessen experimentelle Begründung im Tierversuch nicht ganz leicht ist, bedarf noch gar mancher mühevoller Untersuchungen und technischer Verbesserungen, und hofft P. die demselben noch anhaftenden Mängel beseitigen zu können.

Das Rückströmen von Blut aus dem Sinus in den Ventrikel läßt sich auf mehrfache Weise verhüten, am besten bei Verwendung von Venen mit funktionsfähigen Klappen, ferner durch die Art der Einpflanzung in die Wand des Sinus. Diese Gefahr scheint indes nicht sehr groß zu sein, da der Liquordruck im Ventrikel den venösen Blutdruck sehr erheblich überragt; selbst bei durch freien Abfluß erfolgter Druckausgleichung stellt der Seitenventrikel mit seiner reichlichen Liquorproduktion einen mit Fluidum gefüllten, nur nach einer Seite offenen Hohlraum dar, der für einen rückläufigen Blutstrom erst bei Minusdruck günstige Gelegenheit bieten würde.

Absolut kontraindiziert ist das Verfahren bei im Gefolge entzündlicher Erkrankungen entstandenen akuten Formen von Hydrocephalus mit getrübtem oder eitrigem Ventrikelinhalt. Die freie Gefäßtransplantation dürfte sich außerdem noch auf verschiedenen anderen Gebieten unseres Faches als nützlich erweisen.

(Selbstbericht.)

32) **Heile** (Wiesbaden). Zur Behandlung des Hydrocephalus.

Bei der Behandlung des angeborenen Hydrocephalus muß man nach Ansicht des Vortr. die chronische schleichend verlaufende Erkrankung, wie wir sie mit Hirndruckerscheinungen (Kopfschmerzen event. Erbrechen usw., geistigem Verfall) oft bei mehr oder weniger körperlich gut entwickelten Kindern sehen, unterscheiden von den sehr oft rapid verlaufenden Formen von Hydrocephalus, die sich im ersten Jahr oft schon bis zu ihrem höchsten Grad entwickeln. Bei der langsamer verlaufenden Erkrankung hat Vortr. mit großem Erfolg wiederholte Ventrikel- und Spinalpunktionen angewendet, indem zu gleicher Zeit im Anschluß an die Punktionen verhältnismäßig große Jodkaliumdosen innerlich gegeben wurden. In der Kombination einer Behandlung von wiederholten Punktionen zugleich mit energischer Jodkaliumkur hat Vortr. ausgesprochene Hirndruckerscheinungen bei vier Kindern im Alter von 3—6 Jahren seit zum Teil mehr als 2 Jahren vollkommen verschwinden sehen.

Zur Rückbildung des akuten Hydrocephalus im Anschluß an eine operierte Spina bifida hat Vortr. versucht, einen serösen Kanal, mit Endothel ausgekleidet, herzustellen, um durch ihn einen dauernden Abfluß der Spinalflüssigkeit in die Bauchhöhle zu veranlassen. Da in diesem Fall bei der angeborenen früher operierten Spina bifida die Lendenwirbelsäule nicht voll entwickelt war, war es leicht, neben der Lendenwirbelsäule vom Rücken aus stumpf mit Finger und Kornzange in die Bauchhöhle zu dringen, nachdem ein Hautlappen an der Stelle zurückgeklappt war. Durch den Spalt wurde aus der Bauchhöhle eine Darmschlinge vorgezogen und das Peritoneum des Darmes an den geöffneten untersten Duraraum angenäht. Der Hautmuskellappen wurde primär über der Wunde vereinigt, und es war so in der Tiefe durch die Verbindung von Peritoneum und Dura ein seröser Verbindungsgang zwischen Bauchhöhle und Spinalkanal fertiggestellt. Obwohl das Kind durch zahlreiche vorhergegangene Ventrikel- uud Spinalpunktionen sehr geschwächt war, hat es den Eingriff gut überstanden. Durch ein Versehen in der Nachbehandlung wurde das in dauernder steiler Beckenhochlagerung liegende Kind leider plötzlich aufgerichtet, wodurch ein augenblicklicher, massiger Abfluß der Spinal- bzw. Ventrikelflüssigkeit in die Bauchhöhle erfolgen mußte. Das Kind ist dann auch, nachdem es sich bis zu dem Moment des Aufhebens aus dem Bette ganz wohl befunden hatte — es trank gut, hatte kein Fieber und keine Pulsbeschleunigung —, infolge dieser plötzlichen künstlichen übergroßen Druckentlastung im Chock gestorben. Vortr. ist der Ansicht, daß bei besser geleiteter Nachbehandlung es wahrscheinlich gelungen wäre, das Kind durchzubringen und, da die Kommunikation zwischen Bauchhöhle und Spinalkanal frei und der Abfluß ermöglicht war, auf diese Weise eine dauernde Druckentlastung und damit eine Besserung des Hydrocephalus hätte erfolgen können.

Selbstverständlich müssen einer derartigen Druckentlastung nach der Bauchhöhle Spinalpunktionen vorhergehen, die den Beweis liefern, daß das Foramen Magendi offen ist, damit nicht nur die Spinalflüssigkeit, sondern auch die Ventrikelflüssigkeit abfließen können. In dem Fall des Vortr. war vor der eben beschriebenen Operation durch wiederholte Spinalpunktionen bewiesen, daß man in der Höhe der Lendenwirbelsäule in der Tat durch Abfließen der Zerebrospinalflüssigkeit eine Druckentlastung des Gehirns, eine mehrere Zentimeter betragende Verringerung des Schädelumfanges herbeiführen konnte. Vortr. macht darauf aufmerksam, daß es zwar bei mangelhafter Entwicklung der Wirbelsäule leicht möglich ist, in der Höhe der Lendenwirbelsäule Bauchhöhle und Rückenmarkskanal zu verbinden, daß es aber bei normaler Anlage der Wirbelsäule seine Bedenken hat, so hoch neben der Wirbelsäule einzugehen, da man dann leicht den Lumbal- und Sakralplexus schädigt, und da man weiter in der Tiefe in Gefahr kommt, die großen Gefäße zu verletzen. Für die Fälle sollte man nach der Ansicht des Vortr. so vorgehen, daß man das Steißbein reseziert und event. ein oder zwei Wirbel des Os sacrum. Hier kommt man schon an den offenen knöchernen Wirbelkanal, in dem in dieser Höhe nur nicht lebenswichtige Nerven endigen, die das Perineum versorgen. Man kann einerseits von hier leicht den Duralsack punktieren, andererseits aber auch, wenn man die hintere Wand des Wirbelkanals bis etwa zum zweiten Lendenwirbel, z. B. mit der Knabberzange, entfernt, leicht den untersten Blindsack des Duralraumes freilegen, ohne daß man durch diesen Eingriff die Festigkeit der Wirbelsäule oder den Zusammenhang von Wirbelsäule und Becken irgendwie schädigt. Da im übrigen in diesem aufgemeißelten Wirbelkanal ja nur, wie gesagt, die unwesentlichen letzten perinealen Nervenendigungen liegen, so ist auch eine Schädigung von wesentlichen Nerven ausgeschlossen. Wenn wir jetzt analog dem Vorgehen bei Mastdarmoperationen die untere Douglasfalte eröffnen und parietales oder viszerales Peritoneum genügend vorziehen, so dürfte es möglich sein, auf diese Weise eine Verbindung von dem untersten Teil des Spinalkanals mit dem untersten Teil der Bauchhöhle auszulösen. Vortr. glaubt, daß es wirkungsvoller ist, den Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit in eine seröse Höhle, wie z. B. die Bauchhöhle, zu veranlassen, weil nach den Erfahrungen des Vortr. in der Mikulicz'schen Klinik man bei Dauerdrainage in das subkutane Gewebe, am Schädel z. B., immer wiederkehrend sieht, wie die austretende Zerebrospinalflüssigkeit in dem subkutanen Gewebe einen entzündlichen Wall veranlaßt, der dem weiterem Ausfließen von Flüssigkeit sehr hinderlich und der auch durch häufiges Wegmassieren nicht genügend zu beseitigen ist. (Selbstbericht.)

---

33) **Springer** (Prag). Zur Behandlung des Hydrocephalus.

S. empfiehlt, die Punktion vom Seitenventrikel in jedem schweren Falle von Hydrocephalus zu versuchen. Sind die guten Resultate auch selten und meist erst nach zahlreichen Punktionen erzielt, so scheine in anderen Fällen ein mechanisch behebbares Hindernis, eine Art Ventilverschluß, die Ursache des Ventrikelhydrops zu sein. S. hat an einem 13 Monate alten angeborenen Hydrocephalus durch Punktion des rechten Seitenventrikels zunächst Abflachung der rechten Schädelhälfte ohne Nachlassen der Fontanellenspannung erzielt; die nach 4 Wochen vorgenommene Punktion des linken Seitenventrikels brachte die Fontanelle zum dauernden Einsinken. Der Schädelumfang ist seit einem halben Jahre nicht mehr gewachsen, das Kind hat sich ausgezeichnet entwickelt, die Stauungspapille ist beiderseits geschwunden.

S. nimmt an, daß in diesem Falle jeder Seitenventrikel am Foramen Monroi durch ventilartige Vorlegung der Plexus choriodei abgeschlossen war.

Es empfiehlt sich, stets beide Ventrikel kurz nacheinander zu punktieren, und zwar nach Kocher von der Stirne her. Der Hautschnitt ist am besten in kleinem Bogen zu machen und an seiner Basis das Stirnbein zu durchbohren.

Der umschnittene kleine Lappen verhindert ein nachträgliches Aussickern von Liquor und damit die sekundäre Meningeninfektion.

(Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 31—33.

Kausch berichtet über 14 Fälle von Hydrocephalus aus der Mikulicz'schen Klinik; sämtliche betreffen die frühe Kindheit, der Schädel ist noch nicht verknöchert. In je einem Falle fand die Ventrikel- und Lumbalpunktion Anwendung, doch nicht mit Konsequenz; kein Erfolg. Neun Fälle wurden mit subkutaner Drainage des Seitenventrikels behandelt; einer davon wurde ein wenig gebessert, alle anderen gingen bald zugrunde. Besonders wichtig ist ein Fall, in dem die Drainage ausgezeichnet funktionierte und das Kind den Eingriff 7 Monate überlebte. Es bildeten sich an der Drainagestelle große subkutane Säcke, die Flüssigkeit wurde aber trotz aller Bemühungen nicht resorbiert. K. folgert hieraus, daß diese Art der Drainage in schweren Fällen mit Reproduktion des Liquor versagt.

In einem Falle wurde die subkutane Drainage des zerebralen Subduralraumes ausgeführt, in einem die Ableitung des Liquor aus dem Ventrikel nach der Peritonealhöhle, indem ein Gummidrain subkutan beide verband. Kein Erfolg.

In einem Falle von hochgradigem Wasserkopf mit Spina bifida wurde der Sack in einen offenen Kanal verwandelt, der in das subkutane Gewebe mündete. Beide Leiden heilten vollständig.

K. spricht sich auf Grund seiner Erfahrungen und der Literatur

für die energische Punktion aus, sowohl die ventrikuläre wie die lumbale, außerdem für die antiluetische Kur. (Selbstbericht.)

Henle (Dortmund) hat ähnliche Versuche wie Payr gemacht. In einem Falle benutzte er bei einem Kinde ein Stück der Art. radialis der Mutter als Drainagerohr, und als diese Transplantation mißglückte, ein Stück der V. saphena; diesmal mit Erfolg.

Boerner (Rastatt).

---

34) **F. Krause** (Berlin). Krankenvorstellungen aus der Hirnchirurgie.

1) Subkutane Dauerdrainage der Hirnventrikel bei Hydrocephalus.

Zur dauernden Ableitung des vermehrten Liquors verwendet K. ein vergoldetes Silberröhrchen (bei Windler zu haben). Ein kleiner, nur Haut und Galea aponeurotica in sich fassender Lappen wird zur Seite geschlagen, das Periost längs gespalten und in Form zweier kleiner Läppchen abpräpariert. Mit der kleinsten Fräse wird der Schädel durchbohrt, die Dura nicht verletzt. Nun wird die mit der Silberkanüle überzogene dicke Hohlnadel so weit ins Gehirn eingesenkt, bis Liquor abfließt, die Hohlnadel herausgezogen und die Kanüle an Ort und Stelle gelassen. Um letztere unverschieblich zu befestigen, wird sie auf einer an Stelle der Hohlnadel eingeführten Stricknadel mit der schneidenden Zange 1—1½ cm oberhalb der Knochenoberfläche durchtrennt, dann rechts und links mit einer feinen spitzen Nagelschere bis zum Schädelknochen längs gespalten. Die beiden so gebildeten Silberzungen werden nach rechts und links rechtwinkelig umgebogen, bis sie der Knochenoberfläche unmittelbar aufliegen; über sie werden die beiden Periostläppchen derart durch einige Catgutnähte fixiert, daß das Kanülenlumen vollständig freibleibt. Die Kanüle wird also zwischen Knochenfläche und Periost festgehalten. Zum Schluß wird das Hautläppchen eingenäht.

Die Ventrikelflüssigkeit sickert nun in das subkutane lose Gewebe und kommt hier zur Resorption. Auch wenn bei Verkleinerung des Ventrikels die innere Kanülenmündung durch Hirnmasse verlegt wird, kann Ventrikelflüssigkeit zwischen dem Silberröhrchen und dem Hirnkanal aussickern. Gerade das langsame Abfließen ist wünschenswert. K. hat drei Fälle von chronischem Hydrocephalus mit gutem Ausgang — bei einem liegt die Kanüle reizlos seit 7 Monaten —, einen Fall von akutem Hydrocephalus, dessen Ursache vielleicht eine tuberkulöse Basalmeningitis war, mit tödlichem Ausgang, nachdem 8 Tage lang ein sehr günstiger Verlauf bestanden, behandelt. 3mal hat er die Dauerdrainage des Seitenventrikels vom Scheitelbein oder der Schläfenbeinschuppe, 1mal die des Hinterhorns von der Hinterhauptschuppe aus vorgenommen.

Sind die Schädelnähte bereits verknöchert, so kann die starre Schädelkapsel nicht nachgeben; die bloße Drainage würde also

erfolglos sein. Man muß dann eine große Ventilbildung am besten in der Zentralregion gleichzeitig ausführen, wie es K. bei einem 19jährigen Mädchen getan.

2) Vorstellung eines 35jährigen Kaufmannes, bei dem vor fast 2 Jahren ein hühnereigroßes Fibrosarkom des linken Hinterhauptlappens entfernt worden ist. Neben den allgemeinen Hirndruckerscheinungen und Kopfschmerzen, die im Hinterhaupt, Nacken und oberen Rückenteil ihren Sitz hatten, entwickelten sich rechtsseitige Hemianopsie, ferner Hemihypästhesie, Hemiataxie und Hemiparese der rechten Körperseite. Hermann Oppenheim diagnostizierte eine Neubildung im linken Hinterhauptlappen. Nach Ausführung der Trepanation legte K. am 9. Juni 1906 die Basis des Duralappens, da er in der Nähe des Sinus longitudinalis arbeiten mußte, nach diesem hin, um störende Blutungen aus ihm und aus den von ihm in die Pia hinüberziehenden zahlreichen und dünnwandigen Venen zu verhüten. Die Eröffnung der Dura begann im linken oberen Wundwinkel; von hier aus wurden der obere horizontale und der laterale senkrechte Schnitt geführt, dann die harte Hirnhaut unmittelbar oberhalb des Sinus transversus gespalten. Als der Duralappen medianwärts abgehoben wurde, kam zunächst das normale Hinterhauptshirn zum Vorschein, bald aber auch der Tumor, der sich schon durch seine fleischrote Farbe von der gesunden Hirnrinde abhob. Die Lösung der Dura vom Tumor wurde stumpf mit dem Finger vorgenommen, damit zunächst seine Grenzen festgestellt werden konnten.

Solche kortikal liegende, abgekapselte Geschwülste können sehr wohl mit dem Finger herausgeschält werden, aber doch nur an Stellen des Gehirns, an denen die dabei unvermeidliche Druckvermehrung und Gewalteinwirkung keinen allzu großen Schaden anrichtet. Die gesamte Konvexität des Großhirns darf hier genannt werden; freilich wird man mit äußerster Vorsicht und langsam palpatorisch vorgehen. So ist es auch in diesem Falle geschehen. Nach Abpräparieren der Dura fand sich, daß der Tumor die Medianlinie nicht allein erreichte, sondern auch medianwärts nach dem Cuneus hin weit in die Tiefe ging. Um hier die Grenze zu finden, zog K. mit dem Hirnspatel vorsichtig die Falx cerebri nach rechts hin — aber so weit in die Tiefe, wie die Geschwulst reichte, vermochte das Auge nicht zu sehen. Da diese sich aber ein wenig derber als die Gehirnsubstanz anfühlte, drang K. an der medialen Fläche der linken Großhirnhemisphäre mit dem bloßen Finger — dem einzig zuverlässigen Instrument in solchen schwierigen Fällen — vorsichtig in die Tiefe und kam bis an die deutlich fühlbare Grenze des Tumors. Der linke Zeigefinger mußte dabei bis über sein basales Interphalangealgelenk hin versenkt werden, so weit reichte die Geschwulst nach vorn in die Gehirnmasse hinein. Mit der Fingerspitze fühlte K. zugleich, wie beim leichten Anziehen der Tumor folgte, und so konnte er ihn, der scharf abgegrenzt war, stumpf ohne wesentliche Blutung aus seinem Bett herauslösen. Dieses stellte unmittelbar nach der Ausschälung eine sehr tiefe Höhle dar;

sie wurde durch sanftes Auseinanderziehen mit stumpfen Haken zugänglich gemacht, um eine etwaige Blutung oder Geschwulstreste nicht zu übersehen. Als die Höhle sich selbst überlassen wurde, fiel sie wesentlich zusammen.

Der mit dem Tumor verwachsen gewesene Duralappen, an dem ja beim Ablösen Geschwulstreste zurückgeblieben waren, wurde bis nahe zu seiner Basis abgetragen, der Rest über die im Gehirn zurückbleibende Höhle gelagert, welche dadurch von rechts her ein wenig gedeckt war. Da der Tumor sich links oben unter die Hirnrinde vorgeschoben hatte, so blieb hier nach der Auslösung ein lappenartiges Gebilde normaler Hirnsubstanz stehen, das gleichfalls über die Höhle gelegt wurde. Dann wurde der Weichteil-Knochenlappen an seiner ursprünglichen Stelle durch Nähte befestigt. Die Geschwulst war von eiförmiger Gestalt. Histologisch erwies sie sich als Spindelzellensarkom. Nach ihrer Entfernung zeigte der freiliegende Occipitallappen des Großhirns deutliche Pulsation. Die Heilung ist bis zum heutigen Tage eine vollständige, auch die Hemianopsie ist vollkommen gewichen.

Während in dem beschriebenen Falle die Geschwulst breitbasig der Dura aufsaß und durch diese hindurch sogleich in ihrer Größe erkannt werden konnte, liegen die Verhältnisse bei der Operation weniger klar, wenn der Tumor nur mit einem dünnen Stiel der harten Hirnhaut anhängt. Die Entwicklung geht auch dann von der inneren Durafläche aus, erfolgt aber zum überwiegenden Teil in das Gehirn hinein oder vielmehr in einen Raum, den die Geschwulst durch das Auseinanderdrängen der Hirnsubstanz sich schafft. Am charakteristischsten wird diese Entwicklung vor sich gehen, wenn eine große vorgebildete Furche der vordringenden Neubildung wenig Widerstand entgegensetzt. So hat K. im vorderen Abschnitte der Fossa Sylvii eine gut apfelgroße Geschwulst beobachtet, die nur mit einem erbsendicken Stiel der inneren Durafläche anhing, aber der histologischen Beschaffenheit nach doch von dieser ihren Ursprung genommen haben mußte. Sie reichte bis ins Gebiet der Insel und wurde aus der Tiefe der Fossa Sylvii mit Erfolg und mit Ausgang in Heilung ausgeschält.

3) Vorstellung eines 24jährigen Kaufmanns, bei dem im Januar 1907 beide Kleinhirnhemisphären wegen der Erscheinungen der Kleinhirngeschwulst freigelegt werden mußten. In jeder Hemisphäre fand sich eine walnuß- bis hühnereigroße Cyste, die breit gespalten und tamponiert wurden. Der Verlauf war dadurch kompliziert, daß in die eine Höhle eine Nachblutung erfolgte, wodurch die zerebellaren Symptome von neuem ausgelöst wurden. Beim Verbandwechsel entleerte sich aus dem rechten unteren Wundwinkel klarer Liquor, der ganze Haut-Knochenlappen zeigte deutliche Hirnpulsation. Trotz dieses günstigen Befundes nahmen die schweren Erscheinungen zu, die Temperatur stieg an den Abenden bis auf 39,5 und 40°, es bildete sich Nackensteifigkeit heraus, dazu kamen rasch zunehmende Schluckbeschwerden und leichte Unbesinnlichkeit. Aus diesem Grunde sah

K. sich veranlaßt, 11 Tage nach Inzision der Cyste die Wunde in ganzer Ausdehnung zu öffnen. Aus dem linken Wundwinkel tropfte fortwährend klarer Liquor ab, der schon in Vernarbung begriffene Lappen pulsierte deutlich. Als die Haut rasiert und mit Äther abgerieben wurde, sprudelte plötzlich aus einer in der Mitte der Wunde gelegenen kleinen granulierenden Stelle im Strahl wasserklarer Liquor hervor (etwa 20 ccm). Indessen hielt K. es wegen des gefahrdrohenden Allgemeinzustandes des Kranken für durchaus notwendig, das ganze Operationsgebiet genau zu revidieren. Die Knochenklappe wurde also mit der geschlossenen Schere gelöst und heruntergeschlagen. Das freigelegte Kleinhirn erschien durchaus normal, zeigte eine glänzende Oberfläche und dasselbe Aussehen und die gleiche Färbung wie bei der ersten Operation; nirgends fanden sich Spuren von Schwellung, Erweichung, Nekrose oder gar Eiter. Abnorm erschien nur an der Oberfläche der linken Kleinhirnhälfte eine daumengliedgroße Stelle; sie war ein wenig hervorragend und dunkelblau verfärbt und entsprach genau dem Ort der früher eröffneten Cyste. Die bereits fest verklebte Hirninzisionswunde wurde stumpf auseinander getrennt und damit eine pflaumengroße Höhle eröffnet, die sich mit dicken, schwärzlichen Blutgerinnseln prall erfüllt zeigte. Nachdem diese in schonender Weise entfernt waren, wurde die Höhle von neuem tamponiert und der Haut-Knochenlappen mittels einiger Nähte zurückgelagert. Bereits am Tage darauf waren die schwersten Erscheinungen geschwunden. Der Tampon wurde am 4. Tage zum größten Teil, 2 Tage später samt den Nähten ganz entfernt.

Die Störungen waren offenbar dadurch hervorgerufen, daß nach Herausziehen der tamponierenden Binde (5 Tage nach der Operation) die Wundränder des Kleinhirns rasch verklebten und aus kleinen noch nicht abgeschlossenen Gefäßen der Cystenwandung Blutungen in diese Höhle stattfanden, bis sie vollständig gefüllt war. Das wie eine Geschwulst wirkende, nicht unbeträchtliche Blutcoagulum rief im Zusammenhang mit mäßiger Liquorstauung von neuem die schwersten Erscheinungen des Hirndruckes hervor. Nach dem zweiten Eingriff trat vollkommene Heilung ein, die jetzt seit mehr als einem Jahre von Bestand geblieben.

4) Vorstellung eines 46jährigen Rechtsanwalts, bei dem im Dezember 1907 ein handtellergroßes Angioma venosum racemosum operiert worden ist. Im wesentlichen waren die Erscheinungen der Jackson'schen Epilepsie vorhanden. Nach Ausführung der sehr großen Trepanationsklappe spritzte beim ersten Schnitt in die Dura oben plötzlich ein fingerstarker Blutstrahl hervor, der sich zunächst nur durch Fingerkompression beherrschen ließ. Der Duralappen wurde darauf fertig gebildet und sollte heruntergeschlagen werden. Beim leichten Emporheben sah K. zwei starke Venen in die Dura eintreten und konnte sie vor der Durchtrennung unterbinden. Als nun der Duralappen herabgeschlagen war, gewahrte man fast kleinfingerstarke, dunkelviolette Gefäße in starker Schlängelung die frei-

gelegte Hirnoberfläche bedecken. An der Stelle der heftigen Blutung ging von einem solchen weiten Gefäß ein dritter Ast analog den beiden unterbundenen in die Dura hinein; dieser war beim ersten Schnitt getroffen worden. Das Muttergefäß wurde oberhalb und unterhalb des zur Dura ziehenden Astes umstochen und die gefahrdrohende Blutung damit beseitigt.

Nirgends war an den erweiterten und geschlängelten Gefäßen Pulsation zu bemerken. Es handelte sich um Venen der Pia mater. In der Mitte des Operationsfeldes bemerkte man außerdem eine flächenhafte Anhäufung kleinerer geschlängelter Venen von durchschnittlich 2 mm Durchmesser, zwischen denen von Hirnrinde überhaupt nichts wahrzunehmen war.

Hinten blieb die Grenze der erweiterten Gefäße fingerbreit von dem hinteren Duraschnitt entfernt, auch oben übersah man die vom Sinus longitudinalis her eintretenden zahlreichen Venen, eine unmittelbar neben der anderen liegend; dagegen reichte die Gefäßneubildung im vorderen und unteren Wundbereich weiter, als durch die Öffnung der Dura mater freigelegt war.

Daher mußten nach Verlängerung der Hautschnitte an diesen beiden Seiten reichlich 2 cm Knochensubstanz fortgenommen werden, so daß unten die Schädelbasis erreicht war. Dementsprechend wurde die Dura nach vorn und nach unten weiter eingeschnitten und zur Seite geschlagen; aber auch dann gelangte man an normale Hirnoberfläche erst, wenn man unmittelbar an der Trepanationsgrenze das Gehirn mit Tupfern vorsichtig gegen den Schädelraum drängte und in die Knochenlücke verschob. Unten sah man deutlich den Beginn der Fissura Sylvii. Hinter deren vorderem Ende und etwas unterhalb, also bereits in der ersten Schläfenwindung, befand sich der zuführende Hauptvenenstamm; er war zeigefingerstark und teilte sich in zwei laterale, je 1 cm dicke und einen mittleren dünnen Ast. Zuerst umstach K. mit halbkreisförmigen drehrunden, sogenannten »ganz gebogenen« Nadeln von $^1/_2$ mm Stärke und 36 mm Länge diese drei Zweige in weiter Entfernung von ihren dünnen Wandungen und tief durch die Hirnsubstanz hindurch. Trotzdem fand jedesmal eine äußerst heftige Blutung aus den Stichkanälen statt, die sich nur durch längere Kompression stillen ließ. Während diese mit Tupfern ausgeübt wurde, umstach K. in gleicher Weise der Reihe nach alle zuführenden Gefäße im vorderen und hinteren Wundgebiet, so daß mit der stets notwendigen Kompression der Stichkanäle keine Zeit verloren ging. Hierauf wurden die vom Sinus longitudinalis herabkommenden zahlreichen Venen versorgt, und zuletzt legte K. um den Hauptstamm unten, dessen drei Äste bereits einzeln unterbunden waren, noch eine sehr weit (etwa 3 cm) ausgreifende Ligatur, die vorn in der Fossa Sylvii eingestochen wurde und hinten in der obersten Schläfenwindung herauskam. K. achtete sehr wohl darauf, mit dieser Unterbindung nicht etwa die Arteria Fossae Sylvii zu verletzen; aber so weit in die Tiefe bis zu dieser brauchte er nicht zu gehen.

Nach Ausführung der zahlreichen Unterbindungen, zu denen Zwirn verwendet wurde, waren alle Gefäße prall gefüllt, sie sahen aus wie kurze Würste; das in ihnen befindliche Blut ließ sich durch Druck nicht mehr verschieben.

Das beschriebene Verfahren dürfte bei ausgebreiteten Angiomen an der Hirnoberfläche wegen der außerordentlichen Gefahr der Blutung, wie K. sie in dem angezogenen Falle gesehen, wohl das einzig verwendbare sein; namentlich wird man bei einiger Ausdehnung der Geschwulst in der Zentralregion oder einem funktionell ähnlich wichtigen Bezirk von der Exstirpation Abstand nehmen, weil sie zu übergroßen und bleibenden Störungen führen müßte.

Da nach den vielen Unterbindungen, wie K. beobachten konnte, das Blut nicht mehr zirkulierte, war der ganze Bezirk aus der Blutbahn ausgeschaltet. Diese Beobachtung berechtigt zu der Annahme, daß man bei solchen flächenhaften venösen Angiomen eher auf eine Verödung rechnen kann als bei den arteriellen Rankenangiomen, z. B. des Gesichts, bei denen die bloßen Unterbindungen, auch wenn sie noch so zahlreich ausgeführt werden, unwirksam zu sein pflegen.

Die Operation hatte recht lange gedauert, der Kranke trotz aller Vorsichtsmaßregeln viel Blut verloren, die Beendigung war daher durchaus geboten. Zur größeren Sicherheit hätte K. sonst noch die doppelt unterbundenen Gefäßstämme längs gespalten und austamponiert, um die Narbenbildung zu befördern. Um in dieser Hinsicht noch einen weiteren Reiz auszuüben, bedeckte K. ausnahmsweise die ganze freiliegende Hirnoberfläche mit Vioformgaze und nähte dann erst die sehr große Wunde bis auf die erforderliche kleine Lücke im hinteren oberen Wundwinkel zu. Die tamponierenden Binden wurden 3 Tage später ein wenig herausgezogen, nach weiteren 4 Tagen völlig entfernt. Sie hafteten außerordentlich fest und folgten erst auf sehr starken Zug; dabei entleerte sich nur frisches Blut. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

Was die Natur des vorliegenden Prozesses anlangt, so wird man ihn als Angioma venosum racemosum bezeichnen dürfen. Das Rankenangiom, Angioma arteriale racemosum Virchow's, mit seinen verdickten, erweiterten und verlängerten Gefäßen eines bestimmten Arterienbezirkes kann hier zum Vergleich sehr wohl herangezogen werden. Die befallenen Venen der vorliegenden Beobachtung waren gleichmäßig, stellenweise auch varikös erweitert und zeigten infolge ihrer Verlängerung einen abnorm gewundenen Verlauf, dagegen erschienen ihre Wandungen nicht verdickt. Die feinen Verzweigungen in dem zentral gelegenen Bezirk erreichten durch ihre Erweiterung die Größe der gewöhnlichen Piavenen, gingen eher noch über deren Abmessungen hinaus, während ihre Farbe ein wenig heller als die normaler Piavenen war. Über das Verhalten der zuführenden Arteria Fossae Sylvii kann K. nichts aussagen, da er sie nicht zu Gesicht bekommen hat; abnorme Pulsation in der Umgebung war nicht bemerkbar.

In einem zweiten Falle — bei einem 10jährigen Knaben — hat K. ein um das Vielfache kleineres venöses Angiom operiert. Hier wurden alle erweiterten Piavenen am Rande des prominenten Hirngebietes doppelt unterbunden und durchtrennt, dazu dieser Gehirnabschnitt in einer Tiefe von 1 cm und einer Länge von $2^1/_2$ cm gespalten und mit steriler Gaze tamponiert. Auch dieser am 19. September 1903 operierte Kranke ist geheilt und bis heute geheilt geblieben.

(Selbstbericht.)

35) **Tietze** (Breslau). Beiträge zur Kleinhirnchirurgie.

Vortr. berichtet über drei Eingriffe am Kleinhirn. Im ersten Falle erfolgte bei einem walnußgroßen Sarkom in der linken Kleinhirnhemisphäre im unmittelbaren Anschluß an eine Neisser'sche Probepunktion der Tod an Atemlähmung. Die Sektion ergab, daß durch die Kanüle ein Gefäß angestochen war und eine relativ beträchtliche Blutung stattgefunden hatte. Für die topische Diagnose hatte man in diesem Falle besonderes Gewicht auf das Schwanken nach einer bestimmten Seite gelegt. Dies namentlich von Allen Starr betonte Symptom erwies sich in einem zweiten mitgeteilten Falle (Kleinhirntuberkel) als trügerisch. Endlich im dritten Falle handelte es sich um eine mit Glück operierte Kleinhirncyste. Das vor der Operation fast völlig erloschene Sehvermögen wurde wieder nahezu normal.

(Selbstbericht.)

36) **Martens** (Berlin). Zur Chirurgie der Kleingehirngeschwülste.

M. berichtet über einen 13jährigen Knaben, der einige Wochen nach einem Trauma mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Doppelbildern, Schwindel erkrankte. Die Untersuchung zeigte alle Symptome des Kleingehirntumors (Stauungspapillen, langsamen, unregelmäßigen Puls, Schwankungen bei geschlossenen Augen, Richtungsabweichung nach rechts beim Gehen mit geschlossenen Augen usw.). Der Sitz des Tumors wurde angenommen in der Mitte des Kleinhirns, etwas mehr nach links. Die Operation sollte zweizeitig ausgeführt werden. Doch 24 Stunden nach der ersten wohlgelungenen (Freilegung des Kleinhirns nach Krause) starb der sehr elende Knabe nach zunehmenden allgemeinen Krämpfen. Die Sektion klärte den Tod auf: außer einem etwa walnußgroßen, vom Dache des 4. Ventrikels ausgehenden Tumor fanden sich multiple kleinere pilzförmige Tumoren neben tumorösen Verdickungen in allen übrigen Hirnventrikeln, ausgehend von der subependymären Gliaschicht, mikroskopisch sich als Gliome erweisend. Die Pia des Kleinhirns ist stark verdickt, zuckergußähnlich, vom Tumorgewebe durchsetzt. Derartige multiple Gliome sind sehr selten — der beschriebene ist der 5. bis jetzt bekannte Fall —, klinisch als solche nicht diagnostizierbar und ihre Kenntnis für die Stellung der Prognose sehr wichtig.

(Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 34—36.

Kredel (Hannover) bespricht zwei von ihm operierte Tumoren der Kleinhirnbrückengegend und macht besonders aufmerksam auf eine Gefahr, die bei diesen Operationen mehrfach verhängnisvoll wurde, wenn der Tumor groß ist, nämlich schwere Blutung im allerletzten Augenblick der Auslösung der Geschwulst. Er erklärt diese Blutung damit, daß durch große Tumoren eine Druckusur an einem großen Gefäßstamm an der Schädelbasis entstanden war. Ferner demonstriert K. die von ihm seinerzeit (ds. Zentralbl. 1806 Nr. 43) empfohlenen und nachträglich verbesserten Metallplatten zur Erzielung von Blutleere der Galea; die Verbesserung besteht in einer zentralen Durchlochung, welche das Abgleiten des Fadens verhindert.

(Selbstbericht.)

Sticker (Berlin) demonstriert ein experimentell erzeugtes Gehirnsarkom beim Hunde.

Seefisch (Berlin) hält die Gehirnpunktion nach Neisser für sehr nützlich und berichtet über einen Fall von Hirnsarkom, der durch dieselbe diagnostiziert wurde. **Boerner** (Rastatt).

H. Küttner (Breslau): Die Ableitung des Ventrikelinhaltes nach außen läßt sich auch so erreichen, daß man einen zungenförmigen Lappen aus der Dura bildet, diesen mit einigen Nähten zu einer Röhre schließt und diese Röhre in den Ventrikel einsenkt, die äußere Wunde vernäht. Der Ventrikelinhalt fließt dann in das subaponeurotische Zellgewebe der Kopfschwarte ab. Ferner möchte ich darauf aufmerksam machen, daß die Gegend der *Kleinhirnhemisphären* sich ausgezeichnet zur palliativen *Druckentlastung* des Gehirns bei inoperablem oder nicht *lokalisierbarem* Tumor, wie überhaupt bei chronischer Hirndrucksteigerung eignet. Der Vorzug dieser Stelle ist ein dreifacher: Einmal wird von der Entlastung in erster Linie die hintere Schädelgrube getroffen, was für die Rettung der Sehkraft von großer Bedeutung ist, zweitens ist der Weichteillappen, welcher die Trepanationslücke deckt, besonders dick, da er die gesamten Ansätze der kräftigen Nackenmuskulatur enthält. Das freigelegte Gehirn mit seinen Häuten befindet sich also tief unter der Körperoberfläche und ist bei dem reichlichen Liquorabfluß der Infektion weit weniger ausgesetzt als an anderen Stellen. Auch ein sich etwa ausbildender stärkerer Gehirnprolaps wird durch die dicke bedeckende Weichteilschicht vor der Infektion geschützt. Drittens ist die Druckentlastung an der genannten Stelle deshalb besonders wirksam, weil hier sehr große liquorführende subarachnoideale Räume gelegen sind und eröffnet werden. Bei starkem Hirndruck ist die Flüssigkeitsansammlung in dieser Zisterne so groß, daß man, wenn man es zum erstenmal sieht, fast eine Cyste vor sich zu haben glaubt. Da die Cisterna cerebello-medullaris nicht unmittelbar berührt wird, ist auch eine plötzliche Druckentlastung bei der

Operation völlig ungefährlich, wie ich mich in drei Fällen überzeugen konnte. Im Gegenteil, sofort nach der Eröffnung der genannten subarachnoidealen Räume stellt sich die fehlende Pulsation des Kleinhirns wieder ein, und das vorher wie eine Billardkugel in die Knochenlücke vorgewölbte Gehirn sinkt zurück. Als Schnittführung eignet sich besonders die von Herrn Krause für die Freilegung beider Kleinhirnhemisphären angegebene. (Selbstbericht.)

Adler (Pankow-Berlin) demonstriert einen 36jährigen Kranken, bei welchem er einen kleinapfelgroßen, rein subkortikal gelegenen Hirntumor aus dem Marklager der rechten motorischen Region entfernt hat. Die Diagnose stützte sich auf den Beginn des Leidens mit Konvulsionen, welche besonders den linken Arm betrafen, und welchen allmählich eine Lähmung des linken Armes, des linken Facialis und des linken Beines folgte. Beiderseitige Stauungspapille, rechts stärker als links, sowie starke Kopfschmerzen in der rechten Scheitelgegend vervollständigten das Krankheitsbild. Der durchaus vom Jacksonschen Typus der Rindenepilepsie abweichende Verlauf der Krämpfe, sowie die mangelnde perkutorische Schmerzhaftigkeit über der rechten Scheitelgegend ließen einen subkortikalen Sitz des Tumors vermuten, während die geringen Störungen der Sensibilität und des Muskelsinnes auf eine Lage des Tumors unterhalb des Gyrus centralis anterior hindeuteten.

In der Tat fand sich bei der Operation die Hirnoberfläche bis auf eine Abplattung der Gyri gänzlich unverändert. Weder durch Palpation, noch durch Punktion war ein Krankheitsherd nachzuweisen. Dagegen stieß der in den freipräparierten Sulcus Rolando eingeführte Finger in einer Tiefe von etwa 4 cm auf ein als schlaffer Sack imponierendes Gebilde, welches sorgfältig stumpf mit dem Finger bis aus 8 cm Tiefe aus dem Marklager ausgeschält und aus der Zentralfurche herausgeholt wurde. Die starke Blutung aus der Wundhöhle stand auf Tamponade. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall, indessen sind erst 2 Monate seit der Operation verstrichen. Bisher sind die Kopfschmerzen verschwunden, Pat. ist wieder imstande zu gehen; Stauungspapille, Arm- und Facialislähmung sind beträchtlich zurückgegangen. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, daß es sich um ein enorm gefäßreiches, von den adventitiellen Lymphscheiden der Blutgefäße ausgehendes Peritheliom handelt. Der Fall ist bemerkenswert durch die Seltenheit der Peritheliome in der Hirnsubstanz überhaupt, durch die relative Seltenheit der bisher erfolgreich operierten, rein subkortikalen Hirntumoren und durch den palpatorischen Nachweis der Geschwulst in der Zentralfurche, welcher auch die Entfernung der Geschwulst auf diesem Weg ermöglichte.

(Selbstbericht.)

---

37) **Erdheim** und **Stumme** (Wien). Über die Schwangerschaftsveränderung der menschlichen Hypophyse.

M. H.! Die Ausführungen meines Chefs, Herrn Hofrat Hochenegg's, haben jener Theorie, die die Akromegalie durch Steigerung oder chemische Änderung der Hypophysensekretion zustande kommen läßt, recht gegeben.

Als interessante Illustration für die Richtigkeit dieser Auffassung möchte ich eine sehr alltägliche Form dieser Erkrankung mit dem Ausgang in spontane Restitution daneben stellen: Ich meine die einer geringgradigen Akromegalie gleichenden Weichteilverdickungen, an Nase, Lippen und Händen bei Schwangeren, Veränderungen als deren pathogenetisches Substrat man eine mit reger Sekretion einhergehende Hypertrophie der Hypophyse wird annehmen müssen.

Daß in der Gravidität eine Vergrößerung dieses Organes statt hat, war schon seit der Publikation von Comte bekannt. Launois und Mulon, Guerrini, Morandi und Cagnetto haben darauf hingewiesen. Von deutschen Autoren hat zuerst Erdheim diesbezügliche Angaben gemacht, im übrigen aber auf meinen heutigen Vortrag verwiesen, nach ihm kürzlich Tandler die Tatsache der Vergrößerung des Hirnanhanges in der Schwangerschaft erwähnt.

Da die ganze einschlägige Literatur auf diese paar flüchtigen, beiläufigen Notizen sich beschränkt, und eine systematische Bearbeitung unserer Frage noch ausstand, haben E. und ich vor einigen Jahren im pathologischen Institut Hofrat Weichselbaum's in Wien dieses Thema aufgenommen, und wir sind heute, nachdem wir etwa 150 Hypophysen daraufhin untersucht haben, in der Lage, ein lückenlos ausgebautes Bild der Schwangerschaftsveränderung des menschlichen Hirnanhanges zu entrollen.

Die Schwangerschaftsveränderung der Hypophyse ist schon makroskopisch sehr auffallend; sie bezieht sich auf eine Vergrößerung vorwiegend in querer Richtung, gegen die Sinus cavern. hin, und auf eine bedeutende Gewichtszunahme bis auf das $2^1/_2$fache des Normalen. Die Schnittfläche, normal rötlichgrau, erscheint Ende der Gravidität einförmig weiß, saftreich und wesentlich weicher. Wenige Wochen nach dem Partus beginnt das Rotgrau die weiße Farbe wieder zu verdrängen, und am Ende des Puerperiums hat das Organ seine früheren Maße in der Regel wieder erreicht.

Alle diese Veränderungen sind der Ausdruck des massenhaften Auftretens einer neuen Zellform, die wir Schwangerschaftszellen nannten.

Zur Histologie übergehend, darf ich daran erinnern, daß die Hypophyse der Niegeschwängerten aus Eosinophilen, Basophilen und Hauptzellen besteht, unter denen die ersten stets ganz bedeutend überwiegen; die Hauptzellen, die uns vor allem interessieren, liegen einzeln oder in kleinen, kaum je selbständigen Gruppen unter die anderen

verstreut; ein Plasma ist bei ihnen nicht darstellbar, man sieht nur dichtgedrängte runde, dunkle Kerne mit deutlichem Chromatingerüst.

Diese Zellform ist es, aus der die Schwangerschaftszelle hervorgeht.

Die Metamorphose geht so vor sich, daß sich mehr und mehr Plasma um den Kern ansammelt, das auf der Höhe der Gravidität reichlich feine Granula, im Gegensatz zu den Chromophilen aber keine Fettkörnchen zeigt. Die Zellgrenze bleibt trotzdem unscharf, das wichtigste Kriterium zur Trennung von Chromophilen und Schwangerschaftszellen. Der Kern wird immer größer, lichter, bläschenförmig und unregelmäßig oval. An Zahl übertreffen die derartig veränderten Zellen bei der Erstgeschwängerten durchschnittlich im 6. Monat, bei Oftgeschwängerten schon nach ebenso vielen Wochen die Eosinophilen. Die Schwangerschaftszellen liegen am Ende der Gravidität in breiten, selbständigen Alveolen und Balken; ihre Potenz gibt sich in mechanischer Schädigung chromophiler Nachbargruppen kund.

Die Chromophilen selbst zeigen in der Schwangerschaft keine konstante Veränderung. Die ersten Zeichen der Umgestaltung: Vermehrung der Hauptzellen und Aufhellung der Kerne, wird bei der Erstgeschwängerten etwa im 3. Monate manifest.

Die Vergrößerung der Hypophyse geschieht also sowohl durch Hypertrophie als durch Hyperplasie, welch letztere, wie die allerdings spärlichen Mitosen beweisen, wenigstens zum Teil sicher auf karyokinetischem Wege vor sich geht.

Die Veränderung ist auf der Höhe der Schwangerschaft, wo manchmal 4/5 des Organes und mehr von den neuen Zellen gebildet werden, eine geradezu imposante, das Bild, vom normalen völlig verschieden, für den Uneingeweihten kaum als Hypophyse kenntlich.

Bald post partum setzt die Rückbildung ein, mikroskopisch schon früher wahrnehmbar als mit freiem Auge. Das Plasma wird immer spärlicher, etwas später, nach 3—4 Wochen, beginnt der Kern kleiner, dunkler, runder zu werden. Am Ende der 6. Woche ist fast immer das Plasma geschwunden, der größte Teil der Kerne auf Größe, Form und Farbe wie vor der Gravidität zürückgeführt, der Hauptzelltypus also wieder erreicht. In bemerkenswertem Gegensatz dazu steht unser Befund, daß bei Laktierenden auch noch 7 Monate p. part. reichliche Balken von Schwangerschaftszellen auf einer hohen Stufe der Entwicklung vorhanden sein können. Aber auch bei promptester Involution verrät eine wesentliche Vermehrung der Hauptzellen und die Bildung größerer Alveolen und Balken daraus noch auf lange Jahre die abgelaufene Gravidität. Tritt eine neue Schwangerschaft hinzu, so summieren sich die Veränderungen; so erklärt es sich, daß die größten Hypophysen an Oftgebärenden zu finden sind, andererseits auch deutliche Graviditätshypertrophie bei Oftgeschwängerten in einem früheren Stadium manifest wird, als bei Erstgeschwängerten.

Die nach vollendeter Involution restierenden Hauptzellen bleiben in großer Zahl bis zum Einsetzen des Klimakteriums erhalten, für

ihre Trägerin eine Reserve, stets sprungbereit, ihre leider noch so dunkle Rolle zu übernehmen; erst wenn die alternde Keimdrüse ihre Tätigkeit einstellt, lichten sich ihre Scharen und verschwinden im höchsten Alter vollständig von der Bildfläche.

Der Ablauf der geschilderten Schwangerschaftsveränderung der Hypophysis ist in an- wie absteigender Linie so geregelt, daß aus dem histologischen Bild das Stadium der Gravidität auf 1—2 Monate genau bestimmt werden kann, eine Erkenntnis, der nicht bloß forensische Wichtigkeit innewohnen könnte, die vielmehr auch ein beachtenswertes Licht auf die physiologische Bedeutung des Organes wirft: kann es doch nach alledem einem Zweifel nicht unterliegen, daß der Hypophyse während der Schwangerschaft eine wesentliche sekretorische Aufgabe zukommt.

Ob und inwieweit sie darin ersetzlich ist, wird Gegenstand der Beobachtung sein, wenn einmal eine größere Anzahl von Frauen der jüngsten Errungenschaft unserer hohen Disziplin, der Exstirpation der Hypophyse wird teilhaftig geworden sein.

Über die Pathogenese der Akromegalie habe ich mir, meines Chefs Erfolg und unsere Befunde zusammenhaltend, die Ansicht gebildet, daß eine primäre Störung der Keimdrüse zu einer Wucherung der Hypophyse führt, die dann ihrerseits die akromegalischen Verdickungen auslöst.

(Selbstbericht.)

---

38) **J. Hochenegg** (Wien). Operativ geheilte Akromegalie bei Hypophysentumor.

Ich erlaube mir, eine 30jährige Pat., bei welcher in der internen Klinik Hofrat v. Neusser's auf Grund der eklatanten Symptome und der Röntgenogramme des Schädels die Diagnose auf Akromegalie und Hypophysentumor gestellt worden war, zu demonstrieren.

Die photographische Aufnahme, die ich Ihnen in Vergrößerung zur Demonstration bringe, enthebt mich, eine genaue Beschreibung der akromegalischen Veränderungen zu geben; sie waren eben vollkommen typisch, betrafen Kopf und Gesicht, die Hände und Füße in der bekannten, schon oft beschriebenen Weise, und es waren dieselben in meinem Falle ziemlich hochgradig. Nur eines Details will ich Erwähnung tun, da wir später noch darauf zurückzukommen haben, das war das weite Auseinanderstehen der vorderen, namentlich der oberen Schneidezähne, auf deren Vorkommen in anderen Fällen auch schon aufmerksam gemacht wurde.

In bezug auf die anamnestischen Daten will ich nur hervorheben, daß bei meiner Pat. die Erkrankung gewissermaßen in zwei Etappen zur Ausbildung kam. Das seit dem 15. Jahre normal menstruierte und auch sonst gesunde Mädchen erkrankte im 25. Jahre — sie war damals in Berlin angestellt —, wie sie sich ausdrückt, plötzlich an Bleichsucht mit heftigen Kopfschmerzen, anfallsweise auftretenden Schweißausbrüchen, Nasenblutung und Sistieren der Menses. Bald stellten sich

Sehstörungen ein, Pat. konnte deshalb durch 3 Monate weder lesen noch schreiben, die Fähigkeit, in die Ferne zu sehen, war ihr fast gänzlich verloren gegangen. Nach einem Jahre verloren sich diese von ihren damaligen Ärzten für Chlorose und Hysterie gedeuteten Symptome fast vollkommen. Die Menses kehrten zurück. Dieser Zustand der Besserung hielt durch 4 Jahre an.

Erst im August 1907 wurde die Menstruation wieder unregelmäßig und spärlich, abermals stellte sich der heftige Kopfschmerz ein, und in auffallender Raschheit und unter Parästhesien bildeten sich die Vergrößerung der Hände und Füße, das Plumpwerden der Lippen, Nase und Zunge und die Veränderung der Gemütsstimmung so ausgeprägt aus, daß schon im Oktober das Bild für jeden Kundigen ein vollkommen ausgesprochenes war.

Auf alle diese Details, die ich der ausführlichen Publikation durch meinen Schüler, Dr. Stumme, vorbehalte, will ich hier nicht näher eingehen und mich nur auf die Operation selbst und auf deren Effekt beschränken.

Da der Zustand des Mädchens, namentlich durch die Kopfschmerzen, ein so ungemein qualvoller war, drang sie selbst auf Operation, obwohl ihr gesagt wurde, daß der Eingriff kein leichter und der Erfolg ein fraglicher sei.

Bei der Operation, die ich am 16. Februar 1908, also vor zirka 2 Monaten, ausführte, wich ich einigermaßen von den bisher geübten und in Publikationen niedergelegten Verfahren ab.

Ich wählte den schon öfter von anderen (Schloffer, v. Eiselsberg) mit Erfolg betretenen und von Anatomen (Tandler) vorgeschlagenen nasalen Weg, d. h. ich bahnte mir durch Zurückklappen und vollkommene Ausräumung der Nasenhöhle den Weg zum Hypophysenbett. Ich will hier gleich die Bemerkung einfügen, daß ich vorläufig, d. h. solange es nicht gelingt, ohne jegliche Voroperation endopharyngeal die Operation zu machen, wie mir der vom Wiener pathologischen Institut zur Demonstration überlassene Schädel eines Hypophysentumors möglich erscheinen läßt, die nasale Voroperation für die Methode der Wahl halte; sie gibt hinlänglich genug Zugänglichkeit und erscheint mir bedeutend weniger eingreifend und verstümmelnd als die anderen vorgeschlagenen Methoden.

Es ist bekannt, daß die Nebenhöhlen der Nase, also vor allem die Stirnhöhlen, bei Akromegalie mächtig erweitert sind. Auch in meinem Falle erwies dies das Röntgenbild. Da durch diese Erweiterung der Stirnhöhlen begreiflicherweise die Distanz von der Stirne bis zur Hypophyse bedeutend vergrößert ist und hierdurch das eigentliche Operationsfeld in größerer Tiefe sich befindet, ist es empfehlenswert, durch Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle den Zugang sich bequemer und das Operationsfeld zugänglicher zu machen.

Um nun nach der Operation die Entstellung des Profils der Stirne möglichst geringfügig zu gestalten, erschien es uns opportun, die vordere Wand der Stirnhöhle nicht zu opfern, sondern nur temporär mobil

und aufklappbar zu machen, was leicht von zwei seitlichen in den Augenbrauen geführten Hautschnitten mit einem flachen Meißelschlag erzielt werden konnte. (Demonstration eines Kadaverpräparates.)

Es empfahl sich nun weiter, die ganze Operation, die ich natürlich in Narkose ausführte, an der horizontal liegenden Pat., bei der der Kopf etwas nach hinten übergebeugt war, auszuführen. Um in dieser Lage die Aspiration von Blut zu verhindern, tamponierten wir den Spalt hinter dem weichen Gaumen und der Pharynxwand mit einem großen länglichen, quergelegten Tampon, den wir mit einem um die horizontale Platte des Oberkiefers herumgelegten und um die Oberlippe geknoteten Bande sicher an seiner Stelle erhielten. Dieser Tampon verhinderte während der ganzen Operation, daß vom nasalen Operationsfelde Blut gegen den Mund zu sickerte, ließ aber die Atmung unbehindert und schmälerte nicht unser Operationsfeld.

Die Ausräumung der Nase vollführten wir mit Schere und Pinzette, namentlich aber mit einem großen, scharfen Löffel; die innere Orbitalwand und die Wand der Highmorshöhle blieben dabei intakt.

Die ziemlich beträchtliche, aber nie beängstigende Blutung stand prompt durch zeitweise angewendete Tamponade mit in Adrenalinlösung getränkter Gaze.

Nach dieser Voroperation und nach Eröffnung der Keilbeinhöhle, die in unserem Falle sehr reduziert war, war am Grunde der trichterförmigen Wundhöhle der blendend weiße, auf Haselnußgröße erweiterte Hypophysenwulst sichtbar.

Ich konnte an ihm bequem die knöcherne Schale einmeißeln und das hierdurch entstandene Loch nach Belieben vergrößern. Ich begnügte mich aber mit einem etwas über erbsengroßen Loch, spaltete im Bereich dieses die sich einstellende Dura, worauf unter Pulsation der ungemein weiche, rotbraune Tumor prolapsartig vorquoll.

Die ursprünglich geplante Entfernung des Tumors in einem Stücke mußte sofort wegen Weichheit der Geschwulst undurchführbar erscheinen, weshalb ich mich damit begnügte, den Tumor mit einem löffelartigen Instrument einfach auszulöffeln. Ich tat dies so lange, bis ich das derbe Diaphragma der Dura und seitwärts und unten die Knochenwände unterm Löffel hatte; hierauf wischte ich, um ja sicher den ganzen Tumor zu entfernen, mit Gazetupfern exakt die ganze Höhle aus. Die Blutung war minimal und stand ebenfalls auf das Einlegen eines Adrenalintampons.

Ich möchte auf die Anlegung eines kleinen Loches Gewicht legen; man kommt mit demselben vollkommen aus, da die breiig weiche Tumormasse so nur ein Auslöffeln erlaubt und bei kleinem Loche vielleicht doch eher eine Meningitis vermieden werden kann.

Um nun weiter eine Infektion des Tumorbettes nach Möglichkeit zu verhüten, tamponierte ich die durch eine kreisrunde Eingangspforte eröffnete, jetzt leere Knochenhöhle locker mit Jodoformdochten, die durch ein Drain durchgezogen und aus dem Nasenloch herausgeleitet wurden. Auf diese Weise sollte ein Aufsaugen von Wundsekret im Bereiche

der Nase verhindert werden. Ebenso wurde die Nase mit Jodoformgaze locker tamponiert.

Der Verlauf nach diesem immerhin großen chirurgischen Eingriff war ein ungemein glatter, auch für die Pat. fast beschwerdefreier. Am 8. Tage werden die drainierenden Streifen entfernt, am 10. Tage kann die Pat. das Bett verlassen. Gegen die Borkenbildung in der Nase bzw. Wundhöhle wird mit Ausspülungen mit Salbeitee vorgegangen.

Bevor ich auf den Effekt der Operation zu sprechen komme, will ich nochmals hervorheben, daß ich die Überzeugung habe, daß ich die ganze tumorartig veränderte Hypophyse operativ entfernt habe. Die histologische Untersuchung der ausgelöffelten und gesammelten Partien ergab, daß es sich um Adenom der Hypophyse gehandelt hat.

Um nun auf den Heilungseffekt der Operation zu sprechen zu kommen, so muß zunächst hervorgehoben werden, daß es gut ist, den Einfluß der Operation auf die Pat. von zweifachem Gesichtspunkte aus gesondert zu betrachten.

Vor allem ist seit der Operation ein Sistieren der quälenden Kopfschmerzen, eine Besserung der psychischen Stimmung und Verminderung der Sehstörungen zu verzeichnen. Alle diese Störungen werden ja mit Recht und wohl allgemein als mechanische Schädigung des auf Gehirn und Sehnerven drückenden Hypophysentumors gedeutet; es ist dabei leicht verständlich, daß dieselben mit Entfernung des Tumors zum Schwinden gebracht wurden. Die Besserung in dieser Beziehung wurde auch in den bekannten, bereits publizierten Operationen anderer Operateure erzielt.

Von viel größerer Bedeutung erscheint mir der Einfluß der Operation auf die Symptome der Akromegalie.

Schon am 5. Tage nach der Operation überraschte uns die Pat. mit der Angabe, daß sie fühle, daß die Zähne näher aneinander rücken, und daß jetzt der Unterkiefer anders auf den Oberkiefer passe, wie früher.

Am 10. Tage nach der Operation wird die Richtigkeit dieser Angabe objektiv durch Messung nachgewiesen; schon an diesem Tage hat sich der Abstand an den Schneidezähnen des Oberkiefers so vermindert, dieselben sind so zusammengerückt, daß Pat. zwischen den beiden mittleren Schneidezähnen nur mehr mit ihrem Fingernagel eindringen kann, während früher die oberste Kante der Fingerkuppe das Distanzmaß ihr abgab.

So geht es mit den Händen, an denen uns fast bei jeder Visite von der vorher tief melancholisch verstimmten, jetzt wieder heiteren Pat. das Kleinerwerden demonstriert und versichert wird, daß sie es ordentlich spüre, wie von Tag zu Tag die Hände normaler werden, wie sie besser die Hand zur Faust schließen könne usw.

Nach kaum einem Monat ist die Pat. entlassungsfähig. Wie sie die Schuhe, mit denen sie ins Krankenhaus kam, und die ihr damals knapp paßten, aus dem Magazin zurückbekommt, sind ihr dieselben

um so vieles zu groß, daß sich die Pat. weigert, dieselben als ihr Eigentum zurückzunehmen. Wie ich die Pat. bei ihrer Entlassung von meiner Klinik den Herren der internen und laryngologischen Klinik, die vor der Operation die Pat. lange und zu wiederholten Malen zu beobachten Gelegenheit hatten, vorstelle, erkennen diese die Pat. nicht wieder, so bedeutend hat sich alles an ihr verändert.

Ich glaube, daß auch Sie diese Veränderungen an der jetzt vollkommen wohlen Pat. konstatieren werden, wenn Sie das Bild vor der Operation mit der von mir mitgebrachten Pat. vergleichen. Ich kann nur sagen, daß ich eine so prompte, so rasch einsetzende Beeinflussung der akromegalischen Symptome einfach für unmöglich gehalten habe.

Bisher standen sich in bezug auf die Bedeutung des Hypophysentumor für den mit Akromegalie bezeichneten Symptomenkomplex folgende Ansichten unvermittelt gegenüber, die, da das Tierexperiment in dieser Hinsicht keine Lösung brachte, bisher unentschieden bleiben mußten.

1) Der Hypophysentumor ist eine Teilerscheinung der Allgemeinerkrankung Akromegalie. Die Hauptvertreter dieser rein symptomatischen Auffassung stellen sich vor, daß geradeso, wie die peripheren Abschnitte des Gesichtes und der Extremitäten Gestalt und Größenveränderungen durch Akromegalie erfahren, auch die Hypophyse verändert werde und so einen Tumor vortäusche.

2) Der Hypophysentumor ist die Ursache der Akromegalie, und zwar nach der Ansicht der einen durch aufgehobene Funktion der Hypophyse, nach der anderen durch gesteigerte Funktion und endlich nach Ansicht einer dritten Gruppe durch qualitativ veränderte Funktion.

3) Endlich die Hypophysenveränderung hat zwar kausale Bedeutung, sie ist aber nur für die Veränderung im Bereiche des Kopfes als dem von den Hirnnerven versorgten Körperbezirk zur kausalen Verantwortung zu ziehen, während die akromegalischen Veränderungen an den Extremitäten anders lokalisierte Ursachen wahrscheinlich spinaler Natur haben müßten.

Mein Fall, der, soviel ich weiß, der erste ist, wo bei Akromegalie die Operation vollendet wurde und Erfolg hatte, ist geeignet, die Frage, welcher Einfluß dem Hypophysentumor bei Entstehung der Akromegalie zuzuschreiben ist, prinzipiell zu entscheiden. Die Operation gleicht einem Experiment, sie erweist zur Evidenz, daß einem Hypophysentumor bei Akromegalie nicht nur symptomatische, sondern kausale Bedeutung zukomme. Sie erweist ferner, daß nicht durch einen Ausfall der Hypophysenfunktion, sondern durch eine Hyperfunktion des Hirnanhanges die akromegalischen Erscheinungen veranlaßt werden müssen. Ebenso wie nachgewiesen erscheint, daß auch für die akromegalischen Veränderungen an den Extremitäten die Hyperfunktion der Hypophyse allein verantwortlich ist.

Mein Fall beansprucht ferner großes therapeutisches Interesse, indem er erweist, daß durch Entfernung des Hypophysentumors nicht

nur die vom Tumor ausgehenden Drucksymptome, also die mechanische Schädigung des Gehirns und der Sehnerven, sondern auch die schwere, wie wir wissen sonst fast sicher zum Tode führende Allgemeinerkrankung der Akromegalie operativ beeinflußbar ist. Die Berechtigung des Eingriffes auch von diesem Standpunkt erscheint mir fortan erwiesen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

H. Borchardt (Berlin) demonstriert einen jungen Mann, bei dem er vor ca. 2 Monaten einen Hypophysistumor operiert hat.

Enorm starke Kopfschmerzen und die typischen Sehstörungen veranlaßten die Operation; der Plan war, in zwei Zeiten von vorn, d. h. von der Stirn her, die Hypophyse freizulegen; das mißlang; sehr starke Blutung der mit dem abnorm tief herabreichenden Sinus longitudinalis kommunizierenden Knochenvenen zwang zur Unterbindung des Sinus longitudinalis, zur sofortigen Durchschneidung der Dura und zur einzeitigen Operation. Nach Erhebung des Stirnhirns konnte man zwar bis an die Hypophysengegend heran, die Übersicht aber war ungenügend, der Blutverlust zu groß, so daß die Exstirpation nicht forciert werden konnte.

In einem zweiten Akt wurde nach Schloffer von der Nase aus operiert; da gelang es verhältnismäßig leicht, Stücke der Geschwulst zu entfernen; radikal ist sie nicht exstirpiert worden.

Der Erfolg war zufriedenstellend; Pat. ist die sehr quälenden Kopfschmerzen los und hat auch die maniakalischen Anfälle verloren, die er vor der Operation hatte. (Selbstbericht.)

v. Eiselsberg (Wien): Im Anschluß an die interessante Mitteilung Hochenegg's möchte ich mir erlauben, in Kürze über drei Fälle von Operation wegen Hypophysentumors zu berichten, welche ich in der zweiten Hälfte des Januar 1907 vorgenommen habe.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 20jährigen Kommis, welcher seit Jahren von den DDr. Frankl-Hochwart und Fröhlich beobachtet worden war, und bei welchem auf Grund von anhaltendem Kopfschmerz, einer doppelseitigen Hemianopsia temporalis und endlich einer Adipositas mit gleichzeitigem Zurückbleiben des Genitale die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen Tumor der Hypophyse gestellt wurde, welche Diagnose durch das Röntgenbild nur noch gefestigt wurde.

Ich habe bei dem Pat. am 21. Januar 1907 die Operation ausgeführt und dabei eine Cyste entsprechend der Hypophyse bloßgelegt. Die Untersuchung der Cystenwandung ergab, daß es sich anscheinend um ein Epithelialkarzinom handelte.

Interessant war nun, daß bei diesem Pat. der Kopfschmerz aufgehört hat, die Sehstörung wesentlich zurückgegangen und der Pat. mit dem Resultat vollkommen zufrieden ist. Auch hat die Fettsucht etwas abgenommen. Jetzt, mehr als 3/4 Jahre post operationem, fühlt sich Pat. vollkommen wohl.

Der zweite operierte Fall betrifft einen Pat. mit typischen Erscheinungen von Akromegalie:

33 Jahre alte Frau. Vor 8 Jahren, als sie zum ersten Male schwanger war, bemerkte sie Vergrößerung von Händen und Füßen, sowie des Gesichtes. Seit vielen Jahren Sehstörung beider Augen und Zunahme von Kopfschmerz.

Typische Akromegalie. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes ergibt bitemporale Hemianopsie. Das Röntgenbild ergibt eine ganz wesentliche Erweiterung des Türkensattels. Es bestand eine starke Hyperplasie der Rachenmandeln mit chronischem Katarrh.

Zunächst wurde mit Rücksicht auf diesen letzterwähnten Umstand von einer Operation Abstand genommen und Pat. entlassen. Nach kurzer Zeit erschien jedoch die Pat. abermals in der Klinik, mit der Bitte, operiert zu werden.

Ich machte die Operation am 19. Dezember 1907 und gelangte auch entsprechend der Hypophyse in eine große, von Tumor erfüllte Höhle, aus der zahlreiche Tumorbröckel entfernt wurden.

Im Anschluß daran entwickelte sich eine foudroyante Meningitis, der Pat. am 2. Tage nach der Operation erlag.

Die Sektion ergab, daß ein ausgedehnter, nach der Schädelbasis zu gelegener Hirntumor vorhanden war, der bis in die Gegend des Stirnlappens sich erstreckte, und von dem bloß der Teil, welcher gerade der Sella turcica entsprochen hatte, entfernt war. Es handelte sich um ein sehr zellreiches Sarkom, welches wohl als vollkommen inoperabel zu bezeichnen war.

Im dritten Falle handelte es sich um einen 26jährigen Bauzeichner, der seit 2 Jahren an Kopfweh und Sehstörungen litt, welche mit Schwindelanfällen einhergingen, so daß er zu Boden stürzte. Im Laufe der letzten Zeit steigerte sich das Kopfweh ganz enorm.

Die Augenuntersuchung ergab eine temporale Hemianopsie links und Atrophie des Sehnerven auf der rechten Seite.

Das Röntgenbild zeigte wieder entsprechend der Hypophysengegend eine wesentliche Erweiterung.

Bei dem Pat. ist am 20. Dezember 1907 die Operation gemacht und ein Tumor aus der Gegend der Hypophyse entfernt.

Der Erfolg war bloß insofern ein günstiger, als die Kopfschmerzen nachließen, aber der Gesichtssinn, solange sich Pat. in der Klinik befand, bis gegen Mitte März, noch nicht sich besserte. Erst Ende April zeigte sich eine Besserung. Mikroskop. Diagnose: Sarkom.

In allen drei von mir operierten Fällen handelte es sich um maligne Tumoren der Hypophysis. Zweimal überlebten die Pat. den Eingriff, einmal ging die Pat. an foudroyanter Meningitis basilaris zugrunde. Ich habe mich in diesem Fall, trotz der Warnung der Herren von der Kehlkopfklinik, zu früh zur Operation verleiten lassen, zu einer Zeit, als noch ein Katarrh der Nasenwege bestand, welcher wohl die foudroyante Entzündung erklärt.

Was die Technik betrifft, so habe ich jedesmal durch Aufklappung der Nase von vorn her mit Stimmgabelschnitt operiert und dann noch die Vorderwand der Stirnhöhle ganz weggenommen, wodurch immer Entstellungen zustande gekommen sind, die sich, wie der vorgestellte Fall Hochenegg's beweist, durch temporales Aufkippen vermeiden läßt. Jedenfalls hat aber dieser schon von Schloffer kürzlich gemachte Vorschlag, der dann von Tandler und Moscovits weiter ausgebildet wurde, einen sehr guten Einblick gewährt, und ich habe jedesmal bei hängendem Kopf den größten Teil der Operation beendet. Ich möchte auch an dieser Stelle erwähnen, daß ich erst nach wiederholten operativen Versuchen an der Leiche, wobei mir Prof. Tandler hilfreich zur Seite stand, an die Ausführung der Operation am Lebenden geschritten bin.

Jedenfalls scheinen mir diese drei Fälle zu beweisen, daß der Eingriff gegen die Hypophyse ausführbar ist, und daß er dort, wo es sich um einen gutartigen Tumor handelt, und daher Heilung verspricht — das entnahmen Sie wohl aus dem vorgestellten Hochenegg'schen Falle — indiziert ist und Dauerheilung verspricht, was in meinen drei Fällen nicht zu gewärtigen ist.

Immerhin ist das Resultat bei dem ersten von mir operierten Falle, welcher schon $^{3}/_{4}$ Jahr anhält, einiger Beachtung wert.

Trotzdem glaube ich, daß dieser Eingriff nicht oft ausgeführt werden dürfte. Meine Fälle waren insgesamt maligne Tumoren. Da Hypophysentumoren oft noch mit Diabetes kombiniert sind, ist dieses ein weiterer Grund der Einschränkung der Indikation.

(Selbstbericht.)

König (Altona) berichtet über seine vor 10 Jahren angestellten Versuche, die Hypophysis vom Rachen aus anzugehen.

Boerner (Rastatt).

---

39) **Eckstein** (Berlin). Eine neue Plastik bei Verlust der Nasenspitze.

Die jetzt 20jährige gesunde Pat. kam mit einem Angiom auf der Nasenspitze zur Welt, das mit dem Thermokauter so gründlich zerstört wurde, daß die Nasenspitze mit verloren ging. Das Nasenprofil stellte einen flachen, in die zu kurz geratene Oberlippe verlaufenden Bogen dar, die Nasenflügel bzw. deren Reste verliefen schräg nach unten. — Zunächst wurde durch Hartparaffininjektion am unteren Ende des restierenden Nasenrückens sowie oben am Übergang zur Stirn ein gerades Nasenprofil geschaffen und dadurch der Nasenrücken um $^{1}/_{3}$ verlängert. Dann wurde der linke Nasenflügel in der Flügelfurche von der Backe abgelöst, von der Schnittfläche aus wurde aus seiner ganzen Dicke ein Dreieck mit vorderer Spitze herausgeschnitten, so daß nur noch der Rand des Flügels im Zusammenhang mit dem Rücken übrig blieb; dieser Rand wurde nun hinaufgeschoben und angenäht, wodurch er eine horizontale, normale

Stellung bekam. In derselben Weise wurden der andere Nasenflügel und das Septum, mithin die ganze Nasenbasis nach oben verschoben, wodurch das untere Ende des Nasenrückens zur Spitze wurde. Der Erfolg war gut, die Nase macht einen nahezu normalen, gänzlich unauffälligen Eindruck, die Narben sind in der Flügelfurche erst in nächster Nähe sichtbar, die Haut ist völlig normal.

Anstatt daß also, wie bei allen sonstigen Methoden, der Defekt durch eine Lappenplastik mit ihren sattsam bekannten Nachteilen ersetzt wurde, ist er hier durch einen zweiten Defekt mit wesentlich besseren Resultaten ausgeglichen worden. (Selbstbericht.)

Hals.

40) J. **Dollinger** (Budapest). Die subkutane Entfernung tuberkulöser Lymphknoten des Halses, des Nackens und der Submaxillargegend.

D. referiert über die Erfahrungen, welche er mit seiner Methode der subkutanen Entfernung tuberkulöser Lymphknoten des Halses in letzter Zeit machte. Die Methode wurde im Jahre 1904 Bd. LXXII der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie samt den anatomisch-topographischen Tafeln veröffentlicht. D. hat die Operation bisher insgesamt an 200 Halsseiten von 158 Pat. ausgeführt. Davon entfallen 25 Fälle auf seine Assistenten. Das Wesen der Operation ist, daß die genannten Lymphknoten von einem 6 cm langen Schnitt aus entfernt werden, welcher am Nacken, 1 cm von dem behaarten Teile gegen die Mittellinie liegt, mithin von den Haaren bedeckt ist. Pat. wird hochgelagert, der Operateur sitzt unter dem Kopfe und beleuchtet die Wundhöhle von unten her. Das Blut fließt dabei beständig aus der Wunde heraus. Die Blutung ist übrigens gewöhnlich unbedeutend, da zu den Lymphknoten stumpf vorgedrungen wird. Diejenigen Lymphknoten, die unter dem oberen Ende des Kopfnickers liegen, umgeben den N. accessorius, der geschont werden muß. Bei den Lymphknoten der Submaxillargegend wird die Tasche der Speicheldrüse bei Beleuchtung mit dem Skalpell gespalten, nachdem vorher die Vena facialis antica beiseite geschoben wurde. Sind diese Knoten groß, so ist sie obsolet. Die tiefen Lymphknoten des Halses liegen entlang der Vena jugularis. Sie werden mit der Hakenzange in die Wunde gezogen und von der Vene vorsichtig abgelöst, was gewöhnlich leicht zu bewerkstelligen ist.

Die Lymphknoten der Cervicalgegend ziehen manchmal bis zu dem unteren Ansatz des Kopfnickers und bis in die Schlüsselbeingrube herab. Da sie in lockeres Bindegewebe eingelagert sind, können sie mit der Hakenzange mit einiger Mühe, namentlich wenn der Kopf des Kranken stark gegen die kranke Seite herabgebeugt wird, in die Nähe der Wunde gezogen und hier ausgelöst werden. Früher ent-

fernte sie D. zuweilen von einem besonderen Schnitte aus, in letzter Zeit gelang es ihm aber fast immer, sie von der oberen Wunde aus zu entfernen. Die Lymphknoten sind meistens bereits verkäst und zerreißen bei der Entfernung. In 7 Fällen waren sie bereits in tuberkulöse Abszesse umgewandelt, und der Eiter überflutete die ganze Wundhöhle. Werden die käsigen Teile und der tuberkulöse Eiter gut ausgewischt, so hindert das die Heilung p. p. nicht.

Sämtliche 7 Fälle, in denen Abszesse vorhanden waren, heilten ohne Eiterung. Reiner, übrigens nicht infizierter tuberkulöser Eiter, gut ausgewischt, hindert die Heilung nicht. Fälle, in welchen über den Lymphknoten die Haut bereits gerötet oder fistulös ist, eignen sich für diese Methode nicht mehr. Wegen Blutung war D. insgesamt in 3 Fällen genötigt, für einige Tage die Wundhöhle zu tamponieren, worauf dann die Operation beendet wurde. Gegen ein Rezidiv schützt die Operation ebensowenig wie die offene Entfernung dieser Lymphknoten. Bei einigen Kranken, die sich früh meldeten, bevor die Knoten abszedierten, wurde die Operation auf derselben Seite wiederholt ausgeführt, bei einer jungen Dame auf derselben Seite 2mal, auf der anderen 1mal. Alle 3mal Heilung p. p. Von den 200 Halsseiten, die D. bisher bei 158 Kranken operierte, heilten 167 p. p. In 33 Fällen bestand kurze Zeit nach der Operation etwas Eitersekretion. In diesen Fällen wurde an der tiefsten Stelle der Wundtasche mit dem Tenotom eine kleine Gegenöffnung angelegt und ein ganz dünnes Drainrohr für einige Tage eingelegt. Es blieb an dieser Stelle nur eine punktförmige Narbe. Zu einer phlegmonösen Entzündung kam es in keinem Falle. Sämtliche Pat. sind geheilt. Die Operation wurde bisher sehr wenig beachtet, weil ihre Ausführung, namentlich anfangs, bis sich der Operateur darauf eingeschult hat, recht schwer ist. In Deutschland hat sie Prof. Bier, in Chicago J. Frank mit gutem Erfolg in mehreren Fällen ausgeführt. D. betont nochmals die technischen Schwierigkeiten, mit denen der Operateur anfangs zu kämpfen hat, die Verschonung von einer entstellenden Narbe wird aber von den Kranken immer sehr hoch geschätzt, und D. empfiehlt deshalb die Operation auch auf Grund seiner neueren Erfahrungen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Most (Breslau) macht einen ziemlich tiefen seitlichen Querschnitt und räumt von diesem die Lymphdrüsen subkutan aus.

Boerner (Rastatt).

---

41) **T. Kocher** (Bern). Blutuntersuchungen bei Basedow.

K., der in den letzten Jahren bei 153 Basedowoperationen nur zweimal tödlichen Ausgang beobachtet hat und infolgedessen die Frühoperation bei dem Leiden fortdauernd empfiehlt, hat bei Blutuntersuchungen Basedowkranker die roten Blutkörperchen meist etwas vermehrt, die weißen dagegen stark vermindert gefunden, und ganz besonders die neutrophilen polynukleären, während die Lymphocyten

sogar etwas vermehrt erschienen. Das änderte sich mit der Operation: die Leukocytenzahl nahm ab, die der neutrophilen gelapptkernigen stark an Menge zu. Ein je umfangreicheres Kopfstück entfernt werden konnte, um so besser war die Prognose für die Heilung des Basedow.

Diskussion.

Hönnecken (Dresden) demonstriert Präparate von experimentell bei Kaninchen erzeugten Kröpfen. Er ist der Ansicht, daß jeder Basedowkropf einen Regenerationsvorgang nach voraufgegangener Insuffizienz der Schilddrüse darstelle. **Boerner** (Rastatt).

---

42) **Lauper** (Interlaken). Dilatations- und Radiumbehandlung des Speiseröhrenkrebses.

L. referiert über einen günstig beeinflußten Fall von Carcinoma oesophagi mittels Radiumbehandlung. Der 69jährige Pat. ist seit Herbst 1904 krank, seit Sommer 1905 in Behandlung und ißt heute, nach bald 4 Jahren seit dem Beginn des Leidens, wieder so ziemlich alles. Pat. fühlt sich vollständig wohl. Vor Beginn der Radiumbehandlung war der Kranke in ca $^1/_2$ Jahr um 50 Pfd. abgemagert; von diesen hat er seither wieder ungefähr die Hälfte eingeholt. Das Hindernis, an der Bronchuskreuzuug sitzend, war so eng, daß feinste Oliven nur mit Anwendung eines Kunstgriffes, d. h. nur unter heftigen Brechbewegungen mit großer Mühe passierten. Anfängliche recht mühsame Dilatationsversuche mit speziell konstruierten Sonden hatten nur einen verhältnismäßig geringen Wert. Erst nach Einleitung der Radiumtherapie fing Pat. an sich langsam zu erholen. Es wurden 0,003 Radiumbromid von 500,000 Aktivitäten eingeführt in anfänglich kurzen Sitzungen von 10 Minuten, später von 20—40 Minuten Dauer. Längere Sitzungen wurden nicht vertragen. Pat. klagte über Unbehagen und leichten Schmerz in der Sternalgegend. Die protrahierte Anwendung jedoch in kurzen Sitzungen wurde anstandslos vertragen. Das Hindernis besteht weiter, die Erkrankung scheint keineswegs behoben, wohl aber in der Entwicklung sehr wesentlich gehemmt, wobei es sich wahrscheinlich um eine oberflächliche Destruktion und eine sekundäre bindegewebige Durchwachsung und quasi Abkapselung der malignen Neubildung handelt. L. zieht daraus folgende Schlüsse:

1) Den Radiumsalzen kommt eine Einwirkung auf den Speiseröhrenkrebs zu.
2) Bei der Radiumbehandlung, die in richtiger Dosierung ungefährlich ist, empfiehlt sich mehr die protrahierte Anwendung in kurzen Sitzungen. (Selbstbericht).

Diskussion.

H. Küttner (Breslau): Ich möchte auch bei den tiefsitzenden Ösophaguskarzinomen, welche sich dem ösophagoskopischen, dem Son-

dierungs- und Röntgenbefunde nach in der Nähe des Zwerchfells befinden, dazu raten, vor einer eventuellen thorakalen Operation die Probelaparotomie zu machen. Diese Karzinome verbreitern sich weit mehr im Abdomen als im Thorax, und man kann, wie ich es einmal erlebt habe, bei der Probethorakotomie ein Karzinom für operabel halten, von dessen Inoperabilität ein Griff ins Abdomen ohne weiteres überzeugt hätte. Ich habe dann in drei Fällen bei solchen in Zwerchfellnähe sitzenden Ösophaguskarzinomen die Probelaparotomie vorausgeschickt und dabei stets Tumoren gefunden, welche weit in der Magenwand und den abdominalen Drüsen vorgeschritten waren. Keine Untersuchungsmethode hatte uns über diese in der Tiefe der Zwerchfellaushöhlung sich abspielenden Veränderungen aufzuklären vermocht. Der kleine Laparotomieschnitt wird dann sofort zur Anlegung der Magenfistel benutzt. (Selbstbericht.)

43) v. **Hacker** (Graz). Über Resektion und Plastik am Halsabschnitt des Ösophagus wegen Karzinom.

Die Resektion am Halsteil der Speiseröhre wurde bis heute, auch bei der Hauptindikation dazu, dem primären Karzinom desselben, noch selten, etwa in ein Viertel Hundert Fällen ausgeführt, und sind die Resultate der Operation, sowohl was die unmittelbaren, als was die Dauererfolge betrifft, keine uns befriedigenden. Die primäre Mortalität beträgt 36%, ja wenn man einige späte Todesfälle als noch in Beziehung zur Operation stehend auffaßt, sogar 48%. Die Todesfälle können hauptsächlich auf die zu geringe Widerstrandskraft der Kranken und auf Infektionsprozesse in der Wunde und deren Folgen bezogen werden. Hinsichtlich der Dauererfolge wurden Fälle beobachtet, in denen der Tod an Rezidiv in 8, 9, 12, 15 Monaten auftrat. Das beste Resultat hatte bisher Czerny's erster Resektionsfall, der eben, 15 Monate danach, dem Rezidiv erlag[1]. Vortr. kann nun über einen von ihm im Oktober 1906 mit Resektion behandelten Karzinomfall berichten, in dem die Pat. bisher, also $1^1/_2$ Jahre, vom Rezidiv verschont blieb, bis Februar 1908 um 19 Kilo zugenommen hatte, sich völlig gesund fühlt und sich ausschließlich durch den den ganzen Halsteil ersetzenden neu gebildeten Hautösophagus auf natürlichem Wege ernährt. H. hat drei Ösophagusresektionen ausgeführt, eine bei Sarkom, zwei bei Karzinom des Ösophagus. Im letztoperierten wurde die Plastik nach seinem 1886 und 1887 nach den Tierversuchen angegebenen Plan völlig zu Ende geführt. Das Wesentliche und Neue an diesem Verfahren bestand darin, ein Rohrstück eventuell in seiner ganzen Zirkumferenz, nicht bloß einen

[1] Ein geheilter, 1901 von Hildebrand operierter Fall, den Kasansky in seiner Dissertation veröffentlichte, wurde als Pharynxkarzinom aufgefaßt und hier nicht mit berücksichtigt.

partiellen Wanddefekt eines Schleimhautkanals, vollständig durch die äußere Haut zu ersetzen. Sein erster Fall starb kurz nach der Operation an Herzschwäche. Die Resektion war mit der Bedeckung der Wunde durch Hineinlegen zweier seitlicher, rechteckiger Hautlappen, die zugleich die Hinterwand des Ösophagusdefektes ersetzten, also mit dem ersten Akt der Plastik, abgeschlossen worden. Im Sarkomfalle kam es nach diesem ersten Akt zur glatten Heilung, das rasche Rezidiv machte jede weitere Operation untunlich. Die dritte vor $1^1/_2$ Jahren operierte Pat. — zufälligerweise handelte es sich in allen drei Fällen um Frauen — machte eine Reihe von Operationen durch. Sie war in den Ferien, August 1906, in die Klinik gekommen. Es wurde zuerst eine Strumaoperation vorgenommen; auf die Struma waren die Schlingbeschwerden bezogen worden. Als dieselben danach blieben, wurde durch die ösophagoskopische Untersuchung Karzinom nachgewiesen. Im Anschluß an diese Untersuchung traten Erscheinungen einer Perforation am Halse auf. Die nach vorgängiger Gastrostomie ausgeführte Inzision am Halse erwies bereits eine von einer Perforationslücke ausgehende, bis unter das Jugulum reichende Eiterung. Die Operation wurde mit der Ösophagostomie beendet.

Erst nach Ausheilung der Phlegmone und nachdem sich Pat. entsprechend gekräftigt hatte, wurde im Oktober 1906 zur Resektion geschritten. Das Karzinom hatte die Nn. recurrentes umwachsen und war in den Kehlkopf gedrungen, der mitreseziert wurde. Vom ursprünglichen Ösophagotomieschnitte waren deshalb oben und unten Querschnitte nach rechts gemacht und ein rechteckiger Lappen gebildet worden. Dieser Lappen wurde nach Beendigung der Operation in die Wunde geschlagen und ersetzte so den resezierten Halsteil des Ösophagus in seiner hinteren Wand. Der obere Lappenrand wurde an die hintere Pharynxwand, der untere an die hintere Wand des in die Haut genähten Ösophagus angenäht und umsäumte überdies die etwas mehr rechts neben dem Ösophagus herausgenähte Trachea. Am Hals blieb außer Drainagelücken keinerlei offene Wunde nach der Operation zurück. Nach reaktionsloser Heilung konnte die Frau nach Einlegung eines Gluck'schen Gummitrichters, der Pharynx und Ösophagus verband, Flüssigkeiten ziemlich gut schlucken. Im Dezember wurde dann der zweite Akt der Plastik durchgeführt. Zur Bildung der vorderen Wand wurden zwei Türflügellappen, der kleinere rechts, der größere links, gebildet, durch Umschlagen mit der Epidermis nach innen und Vernähung ihrer Längsränder wurde das Hauptrohr nach vorn geschlossen; nach unten geschah dies durch die Vereinigung mit der angefrischten Ösophagusschleimhaut. Zur Bedeckung wurde hierauf jederseits ein rechteckiger Lappen mit lateraler Basis abpräpariert, von denen der rechte bedeutend größer genommen worden war, damit er, über das Hautrohr geschlagen, die Längsnahtreihe desselben überdeckte, was auch der Fall war. Die Ränder der beiden Lappen wurden unter fingerbreitem Abstand voneinander beide an

den linken Kopfnicker angenäht und miteinander durch Brückennähte verbunden. Mit dem unteren Rand des rechten Hautlappens wurde die Trachealmündung umsäumt. Schließlich waren, mit Ausnahme des freiliegenden Streifens des Kopfnickers, alle Wundflächen bedeckt und vereinigt. Nur die Pharynxöffnung und das obere Lumen des Hautösophagus, mit dem vorläufig der Decklappen vereinigt worden war, blieben frei. Erst in einem letzten Akt folgte, nach Anfrischung, die Vernähung vom Ösophagusrohr und Pharynx in der vorderen Zirkumferenz. Die Heilung erfolgte schließlich ohne jede bleibende Fistel.

Der Erfolg in dem Falle ist der denkbar beste. Die Frau ist völlig arbeitsfähig und spricht mit tonloser, aber verständlicher Pharynxstimme. Die Magenfistel war, nach Weglassung des Rohres, von selbst geheilt.

Da zu einer ausführlichen Besprechung nicht Zeit ist, wird im Anschluß an diesen Fall, und mit Rücksicht auf die vorliegenden Erfahrungen bei der Resektion, nur auf einige Punkte hingewiesen, welche dem Vortr. zur Besserung der unmittelbaren und der Dauererfolge von besonderer Wichtigkeit erscheinen:

Als Voroperation erscheint die Gastrostomie als von prinzipieller Wichtigkeit zur Vermeidung der Hauptgefahren der Operationt der Wundinfektion und Aspirationspneumonie. Sie gestattet den Kranken eventuell vor der Operation noch zu kräftigen. v. H. ha, sie als Voroperation vor Operationen am Hals mit Eröffnung des Speiserohres zuerst 1897, und zwar vor Eröffnung der Halsphlegmone nach Ösophagusperforation ausgeführt; auf die prinzipielle Bedeutung derselben als Voroperation haben dann insbesondere Quervain für die Resektion 1899 und Helferich 1900 im allgemeinen hingewiesen und nachher verschiedene andere Chirurgen. Die Gastrostomie erscheint dem Vortr. auch dazu von Wichtigkeit, um, wie er vorschlägt in Fällen, wo die Striktur noch für die dünnste Darmsaite durchgängig ist, durch die retrograde Durchführung eines an einen Faden gebundenen Bougie oder eines Drainrohrs die untere Grenze des Karzinoms, das ja meist stenosiert, zu bestimmen. Eine entsprechende Auswahl der geeigneten Operationsfälle vorausgesetzt, tritt v. H. für eine rücksichtslose Mitresektion bei Verwachsungen des Karzinoms mit Nachbarorganen, insbesondere dem Luftrohre, ein. Die Mitresektion am Luftrohre scheint häufiger notwendig zu sein, als sie bisher ausgeführt wurde. Es sind nicht die während der Ösophagusresektion absichtlich unternommenen Resektionen am Respirationstrakt, bei denen ja für eine zweckmäßige Ableitung der Sekrete desselben und gegen Schluckpneumonie Vorsorge getroffen werden kann, die so gefährlich sind — gerade diese Operationen verliefen günstig —; zu fürchten sind jedoch einerseits wegen der Gefahr der Wundinfektion, Verletzungen am Luftrohr mit nachfolgender Nekrose oder Undichtwerden genähter Risse usw., andererseits Ablösungen bei

festen Verwachsungen, wegen der Gefahr des Rezidivs, das wiederholt von solchen Stellen ausging.

Ein Punkt, der bisher noch nicht berücksichtigt wurde, sind die regionären Lymphdrüsen bei der Resektion des Karzinoms des Halsösophagus. Es kommen zwei Gruppen in Frage; die Glandul. cervic. proff. supp. werden wohl bei der gründlichen Exstirpation, als nahe am Ösophagus liegend, mitzuentfernen sein; dagegen muß man, nach den heutigen Grundsätzen der Karzinomoperation, für künftige Fälle auch die Entfernung der supraclavicular, im Winkel zwischen V. jugal. int. und V. subclavia, liegenden zweiten Gruppe, der Glandul. cervic. proff. inf., verlangen.

Zum Schluß wird in bezüg auf die Technik, die ja im allgemeinen ziemlich klar vorliegt, nur der Punkt der Wundversorgung nach der Resektion besprochen. Meist wurde der untere Ösophagusstumpf herausgenäht und die Wunde sorgfältig tamponiert, eventuell mit besonderem Pharynx- und Mediastinaltampon. Unter Umständen werde man allerdings in dieser Art vorzugehen genötigt sein.

Im allgemeinen hält v. H. nach sorgfältigem Schutz der Wunde vor Infektion während der Operation, durch Tamponade, die primäre Wundbedeckung mit Haut für das beste, um das Zellgewebe, namentlich des retroösophagealen Raumes, gegen Eindringen von Mund-Rachen- und Wundsekret zu schützen. Dadurch wird zugleich der erste Akt seiner Plastik, nämlich die Bildung der hinteren Ösophagusrinne, vollzogen. Ein solcher Pat. ist, wenn er auf die eigentliche Plastik noch warten muß, besser daran, als nach der Tamponade. Er kann auch mit einem, Pharynx und Ösophagus verbindenden, Rohr Flüssigkeiten schlucken. Der Vortr. ist gleichfalls dafür, nach der Resektion ein etwa rasch auftretendes Rezidiv abzuwarten. Diese Art der Wundversorgung stellt im allgemeinen keine irgend in Betracht kommende Komplizierung der Operation dar. Zu einer eingreifenderen Operation am Ösophagus, bzw. am Larynx (falls die Ösophagusresektion eine sekundäre wäre), pflegt man ausgiebige Schnitte, zumal entweder den Ösophagotomieschnitt, oder einen Medianschnitt und, um mehr Platz zu bekommen, von den Enden derselben eventuell Querschnitte zu machen. Diese Schnitte eignen sich sehr gut zu der von v. H. angestrebten Wundbedeckung. Auf die im Einzelfall sich ergebenden Modifikationen der Dermato-Ösophagoplastik und ihrer Akte kann hier nicht weiter eingegangen werden. (Selbstbericht.)

Diskussion zu 42 u. 43.

H. Küttner: M. H.! Ich möchte mir erlauben, Ihnen hier ein Karzinom des Halsteiles vom Ösophagus zu zeigen, welches ich bei einer 41jährigen Frau durch Resektion gewonnen habe. Die Sonde stieß 15 cm hinter der Zahnreihe auf ein Hindernis, die Ösophago-

skopie ergab in gleicher Höhe ein Karzinom, welches durch Probeexzision sichergestellt wurde. Operation in steiler Schräglage mit gesenktem Kopf. Ausräumung der Lymphdrüsen auf beiden Seiten des Halses, Exstirpation der linken Schilddrüsenhälfte, Freilegung des dicht über dem Jugulum fühlbaren Tumors. Der Ösophagus ließ sich allseitig stumpf isolieren, nur vom Kehlkopf mußte er scharf getrennt werden. Der linke Recurrens vagi wurde zunächst durch mediale Verlagerung geschont, konnte aber schließlich doch nicht erhalten werden. Bei der weiteren Operation wurde dann auf die gewöhnlichen Gefahren der Ösophagusoperation Rücksicht genommen, auf die Schluckpneumonie, die Nachblutung und die eitrige Mediastinitis. Die Infektion des lockeren Zellgewebes am Hals und im Mediastinum suchte ich dadurch zu vermeiden, daß ich den Ösophagus allseitig auslöste, ehe ich ihn durchtrennte, ferner dadurch, daß die Durchtrennung nach unten zwischen zwei Ligaturen mit dem Thermokauter vorgenommen und das geschlossene, sich stark in die Tiefe zurückziehende untere Ösophagusende durch eine Lappenplastik an der Haut fixiert wurde. An dieser Stelle scheint am Präparat die Abtragung sehr nahe am Karzinom vorgenommen zu sein, es ist aber durch die Ligierung und Kauterisation noch ein $1^1/_2$ cm breiter Ring ausgefallen. Am oberen Ende war die Durchtrennung zwischen Ligaturen unmöglich, da das Karzinom zu weit hinaufreichte; es mußte der Pharynx breit eröffnet werden. Um die Pharynxsekrete von der Wunde abzuhalten, wurde durch Lappenplastik aus beiden Halsseiten eine vollkommen geschlossene Röhre gebildet, welche Schleim und Speichel auf die intakte seitliche Halswand ableitete. Als weitere Sicherungsmaßnahmen dienten die teilweise Tamponade mit Gaze, welche zwecks schnellerer Ausbildung von Verklebungen in Lugol'sche Lösung getaucht war, ferner das Fortlassen jedes eigentlichen Verbandes, der nur in Gestalt einer dünnen, nach jeder Durchfeuchtung erneuerten Gazeschicht angelegt wurde, und schließlich die Beibehaltung der steilen Schräglage 8 Tage nach der Operation, eine wichtige Maßnahme, welche auch der Schluckpneumonie am wirksamsten vorbeugt. Die Nachblutung wurde durch die sorgfältige Ableitung der Sekrete und die Vermeidung jeder Ernährungsmanipulation am Halse verhütet. Zu diesem Zweck wurde 8 Tage lang per rectum ernährt und dann die Gastroenterostomie gemacht. Die Vorausschickung der Gastroenterostomie wurde unterlassen, da bei der beabsichtigten steilen Schräglage des Körpers die in den Magen eingeführte Nahrung am Halse wieder herausgeflossen wäre, wie wir nachträglich auch leicht feststellen konnten. Die Operation wurde sehr gut überstanden, aber das Endresultat ist doch nicht günstig gewesen. Es trat ein Rezidiv im Larynx auf, dessen Operation verweigert wurde, so daß wir schließlich tracheotomieren mußten. Die Pat. lebt heute noch, 10 Monate nach der Operation, und sieht auffallend gut aus, aber sie hat ein großes, jetzt nicht mehr operables Rezidiv. Ich glaube, daß wir auch an dem Ösophaguskarzinom am Hals, welches ja auffallend häufiger

als das tiefsitzende bei Frauen vorkommt, wenig Freude erleben werden. Bisher sind alle Operationen von Rezidiven gefolgt gewesen.

(Selbstbericht.)

Körte (Berlin) hat zweimal wie v. Hacker den Halsteil des Ösophagus reseziert mit Fortnahme des Kehlkopfes und Bildung eines neuen Speiserohres aus der Haut. Beide Pat. starben bald darauf an Rezidiv.

Hofmeister (Stuttgart) berichtet über zwei Fälle, in denen er den Halsteil des Ösophagus unter Fortnahme des Kehlkopfes reseziert hat. Ferner beobachtete er einen Fall, in welchem Kardiospasmus diagnostiziert worden war, bei dem sich aber eine scharfwinkelige Knickung des Ösophagus, anscheinend nach Pleuritis, durch die Ösophagoskopie feststellen ließ.

Boerner (Rastatt).

Lotheissen (Wien) weist auf die Bedeutung der Ösophagoskopie hin, wo Verdacht auf Kardiospasmus besteht. Mehrmals sah er Fälle, die von Internen und Neurologen als Kardiospasmus behandelt worden waren, bei denen die Ösophagoskopie aber beginnendes Karzinom ergab. Bei Fällen von Kardiospasmus mit Ektasie sieht man meist den weiten, faltenreichen Ösophagus in der Tiefe krampfhaft abgeschlossen. Einmal beobachtete L. einen Krampf, der zeitweise nachließ, sonst sah man nichts. Als der bejahrte Kranke 2 Jahre später an einer anderen Krankheit gestorben war, fand sich bei der Obduktion ein tiefsitzendes, kaum kirschgroßes Divertikel, dessen Eingang schlitzförmig und auch an der Leiche kaum sichtbar war.

Die Röntgenuntersuchung erscheint wichtig, weil man oft erst dann die Höhe des Spasmus bestimmen kann, der nicht selten am Hiatus oesophageus sitzt. Manchmal findet man nämlich weder mit der Sonde noch bei der Ösophagoskopie ein Hindernis. Bei einem 7jährigen Kinde, das seit seinem 10. Lebensmonat an Schlingbeschwerden litt, ging die Sonde anstandslos bis in den Magen; sowie das Kind etwas aß, trat der Krampf auf. Auf dem Röntgenschirm sah man deutlich (mit Wismutbrei) die Stenose am Hiatus und lebhafte Peristaltik der Speiseröhre. Nach ein paar Sekunden sah man erst tropfenweise, dann im Strahl die Speisen in den Magen spritzen, nach mehreren Minuten entleerte sich alles. Obwohl das Kind mit 12 Monaten eine schwere Diphtherie durchgemacht hat, kann man diese nicht als Ursache ansehen, da die Beschwerden schon 2 Monate vorher bestanden. Auch hier wurde Ballondilatation versucht mit rasch vorübergehendem Erfolg. Zu einem größeren Eingriff gaben die Eltern aber nicht ihre Einwilligung.

(Selbstbericht.)

---

44) **G. Gottstein** (Breslau). Die Therapie des chronischen Kardiospasmus.

G. berichtet zunächst über die bisherigen Versuche, den chronischen Kardiospasmus therapeutisch anzugreifen. Er geht ausführ-

lich auf die von Reisinger auf dem vorjährigen Chirurgenkongreß empfohlene Resektion der Speiseröhre ein und bezeichnet diese Methode als eine viel zu eingreifende.

Weiterhin bespricht er die therapeutischen Versuche von Mikulicz's behufs Heilung dieses Leidens. v. Mikulicz ging operativ von der Bauchhöhle aus vor, eröffnete den Magen und dehnte von hier aus die Cardia mittels einer Zange. Auf diese Weise wurden von 6 Fällen 2 geheilt, 1 gebessert. Die Nachuntersuchungen dieser Fälle haben ergeben, daß sie auch jetzt noch in gleicher Weise als geheilt zu betrachten sind. In einem siebenten Falle zog v. Mikulicz nach dem Vorschlag von Henle einen Gummiballon durch die Cardia hindurch, nachdem er vorher den Magen eröffnet hatte. In diesem Falle kam es zu einer »subjektiven« Heilung. In einem achten Falle eröffnete v. Mikulicz das Abdomen nicht mehr, sondern zog nur einen Ballon durch die Cardia hindurch. Diese letzte Methode hatte nur einen Erfolg von 3 Tagen. Sie erwies sich außerdem als gefährlich, da eine Invagination der Cardia in den Ösophagus während des Hindurchziehens des Ballons zustande kam. Aus diesem Grunde verwarf v. Mikulicz diese Methode. Auch die von v. Mikulicz & G. konstruierten Metallinstrumente zur Dehnung von oben werden als zu gefährlich zurückgewiesen.

G. berichtet über eine neue Methode der Dehnung der Cardia in situ, die im Gegensatz zur Henle'schen Methode des Durchziehens eines Ballons, sich an die Methode von Rosenheim, Strauss und Wilms anlehnt. G. geht in der Weise vor, daß er einen in besonderer Weise konstruierten Gummiballon in die Cardia einlegt und nachher durch Wasser ausdehnt. Die Idee des Einlegens eines widerstandsfähigen Stoffes zwischen zwei Gummiballons behufs Verhinderung des Ausweichens des Ballons stammt von Stabsarzt Geissler. Für den praktischen Gebrauch hat G. die Sonde vielfach verändern müssen, da sie in ihrer ursprünglichen Form nicht brauchbar war. G. hat in dieser Weise sechs Fälle behandelt. Im ersten derselben benutzte er zunächst die Henle'sche Methode, die zwar eine Besserung, aber keine Heilung erzielte. Auch der ursprüngliche Gummiballon nach Geissler führt nicht zum Ziel. Mit der veränderten Dilatationssonde hat G. im Laufe von $2^1/_4$ Jahren in 6 Fällen 4mal eine vollständige — objektive — Heilung, in 2 Fällen eine subjektive erzielt. G. versteht unter objektiver Heilung eine solche, bei der sich im Ösophagus ein Residualbestand nicht mehr nachweisen läßt, unter subjektiver Heilung eine Besserung der Beschwerden, bei der sich aber noch ein Residualbestand im Ösophagus findet, ohne daß Erbrechen eintritt. Von den zwei Fällen, in denen bisher eine objektive Heilung noch nicht erzielt ist, ist in dem einen eine forcierte Dehnung noch nicht vorgenommen, in dem anderen erst zweimal leicht gedehnt worden. Ein besonderer Vorteil der Methode liegt darin, daß man sie ohne operativen Eingriff mehrmals wiederholen kann, daher nicht bald bei der ersten Dehnung ad maximum vorzugehen braucht. Die v. Mikulicz'sche

operative Methode wird auch weiterhin ihre Bedeutung für diejenigen Fälle behalten, bei denen eine Passage der Sonde durch die Cardia nicht mehr möglich ist.

G. stellt zwei Pat. vor, die durch forcierte Dauerdehnung mit der Dilatationssonde völlig geheilt worden sind. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Czerny (Heidelberg) demonstriert einen Apparat zur Dilatation der Cardia bei Kardiospasmus. **Boerner** (Rastatt).

Lotheissen (Wien) weist auf die Bedeutung der Ösophagoskopie hin, wo Verdacht auf Kardiospasmus besteht. Mehrmals sah er Fälle, die von Internen und Neurologen als Kardiospasmus behandelt worden waren, bei denen die Ösophagoskopie aber beginnendes Karzinom ergab. Bei Fällen von Kardiospasmus mit Ektasie sieht man meist den weiten, faltenreichen Ösophagus in der Tiefe krampfhaft abgeschlossen. Einmal beobachtete L. einen Krampf, der zeitweise nachließ, sonst sah man nichts. Als der bejahrte Kranke 2 Jahre später an einer anderen Krankheit gestorben war, fand sich bei der Obduktion ein tiefsitzendes, kaum kirschgroßes Divertikel, dessen Eingang schlitzförmig und auch an der Leiche kaum sichtbar war.

Die Röntgenuntersuchung erscheint wichtig, weil man oft erst dann die Höhe des Spasmus bestimmen kann, der nicht selten am Hiatus oesophageus sitzt. Manchmal findet man nämlich weder mit der Sonde noch bei der Ösophagoskopie ein Hindernis. Bei einem 7jährigen Kinde, das seit seinem 10. Lebensmonat an Schlingbeschwerden litt, ging die Sonde anstandslos bis in den Magen; sowie das Kind etwas aß, trat der Krampf auf. Auf dem Röntgenschirm sah man deutlich (mit Wismutbrei) die Stenose am Hiatus und lebhafte Peristaltik der Speiseröhre. Nach ein paar Sekunden sah man erst tropfenweise, dann im Strahl die Speisen in den Magen spritzen, nach mehreren Minuten entleerte sich alles. Obwohl das Kind mit 12 Monaten eine schwere Diphtherie durchgemacht hat, kann man diese nicht als Ursache ansehen, da die Beschwerden schon 2 Monate vorher bestanden. Auch hier wurde Ballondilatation versucht mit rasch vorübergehendem Erfolg. Zu einem größeren Eingriff gaben die Eltern aber nicht ihre Einwilligung. (Selbstbericht.)

---

45) **Voelcker** (Heidelberg). Über Exstirpation der Cardia wegen Karzinom.

Der Vortr. berichtet über drei Fälle von Exstirpation der Cardia wegen Karzinom, von denen eine zu einem vollkommenen Erfolg, zwei zu Mißerfolg führten. Es handelte sich in den drei Fällen um Karzinome, die primär an der Cardia saßen und deren Hauptsymptom Schluckbeschwerden waren. Sie waren sämtlich für die Schlundsonde undurchgängig. Das Hindernis saß in dem einen Falle (64jährige Frau)

bei 46, in dem zweiten (50jähriger Mann) bei 41, in dem dritten (60jähriger Mann) bei 48 cm.

Als Bauchschnitt wählt man am besten einen medianen Längsschnitt, der hoch oben am Proc. ensiformis beginnt und 8—10 cm lang ist. Durch ihn orientiert man sich über die Größe des Tumors, über Drüsenschwellungen, Lebermetastasen, Beziehung zum Zwerchfell, kurz über die Operabilität des Tumors. Entschließt man sich zur Radikaloperation, so setzt man auf den ersten Schnitt noch einen zweiten, der parallel dem Rippenbogen, ca. 2—3 cm unterhalb desselben zur Axillarlinie verläuft. Entsprechend dem Vorschlage Marwedel's wird neben dem Proc. ensiformis die 6. und 7. Rippe in ihrem Knorpelteil eingekerbt, event., wenn das nicht genügt, in der Axillarlinie von eigenen kleinen Schnitten aus die 9., 8. und 7. Rippe subperiostal durchtrennt. Dadurch wird der Rippenbogen so weit mobil, daß er sich von einem Assistenten in die Höhe halten läßt.

Der Pat. wird am besten so gelagert, daß die Zwerchfellgegend den höchsten Punkt bildet und sowohl der Oberkörper als auch das Abdomen mit den Beinen abschüssig liegen. Dadurch erleichtert man sich das Operieren in der Tiefe sehr.

Wichtig ist es, sich vor der Operation ungefähr über die Operabilität des Tumors zu informieren. Das gelingt zum Teil durch Bismutfüllung und Röntgenphotographie. In dem einen Falle konnte man auf diese Weise sehr schön feststellen (Beobachtung der medizinischen Klinik Heidelberg), daß der Ösophagus, etwas dilatiert, bis 1,5 cm unterhalb des Zwerchfells herabreichte, und daß durch die anschließende Stenose des Bismutbrei als feiner Faden sich fortsetzte. In einem anderen Falle konnte man sich an einem verschluckten Gummischlauche, der mit Quecksilber gefüllt war, über den Stand der Cardia orientieren.

Zu betonen ist, daß sich der Ösophagus jedesmal sehr leicht aus der Brust hervorziehen ließ, wenn man ihn aus dem Hiatus des Zwerchfells durch vorsichtige Schnitte ausgelöst hatte. Bei dem Vorziehen spannen sich die Nervi vagi als sicht- und fühlbare Stränge an und lassen sich unter Kontrolle des Auges durchtrennen; der linke liegt mehr nach vorn, der rechte mehr nach hinten. Ein Einfluß der Vagusdurchschneidung auf Herztätigkeit oder Atmung wurde nicht beobachtet.

Der wichtigste und schwierigste Teil der Operation ist die Naht. Die Verwendung des Murphyknopfes ist zu widerraten. Er wurde in dem zweiten Falle, bei dem die mit dem Tumor verwachsene Milz zugleich mitexstirpiert wurde, zur Einpflanzung des Ösophagus in die hintere Magenwand (End-zu-Seit) angewandt. Der Verlauf war die ersten 8 Tage günstig, dann begannen Zeichen von Nahtinsuffizienz, am 11. Tage mußte der Knopf aus der Wunde herausgezogen werden, es flossen dann sowohl die verschluckten Flüssigkeiten als Duodenalinhalt zu der Bauchwunde heraus, und der Pat. starb trotz sorgfältiger Pflege und Ernährung durch eine Jejunostomie am 24. Tage an

Erschöpfung. Hätte man die Vereinigung statt mit dem Murphyknopfe mit einer exakten Naht bewerkstelligt, so wäre wahrscheinlich ein positiver Erfolg der Operation trotz der komplizierenden Milzexstirpation zu verzeichnen gewesen.

Der Knopf kann nicht zur Heilung führen, weil an dem Ösophagus der Peritonealüberzug fehlt, der die Verklebung vermittelt. An der Muskulatur, aus der die äußere Schicht des Ösophagus besteht, erzeugt der Knopf lediglich eine Nekrose, mit deren Demarkation der Knopf sich löst und die Teile wieder auseinander weichen. Der einzig richtige Weg ist eine exakte, zweireihige Naht. Die Schwierigkeit ist dabei nur die, daß der Ösophagus sich nach der Durchtrennung wieder in die Brusthöhle zurückzieht. Man muß auf irgend eine Weise dafür sorgen, daß an dem Ösophagus wenigstens so lange gezogen wird, bis die Naht zur Hälfte fertig gestellt ist. In dem ersten Falle wurde der Ösophagus während der Nacht zunächst mit dem Tumor in Verbindung gelassen, so daß ein dauernder Zug ausgeübt werden konnte, und unter allmählicher Durchtrennung schrittweise von hinten beginnend die zweireihige Naht angelegt. Es bildete sich zwar eine Fistel, die aber wieder heilte, so daß die Pat. nach 8 Wochen in sehr gutem Zustande entlassen werden konnte. Sie schluckte flüssige und feste Speisen. In dem dritten Falle wurde der Tumor durch einen Schlitz in der hinteren Magenwand durchgesteckt und unter dauerndem Zug die äußere Naht von außen, die innere Naht vom Magenlumen aus unter allmählicher Abtrennung des Tumors angelegt, dann der Magen geschlossen. Trotzdem die Operation ohne Blutverlust ausgeführt war, starb Pat. nach 24 Stunden; bei der Autopsie fanden sich Schrumpfnieren, die vor der Operation nicht erkannt worden waren, und die allem Anscheine nach zu dem schlechten Ausgange viel beigetragen hatten. Das Durchziehen des Ösophagus, bzw. des Tumors durch die hintere Magenwand hat den Vorteil bequemer Zugänglichkeit bei der Naht, aber dafür den Nachteil, daß der Schlitz für den Durchtritt des Tumors größer angelegt werden muß, als es für den Ösophagus allein notwendig wäre.

Die Nahtfrage ist die wichtigste bei der ganzen Operation, und wenn sie auch jetzt noch große Schwierigkeiten bereitet, so ist sie doch ein rein technisches Problem, das sicherlich zu lösen ist.

Hervorzuheben ist, daß die Gefahr der Peritonitis bei diesen Operationen sehr gering ist, und daß man ihr durch Tamponade begegnen kann. Offenbar kommt der Umstand zu Hilfe, daß die Operation sich nur in dem oberen Bauchraum abspielt, der durch das Mesokolon und das große Netz von selbst gegen das übrige Peritoneum abgedeckt ist. Trotz Dehiszenz der Naht entstand in den beiden ersten Fällen keine Peritonitis.

Die Gastrostomie im Pylorusteil ist der Operation zur Sicherung der Ernährung hinzuzufügen. (Selbstbericht.)

Brust.

46) **Fritz König** (Altona). Über Rippenbrüche und traumatisches Emphysem.

Unter den letzten 52 Rippenbrüchen sah K. 8mal ernste Komplikationen durch Lungenverletzung, drei Todesfälle. Von ihnen war einer nur durch das allgemeine traumatische Emphysem bedingt, wie die Sektion einwandsfrei erwies. K. fürchtete bei dem 52jährigen Mann, der schon 4mal Lungenentzündung an der Seite der Fraktur gehabt hatte, einen größeren Eingriff und machte nur lokale Inzisionen, welche zwar das Emphysem verringerten, aber keine dauernde Abhilfe schafften.

Die Fortschritte der Chirurgie der Brusthöhle eröffnen nun gewiß auch ohne Druckdifferenzverfahren neue Möglichkeiten bei intrathorakalen Verletzungen. Was an sich bei traumatischem Emphysem infolge Zerreißung der Lunge durch Rippenbruch gemacht werden soll, zeigt dem Vortr. eine Heilung schwersten traumatischen Emphysems, das durch Fraktur der Trachea bedingt war; sofortige Inzision auf die Verletzungsstelle und Tracheotomie an derselben führte die Heilung herbei. Wo bisher ein zielbewußter Eingriff bei Emphysem durch Rippenbruch gemacht worden ist, da bestand er analog in Eröffnung des Brustraumes an der Stelle der Fraktur und Ableitung der Luft durch Drainage bzw. Tamponade.

K. ist der Meinung, daß dabei auf den Zustand der Lunge zuwenig Rücksicht genommen wird. Dieselbe kann allerdings durch die anspießende Rippe fixiert sein, und alsdann bleibt sie ausgespannt; in anderen Fällen aber ist das nicht der Fall, zum Emphysem gesellt sich totaler Pneumothorax: die Lunge liegt kollabiert um den Hilus. Dann kann auch nach Thorakotomie die Heilung nur unter langsamer Ausdehnung der Lunge erfolgen, und diesen Prozeß kann man durch geeignetes Vorgehen günstig beeinflussen.

Bei einem 24jährigen Eisenbahnangestellten, den K. vorstellt, war am 2. Oktober 1907 durch Pufferverletzung eine Fraktur der 2. bis 10. Rippe links vorn mit starker Dislokation erfolgt; Pat. hatte schweren Chok, die lateralen Bruchenden waren unter der unverletzten Haut fühlbar, es bestand eine große subkutane Luftgeschwulst, welche synchron mit der In- und Exspiration einfiel und sich ausdehnte. K. machte sofort in Lokalanästhesie eine Inzision auf dieselbe und entleerte Luft und Blut; die Zwerchfellpleura lag direkt vor, die Muskulatur über den Rippen war weggerissen, die Lunge war oben an den Hilus zurückgeschnurrt. Sofort wurde die Lunge mit einer Kugelzange heruntergezogen, und es wurde ihr unterer zerfetzter Rand mit drei Seidennähten an die Pleura costalis in der Wunde angenäht, die Höhle leicht tamponiert. Mehrere Tage starke Hämoptöe und Exsudation aus der Pleura, im übrigen rasche

Besserung und baldige Heilung unter völliger Ausdehnung der Lunge. Entlassung am 15. November. An dem vorgestellten Pat. fühlt man auch jetzt noch die dislozierten Rippenenden; man sieht die Inzisionsnarbe. Der Thorax dehnt sich aber gut aus, die Atmung ist überall vesikulär, keine Dämpfung. Pat. hat nur bei eiligen Bewegungen noch Beschwerden.

Gestützt auf seine Beobachtungen empfiehlt Vortr. bei Rippenbrüchen mit maligne vorschreitendem Emphysem und Spannungspneumothorax die Inzision, womöglich in Lokalanästhesie. Ist die Lunge durch das Fragment festgehakt oder sonst adhärent, dann muß auf jeden Fall, unter Umständen mit Lockerung derselben, das die Quelle des Emphysems abgebende Lungenloch sichtbar gemacht und in offener Wunde behufs ableitender Tamponade fixiert werden. Ist die Lunge ganz kollabiert, dann soll sie hervorgezogen und gleichfalls an der Verletzungsstelle eingenäht werden.

Dieses Vorgehen ist auch ohne Druckdifferenzverfahren ausführbar; es besteht aber, zumal nach der heutigen Mitteilung von Sauerbruch, kein Zweifel, daß die Anwendung desselben gerade für die in Rede stehende Verletzung noch bessere Chancen und eventuell ganz neue Möglichkeiten eröffnet. (Selbstbericht.)

---

47) **Schmieden** (Berlin). Eigene Erfahrungen mit dem Druckdifferenzverfahren nach Sauerbruch.

Der Vortr. tritt der mehrfach in letzter Zeit geäußerten Ansicht entgegen, daß der Wert des Druckdifferenzverfahrens nur ein geringer sei. Er hat sehr eingehende Studien darüber gemacht, wozu ihm der Brauer'sche Überdruckapparat, die Sauerbruch'sche Kammer und der von Brat konstruierte Apparat zur Verfügung stand, letzterer in Anwendung mit einfachem Überdruck, sowie mit künstlicher Respiration. Er hält die künstliche Atmung für minderwertig im Vergleich mit dem Druckdifferenzverfahren; zwischen Überdruck- und Unterdruckapparaten besteht kein prinzipieller Unterschied; man kann mit allen Apparaten, die empfohlen sind, zum Ziele kommen. Einen großen Fortschritt stellen die vereinfachten Apparate für Überdruck ohne Kammer dar, wofür der von Brat konstruierte schon jetzt als ein annähernd vollwertiger Ersatz der Druckdifferenzkammern bezeichnet werden darf. Der Vortr. hat ihn im Tierexperiment vielfach erprobt und mit dem Kuhn'schen Tubagerohr kombiniert angewendet. Ein Exspirationsventil garantiert die Ausatmung unter jeder momentan gewünschten Überdruckstärke. Ein großer Vorteil liegt darin, daß der Brat'sche Apparat gestattet, sofort beim Eintreten eines Narkosezufalles durch Umlegen eines Ventiles künstliche Atmung zu machen.

Mit diesen Vervollkommnungen ist das Druckdifferenzverfahren für die Lungenchirurgie äußerst wertvoll, und die Wahrscheinlichkeit praktischer Erfolge auf dem Gebiet der Ösophaguschirurgie rückt

immer näher. **Für die Chirurgie des Brustteiles der Speiseröhre macht der Vortr. den Vorschlag, einstweilen auf die Wiedervereinigung des resezierten Ösophagus zu verzichten. Wir müssen erst lernen, gefahrlose Resektionen durchzuführen und vorläufig beide Enden blind verschließen; eine Magenfistel sorgt für die Ernährung.** Auf diese Weise, glaubt der Vortr., werden bald mit Erfolg resezierte Ösophaguskarzinome bekannt gegeben werden.

Die vortreffliche Funktion der Sauerbruch'schen Kammer und des Brauer'schen Apparates ist in Bier's Klinik auch schon an drei Operationen am Menschen festgestellt worden.

Den Schluß des Vortrages bilden Ausführungen über Apparate zur Messung der Länge der Ösophaguskarzinome, Versuche, mit denen der Vortr. zurzeit beschäftigt ist. (Selbstbericht.)

---

48) **Dreyer** (Breslau). Vergleichende experimentelle Untersuchungen über Über- und Unterdruckverfahren.

Vortr. hat zusammen mit Herrn Dr. Spannaus ausgedehnte Untersuchungen über die Physiologie des Über- und Unterdruckverfahrens angestellt. Benutzt wurde zu den Studien auf der einen Seite die ganz moderne Sauerbruch'sche Kammer der Klinik, auf der anderen Seite ein ganz neuer vervollkommneter Überdruckapparat. So wurden zum erstenmal beide Methoden, und zwar in ihrer höchsten technischen Vervollkommnung, unmittelbar miteinander verglichen. Das Resultat war folgendes:

1) Die Aufzeichnung der Luftschwankungen in Trachea und großem Bronchus der freigelegten Lunge ergab bei Über- und Unterdruck ganz gleiche Kurven.

2) Bei der Atmung an der Gasuhr zeigte sich kein Unterschied.

3) Die dem Überdruckverfahren zum Nachteil ausgelegte Erhöhung des Venendruckes bei uneröffnetem Thorax fand sich bei Unterdruck genau so.

4) Bei eröffnetem Thorax zeigte sich mit der Zunahme des Überdruckes ein Steigen des Blutdruckes in der Art. pulmonalis und ein Sinken desselben in der Art. femoralis. Wieder das gleiche trat, in Bestätigung der Angaben Friedrich's, mit dem Wachsen des Unterdruckes ein.

5) Wurden vermittels eines mit dem Proc. xiph. in Verbindung gebrachten Winkelhebels die Atemexkursionen des Thorax aufgeschrieben, so waren die bei Druckdifferenz entstehenden Abweichungen der Thoraxstellung von der Norm bei gleichen Über- und Unterdruckwerten, direkt nacheinander an gleichen Tieren gemessen, ganz gleich, — ein sehr sinnfälliger Beweis dafür, daß es bei solch elastischen Gebilden wie Brustkorb und Brustkorbinhalt lediglich auf den Unterschied in der Größe der einwirkenden Kräfte, nicht auf deren absolute Werte ankommt.

Es ergab sich also völlige Übereinstimmung zwischen Über- und Unterdruckverfahren bei Benutzung der neuen vervollkommneten Einrichtungen. Die Erklärung liegt darin, daß das Wirksame beider Methoden in dem Umstande zu suchen ist, daß auf der Innenfläche der Lunge ein höherer Druck lastet als auf ihrer Außenfläche, wodurch das Kollabieren der Lunge verhindert wird.

Die Feststellung der physiologischen Gleichwertigkeit beider Verfahren ist insofern von großem Wert, als man nunmehr kein Bedenken tragen wird, in der Praxis sich des einfacheren Überdruckverfahrens zu bedienen. (Selbstbericht.)

---

49) **Brauer** (Marburg). Die therapeutische Bedeutung des künstlichen Pneumothorax.

B. weist auf die günstige Wirkung hin, die seinen Erfahrungen nach ein künstlicher Pneumothorax bei einer Anzahl von Lungenerkrankungen zu leisten vermag, besonders bei Bronchektasien, Gangrän und Phthisis, hier speziell gegen Blutungen.

---

50) **H. Küttner** (Breslau). Erfahrungen über Operationen bei Unter- und Überdruck.

M. H.! Die Diskussion über Lungenchirurgie auf dem vorjährigen Kongresse hat mich, so anregend und belehrend sie gewesen ist, doch in einem Punkte unbefriedigt gelassen; wir haben fast nichts über Operationen bei Unter- und Überdruck gehört. Dies veranlaßte mich damals, außer den Resultaten von Tierexperimenten meine *spärlichen*, bei drei Operationen am Menschen gemachten Beobachtungen mitzuteilen. Seither bin ich auf diesem Gebiet unausgesetzt tätig gewesen und habe 15 weitere Operationen ausgeführt, so daß ich Ihnen heute über 18 Druckdifferenz-Operationen berichten kann. Vielleicht gewinnen diese Beobachtungen dadurch an Interesse, daß ich in der glücklichen Lage bin, sowohl eine Sauerbruch'sche Unterdruckkammer wie einen Brauer'schen Überdruckapparat zur Verfügung zu haben. Von den 18 Operationen sind 9 bei Unterdruck, 9 bei Überdruck ausgeführt worden, es war somit die willkommene Gelegenheit geboten, beide Verfahren gegeneinander abzuwägen.

Auf die zahlreichen bemerkenswerten Einzelbeobachtungen kann ich aus Zeitmangel nicht eingehen, nur folgendes sei kurz erwähnt. Als besonders geeignet für das Operieren bei Druckdifferenz erwiesen sich 5 Brustwandtumoren, deren Photographien und Röntgenbilder ich herumreiche. Bei 2 mit der Pleura verwachsenen Rippenenchondromen und einer unter dem Bilde eines Sarkoms auftretenden gummösen Erkrankung verliefen Operation und Rekonvaleszenz gleich ideal; bei einem ulzerierten Mammakarzinomrezidiv war trotz der Infektiosität des Prozesses der Verlauf nur durch eine leichte Pleuritis beeinträchtigt; bei einem Enchondrom der Wirbelsäule kam es in der Kammer zu

einer mechanischen Narkosenstörung durch Verdrehen des sehr grazilen Kinderhalses bei der unvermeidlichen Bauchlage und durch Druck der Halskravatte, doch ging der Zwischenfall nach Herstellung normaler Verhältnisse rasch vorüber, und die Heilung erfolgte in kurzer Zeit.

Die Größe des Thoraxdefektes ist für Operation und Verlauf bedeutungslos — nach Entfernung des einen malignen Rippenenchondroms fehlte die Pleura in einer Ausdehnung von 18 : 10 cm —, Bedingung für eine ungestörte Rekonvaleszenz ist nur, daß die Brusthöhle primär absolut sicher verschlossen wird. Es ist nicht unbedingt notwendig, daß hierzu Haut verwandt wird —, ich habe bei einer Ösophagusoperation einmal einen ganzen Lungenlappen fortlaufend in den Defekt eingenäht, ohne einen sekundären Pneumothorax zu bekommen —, am günstigsten aber ist es natürlich, wenn normale Haut mit oder ohne Muskulatur zur Verfügung steht. Die Weichteillappen legen sich dann ohne weiteres der Lunge an und werden von ihr mitbewegt.

Weniger gut waren die Resultate bei drei Pleuraoperationen, doch lag dies an der Ungunst der Fälle. Ein diffuses Pleurasarkom konnte nur mit Inzision und Auslöffelung behandelt werden, die anstandslos ertragen wurde. Von zwei tuberkulösen Empyemen kam es bei dem einen auf eine gewöhnliche Thorakoplastik hinaus, die auch ohne Druckdifferenz hätte ausgeführt werden können; vielleicht wurde jedoch die eingreifende Operation von der elenden Pat. so gut ertragen, weil bei Sauerstoffüberdruck operiert wurde. Der dritte Fall ist der schon im Vorjahre mitgeteilte, bei dem ich die Pleuratuberkulose nach Analogie der Peritonealtuberkulose operieren wollte, den Pat. aber an Aspiration des Empyems durch eine Lungenfistel verlor.

Mehr Freude haben wir an den bei Druckdifferenz ausgeführten Lungenoperationen erlebt. Ich zeige Ihnen hier einen Pat., bei dem ich in der Sauerbruch'schen Kammer wegen schwerster Blutung die Schußlöcher der Lunge durch Naht geschlossen habe. Es machte einen gewaltigen Eindruck, als aus der eröffneten Pleura ein armdicker Blutstrahl hervorschoß; der Verlauf war frappierend glatt und stach aufs vorteilhafteste ab gegen die verzögerte Rekonvaleszenz zweier gleichzeitig konservativ behandelter, weit leichterer Lungenschüsse. Alle bedrohlichen Erscheinungen waren mit einem Schlage beseitigt, schon am 11. Tage konnte der Verletzte endgültig das Bett verlassen. Es hat sich hier so recht gezeigt, was das Druckdifferenzverfahren zu leisten vermag: die Schußlöcher waren schwer zu finden, aber in aller Ruhe konnten wir die Lunge absuchen und die Wunden vernähen. Die Lungennaht, welche ich bei den verschiedenen Operationen vielfach auszuführen Gelegenheit hatte, bietet nicht die geringste Schwierigkeit, ich verwende nach Garrè's Vorschlag stets feine Seide. Zieht man vorsichtig an, so schneidet die Naht nicht durch, der unbedeutende Luftaustritt aus den Stichkanälen sistiert stets von selbst.

In zwei Fällen habe ich wegen diffuser Bronchiektasen, einmal bei Über-, einmal bei Unterdruck, die Pneumolyse ausgeführt. Beide Pat. haben die Operation gut überstanden; die eine Kranke entzog sich dem ihres elenden Zustandes halber notwendigen zweiten Operationsakt und lebt ungeheilt, sehr gut dagegen ist das Endresultat bei dem Pat. geworden, den ich Ihnen hier zeige. Sie werden ihm nicht mehr ansehen, in welch elendem Zustande er sich befand, als er noch ganze Gläser eines furchtbar stinkenden Sputums auswarf. Ich habe ihm rücksichtslos die ganze gespannt gehaltene Lunge ausgehülst und die bedeckende Brustwand entfernt, und so ist er wieder ein voll arbeitsfähiger Mann geworden.

Verloren habe ich eine Pat. mit Lungenfisteln und Pyopneumothorax an einer so seltenen Komplikation, daß sie das Verfahren nicht belastet. Die 19jährige Pat. ging am 12. Tage nach Vernähung der Lungenfisteln und ausgedehnter Thoraxresektion ganz schnell zugrunde an einer enormen akuten Dilatation des Magens, der das ganze Abdomen ausfüllte. Der Vagus, der bei der Operation nicht berührt worden war, fand sich in entzündliche Schwielen eingebettet.

Interessant wegen der heute noch extremen Seltenheit der Indikation sind zwei operativ in Angriff genommene Fälle von primären Lungenkarzinomen, deren Röntgenbilder ich zirkulieren lasse. In dem einen Falle gelang die Diagnose Karzinom erst im späteren Verlauf nach der Operation durch die systematische Untersuchung der nach außen entleerten Produkte eines sequestierenden Lungenprozesses. Bei dem zweiten Pat. dagegen konnte das Karzinom vor der Operation sicher diagnostiziert werden, da sich in dem kopiösen Sputum der großen Kaverne Krebszellen fanden. In beiden Fällen war eine radikale Entfernung des Tumors nicht mehr möglich, doch wurden die Pat. wenigstens von den Beschwerden durch das massenhaft entleerte fötide Sputum befreit. Der eine Kranke lebt noch, der andere ist zu Hause kachektisch gestorben. Ich habe den Eindruck, daß das so proteusartig unter den verschiedensten Krankheitsbildern auftretende primäre Lungenkarzinom weit häufiger ist, als im allgemeinen angenommen wird; in einem Semester habe ich als Chirurg nicht weniger als drei sichere Fälle gesehen; es will mir auch scheinen, als ob diese Krebsform für die operative Behandlung nicht die ungünstigste sei, sobald einmal bei manchen unklaren Lungenaffektionen frühzeitiger an die Möglichkeit eines Karzinoms gedacht werden wird.

Auch an die Resektion des karzinomatösen intrathorakalen Ösophagus habe ich mich wieder herangewagt, leider ohne Erfolg. Ich bin auf verschiedene Weise vorgegangen. Nachdem mich der schon im Vorjahre mitgeteilte Fall von radikaler Entfernung des Tumors gelehrt hatte, daß von der primären Vereinigung wenig zu erwarten sein dürfte, habe ich in einem zweiten Falle zunächst durch ausgiebige Tamponade der Pleura einen allseitig abgeschlossenen Raum zu schaffen gesucht, innerhalb dessen ich in einer zweiten Sitzung die Exstirpation

vornehmen wollte; der 69 Jahre alte Mann hat aber schon den ersten Akt nur 2 Tage überlebt; allerdings zeigte die Sektion, daß der gewünschte Abschluß erreicht war. In einem weiteren Falle habe ich, wie aus diesen Bildern ersichtlich, einen großen Hautlappen gebildet, den ich in die Tiefe der Pleurahöhle hineinschlug und durch den ich die Enden des resezierten Ösophagus durchzog. Auf diese Weise wurde das ganze vor Infektion nicht zu schützende Operationsfeld der direkten Tamponade zugänglich, doch führte auch hier der enorme Eingriff nach 24 Stunden zum Tode. Für unmöglich halte ich die Lösung des Problems auch heute noch nicht. Meine drei mißglückten Fälle betrafen sämtlich alte elende Leute und hochsitzende Karzinome am Hilus der Lunge oder im Bogen der Aorta. Das einzige tiefer sitzende Karzinom bei dem einzigen jüngeren Pat. erwies sich im Verlauf der Operation als nicht radikal entfernbar, der Eingriff wurde ohne weiteres überstanden, obwohl — wiederum ein Beweis für die Leistungsfähigkeit des Verfahrens — die Auslösung des Tumors einen doppelseitigen Pneumothorax zur Folge gehabt hatte.

Fasse ich meine Eindrücke bei den mit Druckdifferenz ausgeführten Operationen zusammen und vergleiche sie mit früheren Erfahrungen, so besteht für mich kein Zweifel, daß die Sauerbruchsche Idee einen ganz außerordentlichen Fortschritt bedeutet. Niemals haben wir mehr das unheimliche Lungenflattern, die akuten Atmungsstörungen, die blitzartigen Kollapse gesehen, man operiert auch in der ganz freien Brusthöhle mit der gleichen Sicherheit und Ruhe wie bei einer Laparotomie.

Es ist den Verfahren, vor allem dem Überdruck, vorgeworfen worden, daß es die Aspiration begünstige. Ich habe, wie schon gesagt, bei einem durch die Lungenfistel überfließenden tuberkulösen Empyem eine tödliche Aspiration erlebt, sie begann aber bereits vor Einleitung des Überdruckes und wäre ohne Druckdifferenz ebenfalls zustande gekommen; auch in einem Falle von Bronchektasien machte die Aspiration zeitweise bedrohliche Erscheinungen, die aber rasch vorübergingen und den Operateur nicht hinderten. Dagegen verlief in drei weiteren Fällen mit massenhaftem Sputum die Operation bei Unter- und Überdruck vollkommen ungestört, überhaupt habe ich, abgesehen von jener tödlichen Aspiration, bei keiner meiner Operationen eine mit dem Eingriff zusammenhängende Lungenkomplikation erlebt, weder auf der operierten noch auf der gesunden Seite. Danach könnte es fast scheinen, als ob die Druckdifferenz das Zustandekommen der Aspiration erschwere, da der höhere Druck im Bronchialbaum das Sputum zurückdränge. Soweit möchte ich nicht gehen, immerhin scheint es mir sicher, daß die Aspirationsgefahr durch die Druckdifferenz nicht erhöht wird, einen gewandten und erfahrenen Narkotiseur vorausgesetzt. Ob meine Vorsichtsmaßregel, Pat. mit reichlichem Sputum längere Zeit vor der Operation so zu lagern, daß alle Höhlen sich gründlich entleeren können, an dem guten

Resultate beteiligt ist, kann ich nicht entscheiden, vermindert wird die Sputummenge dadurch jedenfalls.

Ferner ist gegen die Druckdifferenzverfahren eingewandt worden, daß sie nur bei intakter Lunge wirksam sein könnten, mit dem Moment der Lungeninzision müsse sich der Druck ausgleichen. Dies ist zweifellos nicht der Fall. Ich habe mehrfach die Lunge bei Lösung von Adhäsionen erheblich verletzen müssen, ohne daß sie, trotz bedeutenden Luftaustrittes, kollabierte, und bei dem Pat. mit dem Lungenschuß strömte so reichlich Luft aus den Schußlöchern, daß wir durch den mitgerissenen Ätherdampf in hohem Maße belästigt wurden — Fälle, in denen, nebenbei bemerkt, der Thermokauter zu vermeiden ist —; trotzdem blieb die Lunge vollkommen entfaltet. Selbst die Eröffnung größerer Bronchien wirkt, wie das Tierexperiment uns gelehrt hat, nach dieser Richtung nicht schädlich; denn die große Innenfläche der Lunge verträgt den Druckausgleich an einer doch verhältnismäßig kleinen Stelle, und selbst wenn ja, was wir sogar bei offener Durchtrennung des Hauptbronchus eines ganzen Lungenlappens nicht gesehen haben, das operierte Organ kollabieren sollte, würde die geblähte andere Lunge das Mediastinum in ausreichender Weise schützen.

Erwähnen möchte ich noch, daß ich weit häufiger als in den 18 operierten Fällen den Über- oder Unterdruck nur bereit gehalten habe, ohne ihn schließlich einschalten zu müssen. Es ist ein sehr beruhigendes Gefühl, der Gefahr einer etwaigen Pleuraverletzung in jedem Augenblick vorbeugen zu können.

M. H.! Über die großen Vorzüge des Operierens bei Druckdifferenz kann meines Erachtens ein Zweifel nicht obwalten. Eine andere Frage ist es, ob das Unter- oder Überdruckverfahren den Vorzug verdient. Nach unseren bei Verwendung beider Methoden gewonnenen Eindrücken sind die beiden Verfahren vollkommen gleichwertig, und mein Assistent, Herr Dr. Dreyer, wird Ihnen über ausgedehnte vergleichende Experimente berichten, welche die physiologische Gleichwertigkeit bis in alle Einzelheiten und mit aller Sicherheit beweisen. Somit hängt es rein von äußeren Momenten ab, welchem Verfahren der Vorzug gegeben wird. Gute Resultate lassen sich mit beiden erzielen, ich für meine Person bevorzuge den Brauer'schen Überdruckapparat. Sein großer Vorteil beruht darin, daß man unter normalen Verhältnissen operiert, jeden Augenblick jedes Hilfsmittel zur Hand hat, durch Raummangel nicht behindert, den Blicken des Narkotiseurs und der Zuschauer durch beschlagende Glaswände nicht entzogen ist, mit günstigerer Beleuchtung arbeitet und die Asepsis leichter durchzuführen vermag. Es war sehr auffallend und charakteristisch, wie mit dem Moment, als wir beide Methoden zur Verfügung hatten, bei uns allen ganz spontan die Schwenkung zum Überdruck erfolgte.

Als großen Nachteil der Kammer, in welcher ich durch Unterdruck und Hitze niemals wirklich belästigt worden bin, habe ich die

Trennung des Operateurs vom Narkotiseur empfunden. Bei der erwähnten einzigen Narkosenkomplikation, die wir erlebten, mußten wir uns durch Dritte am Telephon, welche zudem infolge des Motorgeräusches schlecht verstanden, über alle Phasen des Zwischenfalles verständigen, und ich muß sagen, daß mir diese Situation den Geschmack an der Kammer verdorben hat. Auch über die durch den Lärm des Motors und das Beschlagen der Fenster erschwerte Narkosenkontrolle, wie vor allem über die Trennung vom Pat., welche jede Beobachtung der Atmung fast unmöglich macht, haben meine narkotisierenden Assistenten stets geklagt. Zwar ist die Handhabung der Narkose bei Überdruck auch nicht einfach, ernstliche Schwierigkeiten aber haben sich nicht ergeben, und trotz der noch geringen Erfahrung haben die Narkotiseure rasch genügende Übung erlangt. Zur Narkose haben wir ohne jeden Nachteil fast stets Äther benutzt, Lungenkomplikationen sind, wie gesagt, nicht aufgetreten. Vielfach habe ich Sauerstoff geben lassen, und es ist eine zweifellos nützliche Eigenschaft des Brauer'schen Apparates, die bei schwerem Blutverlust und großem Eingriff nicht zu unterschätzen ist, daß man jeden Augenblick Sauerstoff unter Überdruck atmen lassen kann. Ferner habe ich als Vorzug des Überdruckes kennen gelernt, daß der Druck sehr schnell zu ändern ist, während dies in der Kammer infolge ihrer Größe nur langsam möglich ist. Die schnelle Druckänderung aber ist von Vorteil, einmal weil es kein besseres Mittel zur Hebung des Pulses gibt, als die rasche Aufblähung der Lunge, zweitens weil durch Herbeiführung eines vorübergehenden unschädlichen Zusammensinkens die Abtastung und Lokalisierung von Herden in der Lunge sehr erleichtert wird.

Wenn mir persönlich somit auch das Überdruckverfahren angenehmer ist, so soll damit nicht gesagt sein, daß es nun unbedingt den Vorzug verdiene; dazu sind die Erfahrungen nicht ausreichend, obwohl sie sich gleichzeitig auf eine überreiche Zahl von Tierexperimenten stützen. Prinzipielle Unterschiede aber bestehen jedenfalls nicht, und es dürfte daher in erster Linie eine Frage des persönlichen Geschmackes und nicht zuletzt des Geldbeutels sein, für welches Verfahren man sich entscheidet. Der Bedeutung der Sauerbruch'schen Idee aber wird sich auf die Dauer niemand entziehen können, der große Chirurgie des Thoraxinnern treiben will. (Selbstbericht.)

---

51) **L. Mayer** (Brüssel). Ein neuer Apparat zur Überdrucknarkose.

Die Ursachen zu der erstaunend kleinen Verbreitung, welche bisher das Sauerbruch'sche Druckdifferenzverfahren gefunden hat, sind erstens die theroretischen Bedenken, welche noch viele Chirurgen gegen das ausgezeichnete Brauer'sche Überdruckverfahren haben. Es darf wohl heute keinem Zweifel mehr unterliegen, daß beide Methoden praktisch gleichwertig sind.

Die zweite Ursache ist darin zu ersehen, daß es bisher keinen Apparat gab, welcher die Anwendung der Sauerbruch'schen Grundsätze in genügend einfacher Weise gestattete.

Vortr. hat nun mit Herrn Dr. Danis (Brüssel) einen Apparat konstruieren lassen, welcher einfach, sicher, wenig umfangreich und leicht transportabel ist.

Der demonstrierte Apparat zerfällt in zwei Teile; der erste Teil dient zur Sauerstoffchloroformnarkose, der zweite ist der eigentliche Überdruckapparat.

Zur Narkose wird eine Sauerstoffbombone benutzt, welche mit einem, dem Ricard'schen Chloroformapparat ähnlichen, aber ohne Ventil konstruierten Chloroformgefäß verbunden ist. Der mit Chloroform mehr oder weniger gesättigte Sauerstoffstrom wird von dem Pat. durch eine intrabukkale besondere Maske eingeatmet. Letztere besteht aus zwei Metallplatten, zwischen welchen die Lippen des Pat. eingeklemmt werden. Die ausgeatmete Luft wird nun zu einem Überdruckkasten geleitet, aus welchem sie unter einem einfachen Wasserventil entweicht.

Dieser Apparat hat sich bei einer ganzen Anzahl Tierexperimenten gut bewährt, und auch bei einer Operation am Menschen hat er Ausgezeichnetes geleistet. Es handelte sich um einen 21jährigen Mann, der sich eine Revolverwunde dicht außerhalb der Herzspitze zugezogen hatte. Es entstanden schwere Erscheinungen von Hämothorax, die in bedrohendster Weise zunahmen und 18 Stunden nach dem Unfall den fast pulslosen, stark dyspnoischen Pat. zur Operation führten. Unter Anwendung des telephonisch in die Wohnung des Pat. verlangten Überdruckapparates wurde die linke Thoraxseite breit eröffnet, eine große Menge Blutes ausgeräumt, die Lungenwunde *leicht gefunden* und übernäht und der Thorax primär geschlossen. Gute Heilung.

Vortr. glaubt, daß der neue Apparat wegen seiner Einfachheit sich für die Unfallchirurgie ganz besonders eignen dürfte. Der Apparat ist von der Firma Claesen (Brüssel) konstruiert.

(Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 47—51.

Sauerbruch (Marburg). S. bestätigt zunächst die großen Vorteile, die das Druckdifferenzverfahren für die Brustwandplastik hat. (Vgl. die Mitteilung: »Resektion der Brustwand und Plastik auf die freigelegte Lunge«. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXVI.) Auch ist er der Meinung, daß primäre Lungenkarzinome häufiger vorkommen, als man bisher annahm. S. berichtet über einen von ihm mit Erfolg operierten Fall von Resektion der Lunge wegen Lungenkarzinom. Der Fall war unter dem Bilde einer schweren Interkostalneuralgie verlaufen, die nach der Operation nicht wiederkehrte. Die radikale Beseitigung des Tumors gelang allerdings nicht.

Bezüglich der Speiseröhrenresektion hat S. auch noch keine Erfolge aufzuweisen, er hat in neun Fällen die Operation versucht. Den

Vorschlag, zweizeitig zu operieren, hält er für nachahmenswert, betont aber, daß das Idealverfahren, speziell für das Kardiakarzinom, die einzeitige Operation mit Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre bildet. Schließlich weist S. noch darauf hin, daß die Verwendung des Unterdruckes für die Beseitigung von Hautemphysem, Spannungspneumothorax und Mediastinalemphysem sehr zu empfehlen sei. Bericht über zwei Fälle. (Selbstbericht.)

Kuhn (Kassel) hat schon Apparate angegeben für den Überdruck mit peroraler Tubage. Man muß mittels eines dünnen Röhrchens bis zum Ende der Intubationskanüle Sauerstoff zuführen.

Henle (Dortmund) demonstriert einen einfachen Apparat zum Überdruckverfahren. Ferner teilt H. einen Fall von Kardiolyse mit, bei dem nach der Rippenresektion das Herz sich noch nicht gut zusammenzog. Erst als H. dann in die richtige Schicht des Perikards hineinkam, konnte das Herz frei arbeiten. Leider ging H. zu hoch hinauf, es entstand ein Einriß, der genäht werden konnte. Aber Pat. starb nach 22 Stunden. Die Sektion ergab Herzatrophie.

Kausch (Schöneberg) berichtet über die von ihm operierten Pat., der es ausgezeichnet geht. Auch im Arm sind keine Schmerzen mehr vorhanden. Wichtig zur Beurteilung des Falles ist, daß es sich 1) um eine ältere, über 40 Jahre alte Frau handelte, daß 2) sich die Tuberkulose ganz rapide, unter K.'s Augen entwickelte, 3) daß die sozialen Verhältnisse sehr schlecht waren. Die Pat. ist Wäscherin, muß gleich nach der Operation arbeiten. Trotzdem nimmt sie noch an Gewicht zu, es geht ihr gut. Der zweite Fall K.'s war schlechter, beide Spitzen waren ergriffen, auch war wegen Fußtuberkulose schon Amputation gemacht. Beide erste Rippenknorpel waren stark verknöchert. Der Eingriff wurde gut überstanden. Das weitere Ergebnis muß man noch abwarten. K. hat kleinere und größere Stücke der Rippe fortgenommen. Der Eingriff ist ganz leicht.

Wendel (Magdeburg) meint, bei alten Empyemen spielten viel mehr innere Schrumpfungen in der Lunge, als äußerer Druck usw. eine Rolle.

Wullstein (Halle a. S.). W. hat einen plastischen Ersatz der Gelenkkapsel, des Peritoneums, der Tunica vaginalis propria und der Dura experimentell vorgenommen, und zwar derart, daß er an die Stelle der genannten Gewebe Haut mit der Epithelseite nach der freien Gelenkhöhle, Bauchhöhle usw. einschlug.

W. faßt die Resultate dieser Experimente in folgende Sätze kurz zusammen:

1) Man kann alle die genannten Gewebsteile ohne weiteres und ohne Bedenken, daß Infektionen erfolgen, durch Einschlagen von Haut plastisch ersetzen.

2) Gemäß der neuen funktionellen Beanspruchung erfährt die Haut eine entsprechende funktionelle Anpassung, d. h. sie wandelt sich ent-

sprechend ihrer Beanspruchung in Peritoneum, Dura, Gelenkkapsel usw. um, und zwar so, daß sie sich nach einer bestimmten Zeit weder makroskopisch noch mikroskopisch von ihrer Umgebung unterscheidet.

3) Dabei ist die histologische Genese verschieden, und zwar einerseits bei dem funktionellen Ersatz der Gelenkkapsel, andererseits bei dem funktionellen Ersatz der Dura, der Tunica vaginalis propria, des Peritoneum und voraussichtlich der Pleura und des Perikard.

a. Bei den Gelenken kommt die funktionelle synoviale Anpassung zustande unter Fibrinablagerung auf die implantierte Haut, Schwund der Epithelschicht, Organisation des aufgelagerten Fibrins und Überschieben des Endothels von der Seite her. Reste des Epithels in den Drüsen, Haarbälgen usw. kommen allmählich mehr und mehr zum Schwund.

b. Bei allen anderen Geweben (Dura, Peritoneum usw.) findet die funktionelle Anpassung statt unter Schwund der Epidermisschicht, die schon innerhalb weniger Tage (4 Tage) voraussichtlich durch Autolyse vollständig verloren geht, so daß dann also die feinen oberflächlichen Bindegewebszüge der Cutis frei vorliegen. Leider harrt die histologisch sehr interessante Frage noch der Lösung, ob die Endothelisierung der Cutis von der Seite her oder durch Metaplasie der feinen oberflächlichen Bindegewebsschichten der Cutis erfolgt. Für die letztere Annahme scheinen allerdings die histologischen Präparate zu sprechen, um so mehr, als schon nach 10 Tagen die ganze Fläche des implantierten Lappens endothelisiert war, was durch Überwucherung von der Seite her wohl kaum möglich gewesen wäre.

4) Kam beim Ersatz des Peritoneums durch Haut das Netz mit der Bauchwand so zur Verwachsung, daß es das implantierte Hautstück brückenförmig überspannte und damit so von der freien *Bauchhöhle* abschloß, daß die Haut nicht mehr der veränderten funktionellen Beanspruchung ausgesetzt war, so blieb, von dem Netz überbrückt, die Haut als solche bestehen; die Haare wuchsen weiter, das Plattenepithel siegte über das Endothel und überwucherte vom Rande her die Endothelschicht des Netzes; das verhornte Plattenepithel stieß sich ab und bildete ebenso wie die weitergewachsenen und ausgefallenen Haare den Inhalt des allseitig von Plattenepithel ausgekleideten Hohlraumes — kurz es kam zur Bildung einer echten, artifiziell erzeugten Dermoidcyste.

Gerade dieses negative Resultat ergänzt weiterhin die positiven Resultate.

Somit gilt auch für den plastischen Ersatz der Gelenkkapsel, der Dura, der Tunica vaginalis propria, des Peritoneums und voraussichtlich auch der Pleura und des Perikards durch Haut der Satz: »Wo für die Haut eine spezifische funktionelle Beanspruchung besteht, kommt es zu einer entsprechenden spezifischen funktionellen Anpassung der Haut; wo dagegen diese funktionelle Beanspruchung fehlt, bleibt auch die funtionelle Anpassung aus.«

(Selbstbericht.)

Brauer betont, daß man die Sauerbruch'schen Prinzipien genau einhalten muß. Deshalb sind alle Apparate mit enger Maske, mit Röhren oder Ventilen falsch (Gefahr beim Erbrechen!). Die Konstanz der Druckdifferenz ist bei diesen Apparaten nicht zu erhalten.

Goebel (Breslau).

---

52) **Seidel** (Dresden). Über Chondrotomie bei Enge der oberen Thoraxapertur und beginnender Spitzentuberkulose.

Vortr. erwähnt kurz die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Lehre von der mechanischen Disposition der Lungenspitzen zur Tuberkulose, wie sie nach den Untersuchungen von Freund und Hart, Birch-Hirschfeld, Schmorl fesststehen. Er demonstriert einige Lungen, welche die Schmorl'sche Furche und in der Spitze tuberkulöse Veränderungen zeigen. Die Ausheilung derartiger Spitzentuberkulosen kommt nach Freund und Hart namentlich in Verbindung mit Gelenkbildung am 1. Rippenknorpel vor. Ein kausaler Zusammenhang ist sehr wahrscheinlich, und die Forderung der künstlichen Gelenkbildung bei beginnender Spitzentuberkulose und zugleich bestehender Enge der oberen Apertur erscheint demnach berechtigt. Vortr. hat in zwei Fällen diese Gelenkbildung ausgeführt. Der unmittelbare Erfolg war gut, das endgültige Resultat ist natürlich noch nicht zu beurteilen. Die Technik der operativen Gelenkbildung ist einfach, wenn man bei der Operation innerhalb des 1. Rippenknorpels bleibt, nicht zuviel von ihm fortnimmt und die Schnittlinie $^1/_2$ cm von der Knorpel-Knochengrenze entfernt schräg von unten außen nach oben innen führt. Muskulatur wird nicht durchtrennt, da der 1. Rippenknorpel unmittelbar hinter dem Bindegewebsspalt zwischen Pars clavicularis und Pars sternalis des M. pectoralis major liegt, so daß diese beiden Muskelpartien nach einiger Lockerung nur auseinander gezogen zu werden brauchen. Eine vom Vortr. angegebene stanzenförmige Zange erleichtert die Durchtrennung des Rippenknorpels. Vortr. hält den Eingriff für so einfach und ungefährlich, daß er empfiehlt, ihn in größerem Umfange anzuwenden, damit man sich ein Urteil über den endgültigen therapeutischen Wert bilden kann. Die innere Therapie darf selbstverständlich nicht vernachlässigt werden; sie hat nach der Operation ebenso intensiv einzusetzen, wie dies bisher üblich gewesen ist.

(Selbstbericht.)

---

53) **Friedrich** (Marburg). Die operative Beeinflussung einseitiger kavernöser Lungenphthise durch kostoplastische Pneumolysis.

F. hat, gestützt auf die Beobachtungen und Erfolge, welche Brauer durch Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax bei Lungenphthise nach dem Vorgange Murphy's und Forlanini's erzielt hat, für die Fälle, wo aus äußeren oder auf Grund von Pleuraadhäsionen

dieses Verfahren nicht anwendbar war, eine operative Methode der Lungenlösung von der Brustwandspannung ausgearbeitet, welche weit über die seinerzeitigen dahingehenden Vorschläge Quincke's, Spengler's, Turban's hinausgeht und den erstrebten Effekt des Entspannens der Kavernenwände, des Zusammensinkens dieser eiternden Lungenhöhlen, der Gesamteinengung des Lungenvolumens und damit ihrer weitgehenden Außerdienststellung in vollkommenstem Maße erreichen läßt. Der überraschend günstige Erfolg im erstmalig nach seinem Prinzip operierten Falle hat die Prüfung an zwei weiteren Fällen mit ebenso günstigem bisherigen Endeffekt bestanden. Die Art des Vorgehens besteht kurz darin, daß die knöcherne Brustwand der erkrankten Seite nicht nur in Teilresektionen weniger Rippen mobilisiert wird, sondern daß die 2. bis einschließlich 9. bzw. 10. Rippe in toto von ihrem sternalen Knorpelteil (mit Ausschluß dieses) bis zum Angulus costae, noch richtiger bis zu ihrem Wirbelende abgetragen werden, unter peinlichster Schonung der oft äußerst zarten Pleura costalis in allen ihren Abschnitten. F. legt dabei das Hauptgewicht auf die Verhütung jeglicher Aspiration aus der kranken Lunge in die gesunde während und nach der Operation, auf die Behandlung des großen mechanischen Insulten ausgesetzten kleinen und schwachen Herzens der Tuberkulösen, auf per primam-Heilung der ganzen Wunde. Vorsichtige Anästhesierung, richtige Lagerung, raschestes Operieren, exzitierende Vor- und Nachbehandlung des Herzens und peinliche Asepsis sind die Grundbedingungen des Erfolges. Mit Thorakoplastik im bisherigen Sinne, bei Resthöhlen nach Pleuraempyem, hat die Operation nur die Abtragung der Rippen gemein. Sowohl Endziel als technisches Vorgehen sind für die die Lungeneinengung, die Pleuraerhaltung anstrebende »kostoplastische Pneumolysis« wesentlich andere. Dort starre Pleuraschwarten bei bestehendem offenen Pneumothorax, hier peinlichste Schonung und Erhaltung der zarten Pleura und Verhütung jeglichen Pneumothorax; dort Endziel womögliche Lungenwiederentfaltung, hier Endziel, die Lunge unter Atmosphärendruck zu stellen, welcher auf die Pleura costalis dauernd in der Folge einwirken soll. Um Mißverständnissen zu begegnen, empfiehlt daher F. die von ihm gewählte Bezeichnung der Operation.

Der unmittelbare Erfolg des Eingriffes hat sich in folgendem zu erkennen gegeben: Rückgang der bis dahin erhöhten Körpertemperatur, enormer Rückgang der Auswurfsmengen, Nachlaß des Hustens, ruhigerer Nachtschlaf, Zunahme des Körpergewichtes, wesentliche Besserung des subjektiven Befindens. Es wurden nur Fälle dieser Therapie unterzogen, wo bei jahrlanger Behandlung seitens erfahrenster Phthiseotherapeuten (L. Spengler, Brauer, Brecke) und trotz Aufgebots aller allgemein diätetischen und klimatischen sowie medikamentösen Maßnahmen ein dauerndes langsames Fortschreiten des Krankheitsprozesses festzustellen war. Die unmittelbaren Gefahren des Eingriffes wurden von F. eingehend geschildert, ebenso die Details des rasch sich kennzeichnenden Erfolges. Sowohl zahlreiche frühere Erfahrungen

mit Thorakoplastik bei starrwandigen Empyemresthöhlen, als die Beeinflussung eines früheren Falles von einseitiger Phthise durch partielle Rippenabtragung, als endlich seine experimentellen Studien über den Volumausgleich im Thorax nach einseitiger Lungenamputation hatten F. den geschilderten Gang der Operation einschlagen lassen.
(Selbstbericht.)

---

54) **Perthes** (Leipzig). Zur operativen Behandlung des chronischen Lungenabszesses (Demonstration).

Bei dem chronischen Lungenabszeß ist im Gegensatz zum akuten durch einfache Pneumotomie, auch mit ausgiebiger Rippenresektion, eine fistellose Heilung oft nicht zu erzielen. P. ist deshalb in folgender Weise vorgegangen: Bei einem nach Pneumonie im rechten Unterlappen entwickelten, 5 Jahre bestehenden, mit den Bronchien in weiter Verbindung stehenden Lungenabszeß wurde zunächst die Pneumotomie gemacht. Die Expektoration des fötiden Eiters hörte danach auf, und der Allgemeinzustand wurde ein sehr guter. Doch blieb eine von der Drainageöffnung in der Axillarlinie bis in den Lungenhilus reichende starrwandige Höhle bestehen. Die gesamte Abszeßwandung wurde nun 4 Jahre nach der Pneumotomie in toto wie ein Tumor aus der Lunge exstirpiert. Die Blutstillung durch Umstechungen machte keine Schwierigkeit. Eine besondere Versorgung der in die Höhle führenden Bronchialäste erwies sich als unnötig, vielmehr heilten die gebildeten Hautmuskellappen auf die Lungenwundfläche ohne Störung auf. Bei der Operation war ein bei Zug an der Lunge regelmäßig auftretender, bei Nachlassen des Zuges sofort wieder aufhörender Stillstand von Atmung und Herzaktion auffallend. Die ohne Skoliose und ohne Fistel geheilte 15jährige Pat. wird vorgestellt.
(Selbstbericht.)

Diskussion.

Körte (Berlin) fragt, ob es nötig ist, einen Abszeß zu exstirpieren. Nach seinen Erfahrungen heilen die Lungenabzesse aus, wenn man die Decke des Abszesses fortnimmt und die Rippen ausgedehnt reseziert. Man muß die Resektion für die Tumoren und für Bronchiektasien reservieren.

Perthes (Leipzig): Erhebliche Mengen von Lungengewebe sind nicht fortgenommen, also sicher ein Fortschritt gegen die Fortnahme des ganzen Oberlappens. Auch will P. das Verfahren nicht als ein Normalverfahren hinstellen. Es handelte sich ferner um einen chronischen Lungenabszeß. Herrn Körte's Fälle waren alle akut. Garrè's und anderer Fälle haben eine ganz große Reihe von Operationen durchmachen müssen, während hier mit einem Schlage vollkommene Heilung erfolgte.
Goebel (Breslau).

---

55) **Friedrich** (Marburg). Der Volumausgleich im Thoraxinnern nach einseitiger totaler Lungenamputation.

F. demonstriert eine Reihe von Thoraxpräparaten von Hunden, bei denen er vor Jahresfrist die totale einseitige Lungenamputation ausgeführt, die Tiere danach ein Jahr lang am Leben gelassen und jetzt zum Zweck des Studiums der Thoraxinnenverhältnisse getötet hat. Nach nochmaligem Hinweis auf die in seinem vorjährigen Kongreßreferat über »Lungenchirurgie« angegebenen Technizismen für die Lungenamputation, insbesondere die richtige Bronchienversorgung des Amputationsstumpfes und Ausschaltungsmöglichkeit der unmittelbaren Gefahren, die sich aus dem unzureichendem Bronchusverschluß ergeben (namentlich das sich rasch verbreitende Mediastinalemphysem, welches er durch Vorzeigung von Photogrammen solcher Emphysemtiere illustriert), zeigt er am Thoraxinnern solcher Versuchstiere, nachdem er alle Organe durch Formolinjektion von der Aorta aus in bester Weise hat in ihrer Lage erhalten können, daß in die Stelle des Defektes, wo die ganze Lunge einer Seite entfernt worden ist, zunächst das Herz einrückt. Es nimmt das Mediastinum mit sich nach der Seite der Amputation, und die anderseitige erhaltene Lunge, mäßig kompensatorisch erweitert, füllt den übrigen Teil des Thoraxraumes aus.

Das Zwerchfell rückt auf der Amputationsseite bedeutend in die Höhe. Der Volumausgleich wird ein so vollständiger, daß nirgends im Brustraum eine Spur Hohlraum zurückbleibt. In spiegelnder Glätte sind Pleura costalis, Perikard, die Blätter des Mediastinum und der Pleura diaphragmatica erhalten. Seine Demonstrationen erstrecken sich sowohl auf Kadaver, wo jetzt beiderseits die Brustwand zurückgeschlagen und der Lungen-Herz-Zwerchfellsitus voll erhalten ist, als auf Thoraxquerschnitte, welche in gleicher Weise anschaulich den Volumausgleich, die topographischen Verschiebungen dartun.

(Selbstbericht.)

---

56) **H. Braun** (Göttingen). Demonstration eines Tumors der Pleura.

Die Geschwulst, welche sich bei einer 42 Jahre alten Frau seit längerer Zeit und allmählich unter Erscheinungen der zunehmenden Dyspnoe und Cyanose entwickelt hatte, verursachte auf der rechten Brustseite eine Dämpfung, die sich bis zur 2. Rippe in die Höhe erstreckte und unten in diejenige der Leber überging; letztere selbst war handbreit unter dem Rippenbogen zu fühlen. Da die Kranke mit der Diagnose Leberechinokokkus überwiesen war, wurde, obgleich die Punktion der Geschwulst keine Flüssigkeit ergeben hatte, am 7. November 1906 die Probelaparotomie gemacht. Bei derselben zeigte sich, daß keine abdominelle, sondern eine intrathorakische Geschwulstbildung, welche die Leber nur nach unten verdrängt haben mußte, vorlag. Wegen der Ausdehnung des Tumors, der maligner Natur zu

sein schien und eine erfolgreiche Operation für aussichtslos erscheinen ließ, wurde von jedem weiteren Eingriff Abstand genommen. Nachdem die Kranke am 29. November entlassen und dann längere Zeit zu Hause war, kam sie am 9. April wegen stärkerer Atembeschwerden wieder in die chirurgische Klinik. Die lokalen Verhältnisse bei der Untersuchung der Brust waren nicht viel geändert. Der Zustand verschlimmerte sich immer mehr, und am 25. April 1907 erfolgte der Tod.

Die Autopsie ergab einen pyramidenförmigen, außergewöhnlich großen Tumor, der 25 cm in der Höhe, 11 cm in der Breite und 19 cm in der Tiefe maß, fast die ganze rechte Brusthälfte bis zur zweiten Rippe hinauf ausfüllte, von der Pleura ausging und mit dieser, ebenso wie mit der rechten Lunge nur durch einige dünne, leicht zu lösende Adhäsionen in Verbindung stand. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Fibrosarcoma myxomatodes handelte.

B. ging noch auf die Diagnose solcher Tumoren ein und glaubt, daß sie bei genauer Untersuchung erkannt und bei Anwendung unserer jetzigen technischen Hilfsmittel bei Operationen in der Brusthöhle auch mit Aussicht auf Erfolg operiert werden könnten.

(Selbstbericht.)

---

57) **F. de Quervain** (Chaux-de-Fonds). Über die fibroepithelialen Veränderungen der Mamma und ihre maligne Entartung.

de Q. kommt auf Grund der Untersuchung von 20 auch klinisch beobachteten Fällen zu folgenden Ergebnissen: Alle fibroepithelialen Veränderungen der Mamma gehen, wie schon Tietze und v. Saar betont haben, von den gleichen elementaren Prozessen aus und unterscheiden sich voneinander nur durch die mehr oder weniger scharfe Abgrenzung des veränderten vom normalen Gewebe und durch die vorwiegende Beteiligung des Bindegewebes in den einen, des Epithels in den anderen Fällen. Die alte Fragestellung, ob es sich bei der König-Reclus'schen Mastitis chronica cystica um Entzündung oder Geschwulst handle, ist in dieser Form zu einseitig. Es handelt sich um einen Vorgang, den man ohne Gewalt weder in die eine, noch in die andere dieser von der Pathologie geschaffenen Kategorien einreihen kann, so wenig wie die Struma und die Prostatahypertrophie. Man bezeichnet denselben am besten als fibroepitheliale Degeneration. Dieser Vorgang zeigt gewisse Beziehungen zur Altersinvolution, läßt sich aber nicht mit derselben identifizieren, da das Fibroadenom häufig schon im 3., ja im 2. Dezennium auftritt.

Von großer klinischer Bedeutung ist die maligne Degeneration, die zu häufig ist, um als Zufälligkeit aufgefaßt zu werden, abgesehen von den histologischen Gründen, die gegen eine solche Auffassung sprechen. In den 20 vom Vortr. untersuchten Fällen fand sich diese Entartung 3mal vor, 2mal in Form eines Karzinoms, 1mal als Sarkom.

Ohne Bedeutung für die histologische Diagnose des Krebses sind die in den gutartigen Formen gar nicht seltenen, ja selbst in anscheinend gesunden Mammae beobachteten »blassen Zellen«. Dagegen gibt es andere histologische Bilder, welche deutlich zum Krebs überleiten.

Für die Therapie ergeben sich hieraus folgende Schlüsse:

1) Besteht klinisch Verdacht auf Bösartigkeit, so ist das Gebilde wie ein Krebs zu behandeln, d. h. mit Entfernung der Mamma und Ausräumung der Axilla.

2) Besteht lokal kein Verdacht, sind aber Drüsen vorhanden, so ist in gleicher Weise zu verfahren. Höchstens könnte bei eng umschriebener Veränderung die Ablatio mammae durch eine ausgiebige Resektion ersetzt werden.

3) Besteht lokal kein Verdacht und sind auch keine Drüsenschwellungen vorhanden, so genügt die Resektion der Mamma, doch ist hinterher eine genaue histologische Untersuchung des Gebildes vorzunehmen, damit der Eingriff, wenn nötig, durch nachträgliche Ausräumung der Drüsen vervollständigt werden kann. Der makroskopische Nachweis einer Cyste schließt umschriebene krebsige Entartung nicht aus.

(Selbstbericht.)

Bauch.

58) **A. Peiser** (Breslau). Über fötale Peritonitis.

Vortr. bespricht zunächst Ätiologie und Pathologie, dann Diagnose, Prognose und Therapie der Krankheit, die bisher bei den Chirurgen fast gar keine Beachtung gefunden hat. Die beobachteten Fälle zeigen, daß alle pathologisch-anatomischen Erscheinungsformen, die wir bei der Peritonitis des Erwachsenen zu sehen gewöhnt sind, auch bei der fötalen Peritonitis gefunden werden, von der zirkumskripten akuten (serofibrinösen und eitrigen) Peritonitis bis zur diffusen chronischen Adhäsion. Vortr. berichtet über zwei eigene Beobachtungen. Der erste von Garrè operierte Fall hatte zwar nach der Operation weiter Erbrechen, das noch längere Zeit anhielt, blieb aber am Leben. Es ist dies bisher der einzig sichere Fall fötaler Peritonitis, der am Leben geblieben [illegible]. [illegible]nwieweit allerdings mit einfacher Strangbildung verlaufene föta[illegible] [illegible]ritonitis ohne klinische Zeichen verlaufen un[illegible] im späte[illegible]ben zum Ileus führen kann, entzieht sich bish[illegible]erer Kenn[illegible]m zweiten Falle, der wenige Stunden nach der[illegible]tion zug[illegible]g, fand sich ein angeborener Spalt im Mesen[illegible] in we[illegible] eine Dünn[illegible] gefangen hatte [illegible]zerie[illegible] dem Bode[illegible] tion hatte si[illegible]e [illegible]twickelt. [illegible] Literatur l[illegible]en, die [illegible] des Proces[illegible]rsäume[illegible]

59) **Ritter** (Greifswald). Experimentelle Untersuchungen über Einklemmung von Brüchen.

R. berichtet über eine Reihe von Experimenten, in denen es ihm geglückt ist, künstlich beim Tier eine Brucheinklemmung bzw. am Dünndarm hervorzurufen. Der Grund, warum Vortr. noch einmal dieser Frage nachgegangen ist, ist einmal der, daß unsere Erfahrungen über die physiologischen Vorgänge in der Bauchhöhle sich sehr wesentlich vermehrt haben, seitdem die letzten Brucheinklemmungsversuche angestellt sind. Und zum anderen befriedigt der Mechanismus, wie er zurzeit angenommen wird, nicht.

An die Koteinklemmung, das muß einmal offen gesagt werden, glaubt heute eigentlich kein Mensch mehr so recht. Denn im Dünndarm — und dieser klemmt sich vor allem ein — ist überhaupt kein Kot vorhanden, und an eine einfache Kotstauung sieht man fast nie eine wirkliche Einklemmung sich anschließen. Aber auch gegen die elastische Einklemmung läßt sich mancherlei einwenden, wie Vortr. näher ausführt. Es spricht manches dafür, daß die Bruchpforte nicht, wie bisher allgemein gelehrt wird, im Moment der Einklemmung weiter, sondern enger wird.

Und wenn man sich einmal nach den äußeren Umständen umsieht, unter denen eine Brucheinklemmung stattfindet, so sind es bekanntlich plötzlicher Sprung und Fall, bei denen die Bauchdecken plötzlich angespannt werden, Abrutschen eines Bruchbandes und längerer Druck auf die Bruchpforte, wiederholte Taxisversuche und ferner Arbeiten in gebückter Stellung oder Pressen bei Stuhlgang in hockender Stellung. Das alles ist aber nicht möglich, ohne daß eine Pressung, ein Druck auf den Darm an der Bruchpforte ausgeübt wird, und das muß zu einer Kontraktion des Darmes und damit zu einer Anämie der Schlinge führen, die, je länger sie dauert, eine Schädigung hervorrufen muß. Auf diese Schädigung, muß man annehmen, folgt nachträglich eine entzündliche Hyperämie und Schwellung und eine Erschlaffung der Darmwand. Diese Momente würden aber eine Einklemmung leicht verständlich machen.

Es fragte sich, ob man auf diese Weise eine künstliche Einklemmung hervorrufen kann.

[illegible] Versuche wurden vom Vortr. so angestellt, daß man bei H[illegible] nach Eröffnung der Bauchhöhle eine Dünndarmschlinge durch [illegible] einer Kautschukplatte hindurchzog, die so weit war, daß nicht [illegible] Stauung oder Zirkulationsstörung eintrat, aber doch [illegible] zwischen Weite des Ringes und der Schlinge mög[illegible] nun, ob die Darmschenkel zentral vom Ring auf [illegible] Schlag mit stumpfem Instrument) oder durch An[illegible]en oder durch Umlegen eines mit Adrenalin ge[illegible] zur Kontraktion gebracht wurde, oder ob für [illegible]r Gummischlauch oder Band um den Darm[illegible]egt wurde, stets trat nachträglich eine derjenigen

bei Menschen analoge Einklemmung ein, wie im einzelnen ausgeführt wird.

Sind wir nun berechtigt, diese Versuche als beweisend anzusehen? R. muß das entschieden verneinen, denn sie berücksichtigen die physiologischen Vorgänge in der Bauchhöhle absolut nicht. Und das ist ein Vorwurf, den man allen Experimentatoren, die sich früher mit der Brucheinklemmung befaßt haben, machen muß. Hebt man eine Darmschlinge aus der Bauchhöhle hervor, so kommt sie mit der äußeren Luft in Berührung, die austrocknend, drückend und abkühlend wirkt. Das ruft aber einen Reiz hervor, der den Darm hyperämisch macht und erschlafft. Es war also sehr wohl möglich, daß dadurch die Einklemmung hervorgerufen war und nicht durch die Maßnahmen, die Vortr. angewandt hatte.

R. versuchte nun diesen schädigenden Einfluß der Luft durch Kochsalzspülung auszuschalten. Doch nützte das nichts; denn bei jedem Hervorheben der Darmschlinge kam sie doch wieder mit der Luft in Berührung. R. erreichte aber schließlich die Ausschaltung jedes Reizes dadurch, daß er einen weiten Blechteller in die Bauchdecken einnähte, der unten durch ein großes Loch mit der Bauchhöhle kommunizierte. Auf der einen Seite läuft die warme physiologische Kochsalzlösung zu, füllt den Teller und die Bauchhöhle und läuft dann an der anderen Seite wieder ab. Diese Maßnahme gestattet nun ein vollkommen freies Operieren mit den Darmschlingen, ohne daß man eine nachträgliche Entzündung derselben zu fürchten braucht. Sie hat aber auch den großen Vorteil, daß man alles, was in dieser vergrößerten Bauchhöhle geschieht, sieht.

Und so konnte in zahlreichen Versuchen mit dem Auge das, was bisher nur angenommen war, direkt verfolgt werden, daß nämlich auf eine längere oder kürzere Schädigung einer Darmschlinge, z. B. durch temporäre Umschnürung mit Gummiband, nicht nur entzündliche Hyperämie, sondern auch Erschlaffung der Darmwand und Füllung derselben erfolgte.

Und schließlich konnte in weiteren Versuchen festgestellt werden, daß, wenn eine Darmschlinge vorher durch einen Ring gezogen war und nun oberhalb derselben die Darmschenkel für kürzere Zeit mit einem Gummiband umschnürt wurden, stets dann eine typische Einklemmung zustande kam, wenn zwar der Ring weit genug war, um keine Zirkulationsstörung von vornherein hervorzurufen, aber doch ein Mißverhältnis zwischen Ring und Darmweite noch möglich war.

Damit ist die Möglichkeit eines solchen Einklemmungsmechanismus bewiesen. Ob beim Menschen die Einklemmung auf diese Weise zustande kommt, ist damit nicht gesagt. Es ist aber möglich; denn im Bauche fühlen wir bekanntlich durch die Bauchdecken hindurch nichts. Deswegen, weil wir aber von einer Schädigung, die die Darmschlinge an der Bruchpforte betroffen hat, nichts fühlen können, ist noch nicht gesagt, daß sie nicht doch stattgefunden hat, und daß sie

als primäre Ursache einer folgenden entzündlichen Anschwellung und Erschlaffung der Wand vorangeht.

Demonstration mehrerer farbig photographierter Einklemmungspräparate. (Selbstbericht.)

60) **Schloffer** (Innsbruck). Chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste nach Bruchoperationen.

S. hat in vier Fällen als eine Folgeerscheinung von Hernienoperationen, die vor Jahren vorgenommen und glatt verlaufen waren, chronisch entzündliche, zum Teil überaus mächtige Bauchdeckengeschwülste beobachtet, die klinisch in vielen Richtungen echten, und zwar bösartigen Geschwülsten glichen. Einer dieser Fälle (aus dem Jahre 1904) wird hier mitgeteilt.

Radikaloperation einer rechtsseitigen Leistenhernie vor 6 Jahren. Glatte Heilung, keine Ligatureiterung, auch später keinerlei Störung seitens der Narbe. Die Geschwulst entwickelte sich $5^1/_2$ Jahre später ganz allmählich, machte lokal keinerlei nennenswerte Beschwerden. Nur das Allgemeinbefinden ging zurück; der Kranke magerte ab.

Die Geschwulst gehörte den tieferen Schichten der Bauchdecken im rechten unteren Quadranten des Abdomens an, war doppelt faustgroß, von unregelmäßiger, knolliger Form, sehr hart, nicht druckempfindlich. Unter Bettruhe und Kataplasmenbehandlung verkleinerte sie sich ein wenig, wurde etwas weicher und schließlich an einer Stelle druckempfindlich. Die Spaltung des aus einer dicken Bindegewebsschwarte bestehenden Tumors führte nun auf einen kleinen Abszeß, in dem ein Seidenfaden schwamm.

Die Krankengeschichten der übrigen Fälle sind ähnlich. In allen Fällen war bei der Hernienoperation Sublimatseide verwendet worden. Im Abszeßeiter, der in mehreren Fällen untersucht wurde, fanden sich Kokken vom Typus der pyogenen Staphylokokken. Zweifellos handelte es sich also um nichts anderes als um eine ungewöhnliche Form der Ligatureiterung.

Es ist bekannt, daß chronische, nicht spezifische Entzündungsprozesse an den verschiedensten Körperstellen zu Verwechslungen mit echten Geschwülsten Anlaß geben. Auch daß solche Prozesse durch versenkte Seidennähte hervorgerufen wurden, findet man gelegentlich in der Literatur beschrieben. Mehrmals wurden die betreffenden Geschwülste auf Grund einer irrigen Diagnose total exstirpiert, und erst nachträglich der schuldige Seidenfaden entdeckt.

Die Exstirpation sollte aber bei Bauchdeckengeschwülsten solcher Art vermieden werden, weil sie jedesmal einen großen Eingriff darstellt und einen erheblichen Defekt in den Bauchdecken setzt. Die einfache Spaltung des kleinen Abszesses im Innern der Geschwulst genügt vollauf. Allerdings mag die Freilegung dieses Abszesses auf Schwierigkeiten stoßen, wenn, wie dies häufig vorzukommen scheint, ein winziger Abszeß in einem sehr großen Tumor verborgen ist. Durch

Ausschaltung jeder mechanischen Zerrung an der Geschwulst bei kompletter Bettruhe gelingt es aber, die Mehrzahl dieser entzündlichen Tumoren zu deutlicher Verkleinerung zu bringen, ein Umstand, der auch diagnostisch verwertet werden kann. Wenn zudem noch durch eine energische Kataplasmenbehandlung die eitrige Gewebseinschmelzung begünstigt, der Abszeß also vergrößert wird, so dürfte dann das Auffinden des letzteren in keinem Falle auf nennenswerte Schwierigkeiten mehr stoßen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

H. Küttner (Breslau): Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf die nach Appendicitis entstehenden chronisch entzündlichen Bauchdeckentumoren hinweisen. Die drei Fälle, welche ich gesehen habe, riefen klinisch ganz den Eindruck von typischen Desmoiden hervor, eines paßte jedoch nicht in dies Krankheitsbild: die Pat. waren sämtlich ältere Männer. Nur in einem Falle hatte der ganz schmerzlose Tumor seinen Sitz in der Ileocoecalgegend, und gerade hier wies nichts in der Anamnese und im Befunde vor der Operation auf eine Appendicitis hin, obwohl der chronisch entzündete Wurmfortsatz den Bauchdecken adhärent war. In den beiden anderen Fällen waren appendicitische Erscheinungen voraufgegangen, doch saß der Tumor einmal dicht unter dem rechten Rippenbogen, das andere Mal in der linken Unterbauchgegend. In diesen beiden Fällen enthielt die allseitig in den Bauchdecken gelegene, vollkommen reizlose Geschwulst einen kleinen zentralen, von schwartiger Muskulatur umgebenen Abszeß. Die Operation bot keine Schwierigkeiten; bei dem Tumor in der Ileocoecalgegend wurde der erkrankte Wurmfortsatz mit entfernt, bei der Geschwulst in der linken Unterbauchregion war die Rekonvaleszenz durch Ausbildung einer kleinen spontan heilenden Kotfistel verzögert. (Selbstbericht.)

Bakes (Trebitsch) berichtet über einen Fall, der dem von Schloffer beschriebenen ähnlich war. Er hat bei diesem eine eingreifende Operation vorgenommen, die sich dann später als überflüssig herausstellte, da sich in der Mitte der exstirpierten Geschwulst einige in wenig Eiter eingebettete Ligaturen fanden.

Braun (Göttingen) fragt, ob die Geschwülste mit dem Netz verwachsen waren, da er glaubt, daß derartige entzündliche Geschwülste auch von Netzunterbindungen ihren Ausgang nehmen können.

F. Franke (Braunschweig) weist darauf hin, daß auch ohne Eiterung solche Geschwülste in der Muskulatur entstehen können unter Wucherung derselben, und führt einen Fall an, in dem sich in der Harnblasenwand um einen nach einer Schenkelbruchoperation in sie eingewanderten Seidenfaden ein förmliches Myom gebildet hatte, und einen anderen interessanten Fall, in dem sich als Ursache eines als Desmoid diagnostizierten Tumors des schrägen Bauchmuskels eine aus dem Uterus dahin gewanderte, in seiner Wand mit einem Ende

noch steckende dünne, 12—13 cm lange Spalte eines Strohhalms fand (krimineller Abort?). (Selbstbericht.)

Schlange (Hannover) hat eine derartige Geschwulst nach Appendicitisoperation beobachtet. Er hält die Mitteilung der vorausgegangenen Beobachtungen für äußerst wertvoll, da vielleicht dadurch eingreifende Maßnahmen sich häufig vermeiden lassen.

Hoffmeister (Stuttgart) berichtet über mehrere von ihm beobachtete Fälle. Bei zwei von ihnen waren Netzverwachsungen vorhanden.

Schloffer: Stenosenerscheinungen von seiten des Darmes haben bei seinen Fällen gefehlt. In dem einen der Fälle konnte mit Sicherheit festgestellt werden, daß keine Netzverwachsungen vorhanden waren, im zweiten war bei der vorausgegangenen Bruchoperation sicher keine Netzligatur angelegt worden. **Lichtenauer** (Stettin).

---

61) **A. Brenner** (Linz). Nabelbruchoperation mit Lappendoppelung.

Im Vergleiche mit den Leisten- und Schenkelhernien beruht die Statistik der Nabelhernien noch auf kleinen Zahlen, wie die Zusammenstellungen von Berger, Pott und mir zeigen.

Berger (Paris 1897) untersuchte Individuen

	8274 H. i.	1250 H. crur.	1099 H. u.
Verhältniszahl	80 :	12 :	11

Pott (1903) Sammelstatistik operierter Hernien

4066	424	86
100 :	10 :	2

Brenner (Linz) eigene Statistik operierter Individuen

2325	321	66
80 :	10 :	2

Die Berichte der einzelnen Chirurgen stützen sich auf noch weniger Fälle, die nach bestimmten Methoden operiert wurden — so führt Kraus aus der Klinik Bruns' nur 30 Fälle ins Treffen und Busse aus der Klinik v. Eiselsberg's in Königsberg nur 17 Fälle, die nach Condamin-Bruns behandelt wurden. Mayo hat 35 Fälle nach seiner Methode operiert.

Für die Feststellung der Dauerheilungen vermindern sich die Zahlen von Kraus und Busse noch auf 22 bzw. 14, und die Statistik der Dauererfolge ändert sich je nach der Größe der Hernien, die der einzelne Chirurg operiert hat.

Busse hat diese Frage in sehr glücklicher Weise aufgerollt, indem er die 57% Dauererfolge der Condamin-Bruns'schen Methode auf 3 Gruppen von Hernien aufteilte und zeigte, daß man

bei den kleinen Brüchen (haselnuß- bis walnußgroß) 100% Dauerheilung erreichen kann;

bei den mittleren (apfel- bis gänseeigroß) 50%,

daß aber

bei den großen (doppelfaust- bis mannskopfgroß) nur mehr 25% zu erreichen waren.

Wer also nur kleine oder kindliche Nabelhernien operiert, wird ideale Dauerheilungen erzielen. Für diese kleinen Nabelhernien genügen aber die einfache quere Knopfnaht, wie sie Kocher empfiehlt, oder die Omphalektomie nach Condamin-Bruns oder die neuerlich von v. Baracz sehr warm empfohlene, leicht ausführbare und sehr gefällige Operation nach Mayo oder eine der vielen bisher geübten Methoden, auf die ich wegen Mangel an Zeit hier nicht eingehen will.

Mit der Größe des Bruches wächst auch die Größe der Operation und dürfte in der von Graser in 4 Fällen angewendeten Methode, die bis zu 3 Stunden dauerte, den Höhepunkt erreicht haben. — Aber die Statistik der Radikaloperation der Nabelhernien muß auf die Gruppe der mittleren und großen Hernien aufgebaut werden, und hier müssen die Methoden in Wettbewerb treten, welche allen — auch den größten Hernien gewachsen sind.

Es kommen für die großen und einen Teil der mittleren Hernien überhaupt nur die plastischen Operationen in Betracht — denn das Exzidieren des Nabels und das Herstellen sogenannter anatomischer Verhältnisse verringert den Bauchumfang und macht ihn zu klein für den durch das Mesenterialfett zu groß gewordenen Bauchinhalt. Mit Recht fordert daher Busse, daß zuerst der zu Operierende einer Entfettungskur unterzogen werde, damit man nach der Omphalektomie die Bauchwunde vereinigen könne, und daß zweitens der Operierte sich einer solchen Lebensweise befleißige, daß nicht später wieder der anwachsende Bauchinhalt die Narbe sprenge. Nur die plastischen Operationen tragen dem vermehrten Bauchinhalt und dem größeren Bauchumfange Rechnung und erleichtern den Erfolg der Radikaloperation. — Ich will die einzelnen Plastiken, die Heteroplastiken mit Drahtnetz nach Witzel und die Muskelplastiken verschiedener Autoren hier nur erwähnen; heute neigen sich die Chirurgen mehr nach der Seite der Aponeurosenplastik, und im besonderen nach der aus den vorderen Rectusscheiden.

Nable hat 1897 eine H. epigastrica, Bessel-Hagen 1900 eine unter dem Nabel gelegene H. ventralis durch Lappen aus beiden vorderen Rectusscheiden gedeckt, die in der Mittellinie vernäht wurden.

Heinrich hat schon 1900 zur Behebung eines großen Bauchwandbruches in der Mittellinie einen halbmondförmigen Lappen aus der rechten Rectusscheide über die Mittellinie nach links hinübergeschlagen und an dem Innenraum der linken Rectusscheide vernäht. Er hat also als erster die Mittelebene überbrückt.

Caten hat dann 1907 in 7 Fällen die Bruchpforte durch einen rechteckigen Lappen aus der vorderen Rectusscheide der einen Seite gedeckt.

Wullstein hat 1906 für postoperative Bauchbrüche eine Doppelung der Rectusscheide vorgeschlagen, indem er die eine Hälfte der vorderen und die andere Hälfte der hinteren Rectusscheide entnimmt und links mit rechts vernäht, so daß in der Mittellinie zwei Aponeurosenplatten sind, die Nähte aber seitlich liegen.

Endlich hat Wreden 1906 eine Methode angegeben, die wahrscheinlich identisch ist mit der hier mitzuteilenden; er hat sie in 8 Fällen von H. u. angewandt. Erst nachdem ich schon 2 Fälle nach Heinrich mit einfachem Lappen und 4 Fälle mit gedoppelten Lappen operiert hatte, kam mir das Referat im Zentralblatt für Chirurgie 1906 (Oktoberheft) zu Gesicht; die Originalarbeit im Russki Wratsch 1906 konnte ich mir nicht zugänglich machen. Die Operation gestaltet sich folgendermaßen:

Ohne besondere Vorbereitungskur wird in Narkose oder besser noch in Lumbalanästhesie der Bruchsack in der Mittellinie umschnitten, ausgelöst, sein Inhalt in entsprechender Weise versorgt, die Bruchpforte zumeist in querer Richtung vernäht. Nun wird der Schnitt in der Haut und Fettschicht bis zur Magengrube und zur unteren Bauchfurche verlängert, das elliptische Feld zwischen den beiden Rectusrändern wird durch flache Messerzüge freigelegt und die Innenränder der Recti aufgesucht. Weiter wird das Fettgewebe beiderseits von der vorderen Rectusscheide so weit abgelöst, daß man aus jeder Rectusscheide einen halbmondförmigen Lappen ausschneiden kann, dessen Höhe ungefähr gleich ist dem Abstande der beiden Recti und dessen Enden dort liegen, wo die Recti oben und unten wieder in der Mittellinie zusammentreffen. Diese Lappen werden gegen die Mittelebene umgeschlagen und übereinander vernäht.

Zu beiden Seiten dieses nunmehr aus 3 Aponeurosenblättern bestehenden elliptischen Feldes liegen die Mm. recti in breiter Fläche bloß, aber sie stehen mit ihren Gefäßen und Nerven in Zusammenhang wie zuvor und überziehen sich mit einer Bindegewebsnarbe.

Die Nachuntersuchungen der so operierten Frauen ergab, daß der Verlust der vorderen Rectusscheide der Festigkeit der Bauchwand keinen Eintrag tat, da ja noch die hintere Rectusscheide da ist und die Muskelmasse der Recti, die an dem verstärkten Mittelfelde nunmehr feste Anhaltspunkte haben.

Die Endresultate der Operation sind vollkommen befriedigend. Von den 12 Frauen mit H. umb. hatten

kleinere Brüche (walnußgroß) 1,
mittlere » (apfel- bis gänseeigroß) 6,
große » (doppelfaust- bis kindskopfgroß) 5.

Alle sind $^3/_4$—$2^1/_2$ Jahre geheilt geblieben, also Dauerheilungen 100%.

Auch Herniae epigastricae und postoperative Bauchwandbrüche wurden mit Erfolg in dieser Weise operiert, so daß die Gesamtzahl 24 beträgt. Zur Erläuterung der Dauerresultate reiche ich die Abbildungen einiger Frauen herum.

Erstens einer Frau vor der Operation. Die Seitenansicht zeigt, daß der Nabelbruch im Scheitel der eiförmigen Vorwölbung des ganzen Bauches liegt. Auf der Vorderansicht sieht man, daß der Bauch dieser dicken Frauen durch die Einziehung der Mittellinie eine herzförmige Gestalt bekommt, die auch bei den Operierten mehr oder weniger deutlich zutage tritt und dort als Ausdruck der Nachgiebigkeit der Rectusgegend gedeutet werden könnte.

Ich habe aber schon erwähnt, daß ja noch die hintere Rectusscheide und die Muskulatur der Recti der Ausdehnung Widerstand leistet; ich habe auch eine Frau, die ich am 23. Mai 1906 mit nur einseitigem Lappen operiert habe, nachuntersucht und konnte zwischen rechts und links keinen Unterschied in der Festigkeit der Bauchwand finden.

Sehr deutlich ist dieses ballonartige Vorwölben der Bauchwand bei der Frau Z., die sehr wenig Fett und sehr schlaffe Bauchdecken hat. Aber auch hier fühlt man, wenn sich die Frau aus der horizontalen Rückenlage aufrichtet, die Spannung der Recti und der zwischen ihnen gelegenen Aponeurosen.

Schließlich reiche ich noch die Abbildungen einer 125 kg schweren, 155 cm hohen Frau mit 150 cm Bauchumfang herum. Die Frau wurde am 19. November 1903 wegen inkarzerierter gangränöser Nabelhernie operiert; sagittale Naht der Bruchpforte.

Am 6. September 1906 kam sie wegen neuerlicher Schmerzen in dem wieder entstandenen Bruche. Bei der Operation fanden sich 2 Bruchsäcke und 2 Bruchpforten. Nach Spaltung der Zwischenwand entstand eine handbreite Spalte in der vorderen Bauchwand, die in querer Richtung vernäht wurde, worauf die Deckung mit dem gedoppelten Lappen erfolgte. Die Frau ist wie die anderen vollkommen geheilt, arbeitsfähig und trägt keinerlei Binde.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Wullstein (Halle a. S.) weist darauf hin, daß er bei seiner vor 2 Jahren mitgeteilten Methode, die im Prinzip fast völlig, in der Technik allerdings nicht völlig identisch mit der Brenner'schen ist, zwei Schwächen der Brenner'schen Methode vermieden habe.

Brenner nämlich entnimmt beide Aponeurosenlappen, die er zur Lappendoppelung braucht, den vorderen Rectusscheiden und läßt an der Stelle der Entnahme derselben einen Defekt zurück; außerdem bringt er beide Aponeurosenlappen ungefähr in der Mittellinie oder doch jedenfalls unweit derselben fast in derselben Sagittalebene wie die Mm. recti zur Vernähung. W. läßt dagegen an der Stelle der Entnahme keinen Defekt und bringt die beiden Aponeuroselappen und die Mm. recti so zur Vernähung, daß die drei Nahtlinien in weit voneinander entfernten Sagittalebenen gelegen und dachziegelförmig durch die erwähnten Aponeuroselappen bzw. die Mm. recti gedeckt sind.

Gerade von dem Defekt in der Rectusscheide meint W., daß er

schließlich eine hernienartige Ausstülpung des M. rectus aus demselben zur Folge haben werde. (Selbstbericht.)

Martin (Köln) hat das Bedenken, daß die doppelte Fascienplatte ohne Muskeldeckung dem intraabdominalen Druck nicht widersteht. Er empfiehlt die Graser'sche Methode.

Heidenhain (Worms) empfiehlt gleichfalls die Graser'sche Methode.

Sprengel (Braunschweig) teilt die Bedenken Wullstein's und empfiehlt die Überklappmethode nach Mayo.

Bier (Berlin) verweist auf die Methode von Lucas-Championnière. Er stülpt die Fascie durch eine Art Lembertnaht nach innen ein und verdoppelt sie hierdurch.

Brenner (Stuttgart) hält seine Methode für besser als die von Wullstein, da die Bauchhöhle schnell geschlossen wird. Die einfache Naht (Bier) wird bei großen Hernien nicht halten. Schädigungen durch die Bloßlegung der M. recti hat er nicht gesehen. Mit den Dauerheilungen ist er zufrieden. **Lichtenauer** (Stettin).

---

62) **Th. Rovsing** (Kopenhagen). Gastro-Duodenoskopie und Diaphanoskopie.

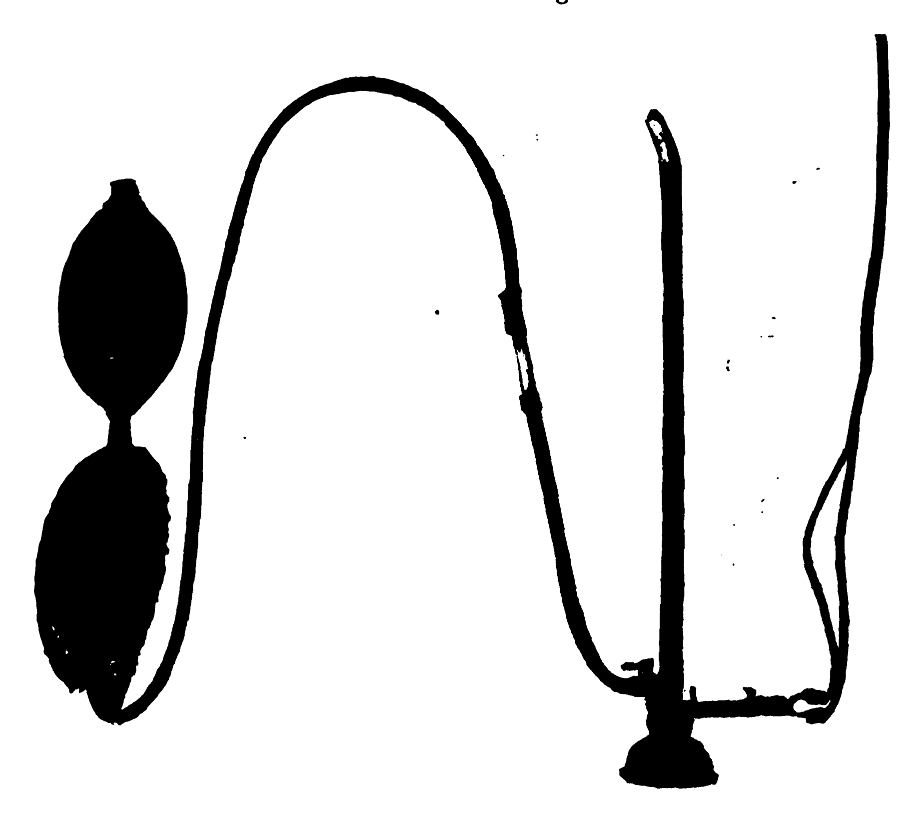
Die Methode ist für die recht häufigen Fälle berechnet, wo der Chirurg noch bei der Operation, wenn er den Magen zur direkten Inspektion und Palpation vor sich liegen hat, ohne sichere Diagnose dasteht.

Das Gastrokop wird durch eine kleine, 1 cm breite Inzision an der Vorderfläche des Magens, dicht oberhalb der großen Kurvatur und beinahe mittwegs zwischen Pylorus und Fundus, eingeführt. Es ist einem sehr vergrößerten Nitze'schen Gastroskop ähnlich, aber (s. Fig.) mit einer Vorrichtung zum Lufteinblasen versehen. Der Schnitt wird so klein gemacht, daß das Instrument ihn luftdicht schließt. Ist er zu groß ausgefallen, so muß er durch eine Tabaksbeutelsutur um das Gastroskop zusammengezogen werden. Die Untersuchung besteht nun aus zwei Teilen: 1) der Diaphanoskopie und 2) der eigentlichen Gastroskopie.

1) Diaphanoskopie. Sobald die Lampe in dem aufgeblasenen Magen zum Leuchten gebracht wird, sieht man diesen als eine nach allen Seiten leuchtende Kuppel, in deren Wand alle anatomischen Details erstaunlich scharf hervortreten: die Gefäße, der Verlauf der Muskelfasern in den verschiedenen Lagen usw. Um eine schöne Totaldurchleuchtung zu bekommen, muß die Lampe mitten in dem Magen angebracht und das Licht im Operationszimmer gedämpft oder gelöscht werden. Eine Gastritis gibt sich gleich kund durch die von stark rosa bis zu tief blaurot schwankende Farbe der Wand und durch das dichte

Gefäßnetz. Tumoren zeigen sich als dunkle diffuse Schatten auf der im übrigen klaren Magenwand. Im scharfen Gegensatz hierzu zeigen die tiefen chronischen Ulcera eine zentrale porzellanartig weiße, gefäßleere Partie, die scharf gegen die umgebende dunkelrote Zone absticht. Kleine Erosionen oder oberflächliche Schleimhautulzerationen zeichnen sich, wenn sie bluten oder von Blutgerinnseln bedeckt sind, als dunkle Flecken in der Wand, von welchen ein Blutstrom als ein dunkler Streif hinunter nach der großen Kurvatur strebt.

Hat man den Magen durchleuchtet, führt man das Gastroskop durch den Pylorus in das Duodenum hinein, welches sich wegen der dünneren Wand noch schöner und kräftiger durchleuchten läßt.



2) Gastro-Duodenoskopie. Hat die Diaphanoskopie abnorme Stellen der Magenwand nachgewiesen, so betrachtet man gleich durch das Gastroskop die dementsprechende Schleimhautpartie; die direkte Beobachtung gibt dann gewöhnlich vollkommene Klarheit. Im Laufe weniger Minuten kann man nun eine systematische Inspektion der ganzen Magenschleimhaut von Cardia bis Pylorus vornehmen und dann Pylorus und Duodenum bis zur Papille untersuchen, wenn nicht eine enge Pylorusstenose die Passage des Instrumentes verhindert. Keine Abnormität kann sich an der ausgeglätteten Schleimhaut ver-

bergen, Veränderungen in Pylorus und Cardia verraten sich gleich durch die veränderte Form der Öffnungen.

Die Methode hat sich in 24 vom Verf. operierten Fällen gut bewährt; in zwei Fällen, wo Krebs oder Ulcus sich dem klinischen Bild als wahrscheinliche Diagnose darboten, wurde der Magen selbst ganz normal gefunden, eine schwere Ptose als Ursache der Leiden festgestellt und Heilung durch Gastropexie erreicht. In neun Fällen wurden Ulcera ventriculi unerwartet konstatiert, in drei Ulcus duodeni als Ursache der ganz unsicheren Symptome nachgewiesen; 4mal wurden bösartige Neubildungen entdeckt.

In einem von Oberarzt L. Kraft operierten Falle wurde eine Pat. vor Verblutung aus einer ganz kleinen, in anderer Weise nicht nachweisbaren Schleimhauterosion gerettet. Die Diaphanoskopie ermöglicht rasch die blutende Erosion zu entdecken und unschädlich zu machen.

Für retrograde Bougieeinführung in den Ösophagus bei von oben impermeablen Strikturen hat Verf. ein spezielles Gastroskop angegeben, welches, wie das einfache Gastroskop, bei Louis & H. Loewenstein in Berlin zu erhalten ist.

Das Gastroskop muß mitsamt Leitungsfaden und Insufflationsapparat durch 36stündigen Aufenthalt im Formalin-Desinfektionsapparat vor der Operation sterilisiert werden.

In keinem der 25 Fälle des Verf.s ist Peritonitis eingetreten (5 Magenresektionen, 17 Gastroenterostomien, 3 Gastropexien, 1 Gastrotomie). Nur zwei Pat. mit vorgeschrittenem Krebs sind an Lungenkomplikationen gestorben. (Selbstbericht.)

Diskussion.

K. Loening (Halle): Demonstration eines Gastroskops, welches von der Firma Zeiss, Jena, hergestellt wird und ein schonenderes Einführen dadurch gestattet, daß es in der sagittalen Richtung abgeplattet ist.

Gottstein (Breslau) hat die Methode der Gastroskopie bereits seit 8 Jahren als Kardioskopie ausgeübt und in zahlreichen Fällen mit Erfolg verwandt. Ganz besonders benutzte G. die Methode, um die Kontraktionen der Cardia während des Schluckaktes beim Kardiospasmus zu beobachten. Er hat diese Methode nicht besonders publiziert, da sie sich mit jedem gewöhnlichen Cystoskop ohne Schwierigkeit von der Gastrotomiefistel aus bewerkstelligen läßt.

(Selbstbericht.)

---

63) **Junghans** (Liegnitz). Trichobezoar des Magens.

J. zeigt ein Trichobezoar des Magens, das er bei einer 27jährigen Frau entfernte. Pat. klagte nur über ein Gefühl der Schwere im Leib. Von seiten des Magens war vollständiges Wohlbefinden vorhanden. Nie Übelkeit, das Gefühl der Völle oder Erbrechen. Ernährungszustand vorzüglich; Gewichtszunahme im letzten Jahre vor

der Operation 6 kg. Der Befund vor der Operation war ein glatter, fester, runder, leicht verschieblicher Tumor unterhalb des linken Rippenbogens bis Nabelhöhe. Da anamnestisch nichts zu erfahren war, wurde die Diagnose auf einen gutartigen Tumor (Netztumor) gestellt. Bei der Operation wurde ein 598 g schweres Trichobezoar entfernt, das einen vollständigen Ausguß des Magens darstellte. Dasselbe war 21 cm lang, 11 cm breit und 6 cm dick. Auffallend war die Beschaffenheit der Magenwand. Dieselbe war mit ca 1 cm langen weißlichen Strichen übersät, die J. als subseröse Narben ansprach, ähnlich den Striae post partum. Die Magenwände waren nicht erschlafft, Funktion des Magens absolut normal. Der Durchschnitt des Tumors wies im Innern menschliche Haare, die äußere Schicht von ca. 1 cm dicke Borsten auf. Daraufhin gestand die Frau, von ihrem neunten bis zu ihrem achtzehnten Lebensjahre an den eigenen Zöpfen gekaut zu haben. Dann sei sie in einer Großstadtbäckerei tätig gewesen, woselbst sie auch Pinsel und Besenhaare abgekaut habe. Mit ihrer Verheiratung habe sie die Gewohnheit abgelegt.

Eigenartig ist noch, daß die Menschenhaare ihre natürliche Farbe und Durchsichtigkeit beibehalten haben, während die Borsten, die sämtlich weiß gewesen sind, eine tief schwarzbraune Farbe angenommen haben. Desgleichen sind vier Kirschkerne schwarz verfärbt, die an der tiefsten Stelle der kleinen Kurvatur in den Tumor eingebettet sind. Pat. hat nie Höllenstein oder ein derartiges Medikament erhalten. (Selbstbericht.)

---

64) **Middeldorpf** (Hirschberg i. Schl.). Über Fremdkörper des Magens.

Vorstellung eines 16jährigen Mädchens, dem durch Gastrotomie 1 kg Nägel usw. entfernt wurden. Die Fremdkörper sollen seit Juni 1907 verschluckt sein und bestanden aus

1184 Nägeln von 3—5 cm Länge,
192 Haken, wie sie zum Berohren der Stubendecken verwendet werden,
128 gebogenen und 27 geraden Stecknadeln,
79 Drähten von $1^1/_2$—6 cm Länge, zumeist dünnen Drähten, wie sie die Buchbinder zum Heften verwenden,
6 Nagelköpfen,
4 Glassplittern.

Der Magen reichte bis zur Symphyse herunter, der Verlauf nach der Operation war ganz reaktionslos, die Durchleuchtung am Tage vor der Vorstellung ergab eine Magenerweiterung ohne zurückgebliebene oder neu verschluckte Fremdkörper.

Motiv: Hysterie.

Bemerkenswert ist außer der Menge der Fremdkörper, daß alle den Ösophagus passierten, daß keine Perforation der Magenwand ein-

trat, was auf die Masse der groben Eisennägel zurückzuführen ist, welche die Drahtstifte einhüllten. (Selbstbericht.)

Diskussion.

H. Küttner (Breslau): Obwohl Herr Graser seinen Vortrag über die Technik der Magenresektion nicht gehalten hat, möchte ich doch kurz über die Erfahrungen berichten, welche ich mit seinem Instrumentarium gemacht habe. Ich habe die Graser'schen Instrumente neuerdings eingeführt und verwende sie vorwiegend am Magen, seltener am Duodenum. Bisher habe ich auf diese Weise 18 Magenresektionen ausgeführt und bin mit der Methode sehr zufrieden. Von den 18 Resezierten sind, obwohl die überwiegende Mehrzahl sehr schwierige Operationen mit ausgedehnten Drüsenausräumungen, Fortnahme von Pankreasabschnitten, Resektion von Teilen des Mesokolons durchzumachen hatte, nur zwei gestorben. Von den beiden Todesfällen aber kann der eine der Methode nicht zur Last gelegt werden; denn der Exitus erfolgte nach dem vollkommenen Abschluß der Heilung an einer akut einsetzenden Lungengangrän, wie sie ja nach Magenresektionen wegen Karzinoms gelegentlich vorkommt. Durch die Autopsie wurde, wie Sie an diesem Präparat erkennen können, eine ideale Heilung der Resektion festgestellt. So bleibt ein Todesfall übrig, und dieser betrifft eine sehr kachektische, gleichzeitig an Lungentuberkulose und doppelseitigen Pleuraschwarten leidende Frau mit einem sehr vorgeschrittenen Karzinom. Es bildete sich eine Duodenalfistel aus, und die Pat. starb am 12. Tage nach der Operation an zunehmender Schwäche. Wäre ich nicht auf Grund der guten Erfolge in anderen ungünstigen Fällen mit der Indikation sehr weit gegangen, so hätte sich auch dieser Todesfall vermeiden lassen. Daß ich seit Verwendung des Graser'schen Instrumentariums bei meinen Resektionen keine Peritonitis mehr zu beklagen hatte, ist wohl kaum ein Zufall; es gelingt mit diesen Instrumenten doch besonders sicher, den Austritt von Magen-Darminhalt zu verhüten; günstig in dieser Beziehung wirkt auch der Murphyknopf, den ich bei Magenoperation ebenso schätze, wie ich ihn bei Eingriffen am Darm vermeide. Mit der Sicherung der Naht gehe ich sehr weit. Nach Abtragung des zu resezierenden Teiles mit dem Messer dicht an der Klemme und Verschorfung der Schnittfläche lege ich eine Rückstichnaht durch die Klemmenfenster; dann folgt nach Abnahme der Klemme eine fortlaufende Naht durch die gequetschte Partie, darauf eine fortlaufende Lembertnaht, und schließlich stülpe ich stets der Sicherheit halber namentlich die Nahtenden noch mit einigen Knopfnähten ein. An den gefährdetsten Partien, vor allem an Cardia und Duodenum, nehme ich überdies sämtliches erreichbare Gewebe als Deckung zu Hilfe, Netz, selbst Gallenblase, und am Duodenum stets das Pankreas, von dessen Verwendung ich nie einen Nachteil gesehen habe. Macht die Auslösung des Magens, z. B. bei verwachsenen Tumoren der hinteren Wand, große Schwierigkeiten, so habe ich sie mir oft dadurch erleichtert, daß ich zuerst

den Magen durchtrennt, versorgt und dann erst die weitere Auslösung vorgenommen habe. Die prinzipielle Verwendung der zweiten Billroth'schen Methode hat außer der leichteren Vermeidung der Infektion den Vorteil, daß man in der Ausdehnung der Resektion ganz unbeschränkt ist; ich habe sie aus diesem Grunde schon vor Einführung des Graser'schen Instrumentariums als Normalverfahren geübt. Ist durch besondere Kleinheit des Magenrestes die Gastroenterostomie erschwert, so ziehe ich die Jejunumschlinge, welche stets nach dem v. Mikulicz'schen Vorschlage schon vor Beginn der Resektion aufgesucht und durch einen Zügel markiert wird, durch das Mesokolon durch, mache die Gastroenterostomie oberhalb des Mesokolon und leite erst dann den Magen durch den Mesokolonschlitz hindurch, an dessen Rändern ich ihn dann sorgfältig fixiere. Dadurch wird die bei ganz kleinem Magenstumpf oft schwierige hintere Gastroenterostomie sehr erleichtert. (Selbstbericht.)

---

65) **Rubritius** (Prag). Die Erfolge der chirurgischen Behandlung gutartiger Magenerkrankungen.

Das Thema, über welches ich sprechen will, ist vor diesem Forum schon oft behandelt und durch die längere Diskussion, welche auf dem Chirurgenkongreß des Jahres 1906 dem Vortrage Krönlein's folgte, gewissermaßen dahin abgetan worden, daß mit ziemlicher Übereinstimmung die Gastroenterostomie als das Normalverfahren bei der chirurgischen Behandlung gutartiger Magenerkrankungen hingestellt wurde.

Wenn ich nun heute dennoch wieder dieses Kapital behandeln will, so hat dies seinen Grund einzig und allein darin, *daß ich in der* Lage bin, ihnen an der Hand eines großen Materials über eine ganze Reihe von nachuntersuchten Kranken berichten zu können, bei denen die Operation 13 Jahre bis 5 Monate weit zurückliegt. Es ist mir möglich, über die Dauerresultate bei 71 Kranken zu berichten, welche teils von mir selbst, teils von den Hausärzten nachuntersucht wurden, bei denen nicht nur der objektive Befund aufgenommen, sondern in den meisten Fällen auch die sekretorische Funktion des Magens geprüft wurde. Aus dem Ergebnis dieser Untersuchungen kann ich einige für unser operatives Vorgehen bei der Behandlung gutartiger Magenerkrankungen vielleicht wichtige Schlüsse ableiten.

Insgesamt wurden 96 Fälle operiert, 7mal wurde die Resektion des Geschwürs, 7mal die Pyloroplastik, 33mal die Gastroenterostomia anterior 42mal die Gastroenterostomia posterior, 3mal die Y-förmige Gastroenterostomie nach Wölfler-Roux, einmal die Gastrolyse und 3mal die Probelaparotomie vorgenommen. Die Mortalität bei den Resektionen beträgt 14%, bei den Gastroenterostomien 12,5%, die Gesamtmortalität 13,5%. Das gesamte Material ist gruppiert nach: 1) callösen Geschwüren, 2) blutenden Geschwüren, ohne Infiltration, 3) narbigen Pylorusstenosen, Fällen von 4) Perigastritis und 5) Pylorospasmus.

Bei 71 Pat. konnten die Dauererfolge ermittelt werden. Von diesen sind 38 vollkommen geheilt und beschwerdefrei, 9 sind gebessert, 7 ungeheilt; bei 6 Fällen kam es zur Karzinomentwicklung auf der Basis des Ulcus, 3mal beobachteten wir die Entstehung eines Ulcus pepticum jejuni immer nach Gastroenterostomia anterior. 6 sind an unbekannten Krankheiten oder Lungenphthise gestorben, bei 2 Fällen handelte es sich um hysterisches Erbrechen.

Bei den 9 »gebesserten« Fällen ergab die Magensaftuntersuchung entweder Milchsäure in geringer Menge oder starke Hyperazidität. Bei vielen Fällen war außerdem noch eine beträchtliche Magendilatation zu konstatieren. Die Fälle, bei denen Milchsäure gefunden wurde, sehen alle gut aus und sind frei von Beschwerden, es deutet also dieser Befund nicht etwa auf Karzinom, sondern vielmehr auf eine Stagnation und Zersetzung der Ingesta im Magen.

Auch wir haben in den meisten Fällen benigner Magenaffektionen die Gastroenterostomie als das Normalverfahren angewendet (80 Gastroenterostomien gegenüber 16 anderen Operationen). Wir erzielten 53,5% Heilungen, 12% Besserungen, beobachteten bei 8% von den nachuntersuchten Fällen das Auftreten von Ulcus carcinomatosum und hatten bei 10% der Fälle keinen Erfolg. Im Vergleiche mit anderen Berichten haben wir eine etwas geringere Heilungsziffer erreicht. Wir haben ferner an unseren Fällen die Erfahrung gemacht, daß die Gastroenterostomie nicht immer imstande ist, die motorische Insuffizienz des dilatierten Magens vollständig zu beheben und die geänderten Aziditätsverhältnisse wieder zur Norm zurückzuführen.

Die Prozentzahl der malignen Entartung benigner Magenerkrankungen beträgt nach Hauser 5—6%. Es ist daher die Zahl 8 für unsere Fälle eine verhältnismäßig hohe zu nennen. Angesichts dieser Tatsache müssen wir uns die Frage vorlegen, ob wir denn namentlich bei dem callösen Ulcus — und dies kommt ja für die maligne Entartung in erster Linie in Betracht — mit der einfachen Gastroenterostomie immer das Richtige tun. Ich glaube, wir sollten doch häufiger zur Resektion greifen, und dies namentlich bei jenen Fällen, bei welchen die Resektion keine allzu großen technischen Schwierigkeiten bietet. (Selbstbericht).

---

66) **Credé** (Dresden). Gastroenterostomia caustica.

Vortr. berichtet, daß er sich schon lange mit Versuchen beschäftige, eine Verbindung von Magen und Darm in der Weise herzustellen, daß bei der Operation der Magen und der Darm geschlossen bleiben und sich erst einige Tage nach dem Eingriff die Öffnungen bilden. Wenn sich dies erreichen lasse, so sei die Operation viel ungefährlicher, und Ärzte und Kranke würden sich zeitiger zu derselben entschließen, was prognostisch von großer Bedeutung sei und dem Kranken eine Periode schweren Siechtums ersparen kann. C. glaubt, daß er auf diesem Wege jetzt zu einem brauchbaren Resultat gekommen ist, da

es sich bis jetzt bei 8 Kranken, die alle ganz reaktionslos heilten, vollkommen bewährt hat. Zur Erläuterung seiner Operationsmethode zeigt er Photographien und Präparate. In der Literatur hat er von einem derartigen Vorgehen am Menschen nichts finden können, wenn auch Wullstein bei Tierexperimenten von ähnlichen Gedanken geleitet war.

Die Operation vollzieht sich wie folgt: Nach gründlicher antiseptischer Vorbereitung Bauchschnitt im äußeren Teile des M. rectus, Hervorziehen des Magens und Herausholen einer geeigneten Dünndarmschlinge. C. hält die Gastroenterostomia anterior retrocolica für die zweckmäßigste Methode, doch läßt sich nach seinem Vorgehen jede Modifikation ausführen. Durch das Mesenterium der Dünndarmschlinge wird, diese umschließend, ein starker Seidenfaden gezogen, um sie festzuhalten. Etwa 3—4 cm oberhalb der großen Kurvatur und 1 cm vom Mesenterialansatz des Dünndarmes wird mit einem langen Faden dünner Silberseide oder Silbercatgut Magen und Darm flach bogenförmig mit tiefgreifenden, weiten Stichen in überwändlicher Naht (Leichennaht) fest vereinigt, in der Länge von etwa 5—6 cm. Damit die Naht sich nicht verschiebt, werden die Fadenenden an ihrem Austritt mit je einem Péan festgehalten. Nun wird die Magenwand mit dem breiten Ansatz des Paquelin mit scharfer Begrenzung in dem Umfange von etwa 2 cm Länge und 1,5 cm Breite verkohlt (bei Magenerweiterung etwas größer), jedoch so, daß die Mucosa wohl etwas verschorft, aber nicht zerstört oder eröffnet wird, was ganz leicht nach einiger Übung auszuführen ist. Sollte eine kleine Öffnung in derselben entstehen, so wird dieselbe durch eine Naht geschlossen, oder wenn diese nicht halten sollte, was Vortr. noch nicht passiert ist, offen gelassen, da die ringförmige Naht so fest schließt und so rasch verwächst, daß später nichts in die Bauchhöhle gelangen kann. Im Rande der locheisenartig gebrannten Stelle erkennt man deutlich linienförmige Striche, die die Serosa und die Muscularis hinterlassen haben. Die Umgebung der gebrannten Stelle ist durch die ausstrahlende Hitze des Paquelin in den Zustand einer leichten Verbrennung ersten Grades gebracht worden, die zu rascher und fester Verwachsung außerordentlich befähigt und das Bauchfell matt erscheinen läßt. Nun wird die korrespondierende Stelle der Dünndarmwand etwas vorsichtiger gebrannt, aber auch so, daß die Schleimhaut lebensunfähig gemacht wird. Darauf wird der Darm an den Magen angelagert und in Bogenlinie, wieder mit etwa 1,5 cm Abstand von der gebrannten Stelle, die Naht vollendet und das Fadenende mit dem Fadenanfang verknotet. In 10 Minuten ist die ganze Operation vollendet. Die Nahtlinie wird mit Collargolstreupulver bestäubt und alle Magen-, Darm- und Netzteile, welche der Luft ausgesetzt waren, reichlich mit 1 %iger Collargollösung prophylaktisch begossen und versenkt. Die Bauchhöhle wird vollkommen geschlossen.

Der Vorteil dieser jedenfalls sehr einfachen Methode liegt erstens in der Schnelligkeit der Ausführung, zweitens in der Unmöglichkeit,

die Bauchhöhle und die Finger mit Magen- oder Darminhalt zu beschmutzen, drittens in der einfachen, bequemen und einzigen Naht, viertens in der durch die leichte Verbrennung bedingten, ganz überraschend schnellen und flächenhaften Verwachsung von Magen und Darm, und fünftens in der Möglichkeit, die Ernährung durch den Magen nach der Operation fortzusetzen. In der Regel am 5. Tage tritt nach Abstoßung der nekrotischen Stücke des Magens und des Darmes die volle Verbindung ein. In derselben Weise kann auch Darm mit Darm seitlich vereinigt werden. Die leichte Verbrennung der Serosa empfiehlt sich weiter z. B. bei Magenfistelbildung, bei Ventrofixatio uteri usw. zwecks Erzielung breiter, fester Verwachsungen. (Selbstbericht.)

---

67) **Neuhaus** (Berlin). Funktionelle Magenuntersuchungen hinsichtlich der Früh- und Spätresultate nach Gastroenterostomie.

Funktionelle Magenuntersuchungen, welche an 17 Pat. mit Gastroenterostomia anterior antecolica angestellt worden sind, haben ergeben, daß in der ersten Zeit (mehrere Monate) nach der Operation konstant nach einem Probefrühstück sich nicht nur Galle, sondern auch Pankreassekret im Magen nachweisen läßt. Lag der Zeitpunkt der Operation weiter zurück, so ließ sich eine bemerkenswerte Differenz feststellen. Ein Teil hatte dauernd (bis zu 5 Jahren) nach einem Probefrühstück Galle und Pankreassekret im Magen, während bei einem anderen Teil der Untersuchten sich die beiden Drüsensekrete trotz wiederholt vorgenommener Kontrolluntersuchungen nicht nachweisen ließen. Diese Differenz ist folgendermaßen zu erklären: Bei der ersten Gruppe (mit Galle und Pankreassekret im Magen) ist die Anastomose offen geblieben; bei der zweiten Gruppe ist sie funktionell — nicht anatomisch — ausgeschaltet. Diese funktionelle Ausschaltung kommt durch drei Momente zustande: 1) durch mehr oder minder hochgradige Narbenschrumpfung an der Anastomosenstelle an sich; 2) durch Verkleinerung der Anastomosenstelle, welche mit Verkleinerung des ganzen dilatierten Magens durch allmähliche Beseitigung der Dilatation und Atonie des Magens Hand in Hand geht; der Mageninhalt benutzt wieder den Pylorus als Austrittsstelle anstatt der Anastomose; 3) durch den bei der sehr mobilen Magenschleimhaut leicht möglichen Schleimhautprolaps an der Anastomose, in Verbindung mit der das ganze Hohlorgan beim Verdauungsakt verkleinernden Muskelkontraktion, wobei besonders die Längsmuskeln in Betracht kommen.

Daß die Anastomose dauernd offen bleibt, kann verschiedene Gründe haben:

1) Die Anastomose ist von vornherein sehr groß angelegt worden.

2) Die Dilatation und Atonie des Magens war zur Zeit der Operation nicht sehr stark ausgebildet.

3) Der Pylorus ist in irgend einer Weise — operativ oder durch Narbenstränge — dauernd unpassierbar, so daß der Mageninhalt allein auf die Anastomose angewiesen ist.

Die Beimengung von Galle und Pankreassekret zum Mageninhalt hat niemals irgendwelche nachweisbare Schädigung für den Gesamtorganismus zur Folge gehabt. (Selbstbericht.)

---

68) **Moszkowicz** (Wien) berichtet über »aseptische Darmoperationen«, d. h. Operationen am Magen und Darm, bei denen das Darmlumen während der Naht nicht zu Gesichte kommt. Demonstration des Instrumentariums, Beschreibung der Technik an der Hand von Wandtafeln, welche die Phasen der Operation veranschaulichen. Es handelt sich um eine Fortbildung der von Rostowzew vor einem Jahre im Archiv für klinische Chirurgie vorgeschlagenen »aseptischen Darmnaht«. Diese Methode hat wohl nur deshalb bisher keine Nachahmung gefunden, weil Instrumentarium und Technik noch nicht vollkommen ausgebildet waren. Sie unterscheidet sich vorteilhaft von allen übrigen vorgeschlagenen Verfahren dadurch, daß die Operation wirklich aseptisch verläuft, und daß nach beendeter Darmnaht die Kommunikation der Därme sicher hergestellt ist.

M. schlägt folgende Technik vor. Der Darm wird ober- und unterhalb der erkrankten Partie mit einer Quetsche quer durchgequetscht. Die Quetsche enthält in ihrem Innern zwei Paare von dünnen Stäbchen, deren Enden aus der Quetsche hervorragen und mit kleinen Ringen zusammengefaßt werden. Dadurch verwandeln sich die Stäbchen in einfache Darmklemmen. Sie bleiben nach Abnahme der Quetsche liegen und werden, um ein Abgleiten der Stäbchen ganz sicher zu verhindern, durch besondere »Haltezangen« zusammengedrückt. Der Darm wird zwischen den Stächen mit dem Thermokauter durchtrennt. Die erkrankte Darmpartie, durch Stäbchen hermetisch geschlossen, wird reseziert. Die zurückbleibenden, mit Stäbchen verschlossenen Darmenden werden zur Anastomose gebracht, indem die Naht in zwei Reihen über die Stäbchen hinweg angelegt wird. Wenn die Naht fertig ist, werden die Stäbchen einzeln entfernt, die kleinen Lücken am Ende der Naht, die dann noch vorhanden sind, werden durch Knopfnähte geschlossen. Die Kommunikation der Lumina wird hergestellt, indem die Verklebung der Darmenden durch Invagination mit dem Finger gelöst wird.

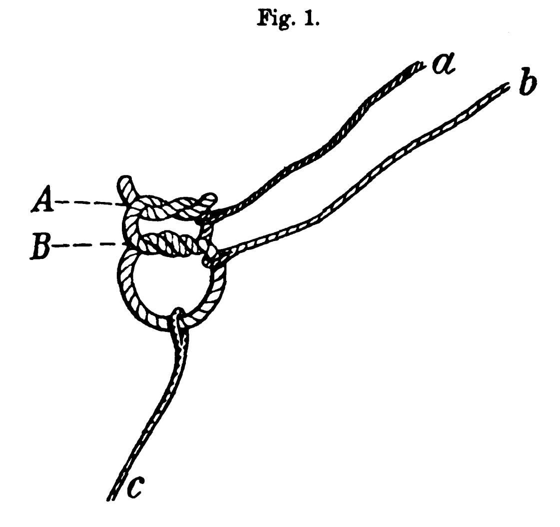
Seitenanastomosen und Resektionen können auf diese Weise an jedem Teile des Magens oder Darmes ausgeführt werden. Der Vortr. hat bisher ausgeführt: eine Magenresektion, zwei Kolonresektionen, eine Gastroenterostomie, zwei Anastomosen zwischen Ileum und Colon transversum. Er erwartet, daß durch ein aseptisches Vorgehen die Resultate der Magen- und Darmoperationen sich bessern werden, namentlich aber die einzeitige Dickdarmresektion wieder an Boden gewinnen wird. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Wullstein (Halle): Zur Ausführung der Darmresektion wird der Darm an den beiden Resektionsstellen mittels des Splanchnotrib gequetscht und nach Wegnahme des Splanchnotrib und vor der Exstirpation des zu resezierenden Darmteiles das eine und andere Darmende für die Dauer der Darmnaht durch einen in der Quetschfurche umgelegten, festgeknoteten Seidenfaden verschlossen. Der hierzu benutzte Seidenfaden hat die Dicke der stärkeren oder stärksten Seidenfäden, welche wir in der Chirurgie verwenden.

Um diesen möglichst fest geknoteten, starken Seidenfaden nachher nach vollendeter Darmvereinigungsnaht, wobei er ja mit dem Anlegen der mehretagigen Serosa-Muscularisnaht vollständig in der Tiefe verschwindet, wieder entfernen zu können, lege ich zwei Seidenfadenschlingen (*a* und *b*) in bestimmter Anordnung zur Öffnung des Knotens und eine dritte (*c*) zur definitiven Entfernung des Fadens ein. Die

Fig. 1.



hierzu verwendeten Fäden müssen die Garantie geben, daß sie bei dem geringen nachher auszuübenden Zuge nicht reißen; sie werden aber im allgemeinen stark genug sein, wenn sie der zweitdünnsten Nummer der in der Chirurgie verwandten Seide entsprechen. Die Schlingen der Fäden müssen durch Einflechtung des einen Fadenendes in das andere, nicht etwa durch einen Knoten gebildet sein. Um die Schlingenfäden (*a*, *b*, *c*) nachher nicht zu verwechseln, was sehr wesentlich ist, können wir zu ihrer Unterscheidung entweder an ihrem Ende einen, zwei oder drei Knoten einschlagen, oder wir lassen sie uns, wie ich es getan habe, in verschiedener Farbe (siehe Fig. 1 Schlingenfaden *a* = rot, *b* = blau, *c* = gelb) gleich fertig von unserem Seidenlieferanten liefern[1].

[1] Unser Lieferant ist: Instrumentenfabrikant Fr. Baumgartel-Halle a. S.

Um die Anordnung der Schlingenfäden und ihren Zweck leichter erklären zu können, müssen wir kurz darauf hinweisen, daß ein chirurgischer Knoten (Fig. 1) besteht aus einer »chirurgischen Schlinge« *B* und einer darauf gesetzten sog. »Sicherungsschlinge« *A*. — Durch Zug an dem eingelegten, roten Schlingenfaden *a* wird zunächst die Sicherungsschlinge *A* aufs leichteste aufzuziehen sein und ebenso nachher die chirurgische Schlinge *B* durch Zug an dem blauen Schlingenfaden *b*, während schließlich der gelbe Schlingenfaden *c* nach nunmehr erfolgter Lösung des chirurgischen Knotens den dicken Seidenfaden, der zum Verschluß des Darmlumens diente, durch eine ganz kleine Lücke in der mehretagigen Serosa-Muscularisnaht definitiv entfernt. Da der Schlingenfaden *a* nur sehr dünn ist, hindert er das dichte Herantreten der Sicherungsschlinge an die chirurgische Schlinge in keiner Weise, so daß der Knoten in seiner Festigkeit keine Einbuße erleidet.

Unser Vorgehen gestaltet sich also kurz folgendermaßen:

Ein dicker Seidenfaden wird durch die Schlinge des Schlingenfadens *c* gezogen und dicht oberhalb bzw. unterhalb des zu exstirpierenden Darmteiles um den Darm herum gelegt und geknotet. Dabei kann derjenige, der das bevorzugt, zur Erhöhung der Asepsis vorher die Schleimhaut durch Quetschung des Darmes mit dem Enterotrib zur Retraktion bringen, den Faden in der Quetschfurche umlegen und den Darmstumpf an der Durchschneidungsstelle mit dem Paquelin verschorfen. Der Faden muß fest geknotet und der Darm nicht unmittelbar am Faden durchschnitten werden, damit ein Abgleiten des Fadens unmöglich ist. Bevor jedoch die chirurgische Schlinge *B* des Knotens geschürzt wird, muß das eine Ende des dicken Seidenfadens durch die Schlinge des Schlingenfadens *b* geführt und vor dem Anlegen der Sicherungsschlinge *A* wiederum das andere Ende durch die Schlinge des Schlingenfadens *a* gezogen werden.

Die Schlinge des Schlingenfadens *b* wird immer möglichst dicht an die chirurgische Schlinge *B* herangeschoben. Ungefähr 3 mm von der Sicherungsschlinge werden die Enden des dicken Seidenfadens abgetragen; die Schlingenfäden *a*, *b* und *c* bleiben ungekürzt.

Ist der Darm so durch den Knoten verschlossen, so ergibt sich das auf Fig. 1 wiedergegebene Fadenarrangement.

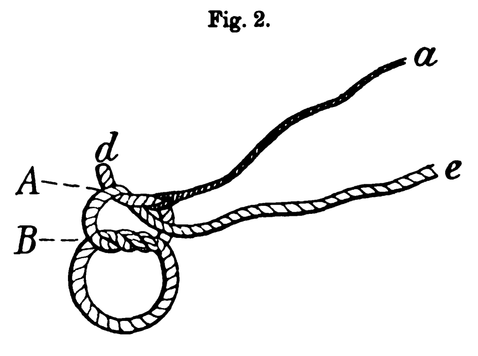
Nachdem das andere Darmende in der gleichen Weise versorgt ist, wird das dazwischen gelegene Darmstück exstirpiert, nachdem durch Abklemmen oder Abbinden desselben dafür gesorgt ist, daß sich nach der Durchschneidung Inhalt aus demselben nicht entleeren kann.

Bei der nun folgenden Darmnaht hat man nur darauf zu achten, daß man nicht etwa durch Zug an dem roten Faden *a* die Sicherungsschlinge löst, während ein zufälliger Zug an dem blauen Faden *b* oder am gelben Faden *c* in keiner Weise schadet, im Gegenteil den Knoten dadurch, daß er die chirurgische Schlinge noch dichter an die Sicherungsschlinge anpreßt, noch weiterhin festigen wird.

Bei der mehretagigen Serosa-Muscularisnaht wird der Faden *c* auf der einen Seite und die Fäden *a* und *b* zusammen ungefähr an der entgegengesetzten Seite der Darmzirkumferenz aus einer ganz kleinen Lücke der Naht, zu deren Verschluß nach der späteren Entfernung der Fäden entweder gar keine oder eine einzige Übernähungsnaht nötig ist, herausgeleitet.

Ist die 2- oder 3etagige Serosa-Muscularisnaht fertig, so wird — und zwar vorteilhafterweise unter einem gewissen Gegenzug an dem gelben Faden *c* — durch Zug am Faden *a* und damit gleichzeitiger Entfernung des Fadens *a* die Sicherungsschlinge *A* geöffnet, darauf durch Zug am Faden *b* und damit gleichzeitiger Entfernung des Fadens *b* die chirurgische Schlinge *B* geöffnet und schließlich durch Zug am Faden *c* mit diesem gleichzeitig der dicke Seidenfaden in toto herausgezogen oder doch wenigstens das eine Ende des dicken Seidenfadens so weit herausgehoben, daß es erfaßt und der ganze Faden entfernt werden kann.

Fig. 2.



Nachdem durch Entfernung der Fäden in der gleichen Reihenfolge auch das andere Darmlumen wieder eröffnet ist, ist die Kommunikation an der Nahtstelle nach völlig fertiger Vernähung wieder hergestellt.

Dasselbe Prinzip, die Knoten versenkter Nähte durch Zug an eingelegten Fadenschlingen zu lösen, habe ich in etwas modifiziererter und vereinfachter Weise (Fig. 2) bei versenkten Bauchdeckennähten, z. B. bei der Muskelnaht bei der Radikaloperation der Leistenhernie nach Bassini und bei der Bauchdecken-Muskelnaht nach Amputation des Wurmfortsatzes mehrfach angewandt. Ich gebe zu, es geschah das mehr experimenti causa, denn es besteht gar kein Grund, hier die reaktionslos einheilenden Fäden nachträglich nach 12—14 Tagen zu entfernen. Im Gegenteil, ich muß zugeben, daß die aus feinsten Lücken der Hautnaht herausgeleiteten Fäden *a* und *e* (siehe Fig. 2) unter Umständen in dieser Zeit sogar die Leitwege für die Infektionskeime von der Oberfläche in die Tiefe abgeben können. — Gleichwohl, ich will diese meine Methode, versenkte Bauchdeckennähte nachträglich — nach 12—14 Tagen — zu entfernen, hier beschreiben.

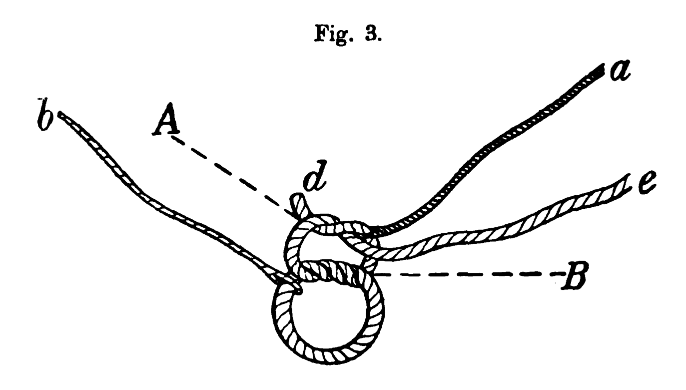
Danach wird die Vereinigung der Muskeln vorgenommen durch gewöhnliche Nähte, die durch einen chirurgischen Knoten geknotet werden. Das einzige Besondere daran ist, daß, bevor die Sicherungsschlinge *A* des Knotens der chirurgischen Schlinge *B* aufgesetzt wird, das eine Ende des dicken Seidenfadens (s. Fig. 2) durch die Schlinge des Schlingenfadens *a* gezogen wird, von den beiden Enden des dicken

Seidenfadens *d* und *e* das dem Schlingenfaden *a* gegenüber gelegene *d* nach fester Schnürung der Sicherungsschlinge *A* ungefähr 3 mm oberhalb der letzteren abgeschnitten wird und das andere Ende dieses Fadens *e* zusammen mit dem Schlingenfaden *a*, ohne daß ein Zug an ihnen ausgeübt wird, durch eine feine Lücke zwischen zwei Hautnähten herausgeführt und locker in den Verband gelegt wird.

Nach 12—14 Tagen, wenn die versenkte Naht entfernt werden soll, sind alle Fäden mit Granulationsgewebe bereits durchwachsen, gleichwohl wird durch Zug am Schlingenfaden *a* die Sicherungsschlinge *A* relativ leicht geöffnet. Die chirurgische Schlinge *B* dagegen muß sich, um sich zu öffnen, bei fortgesetzt stärkerem Zug am Faden *e* allmählich aufrollen, was, da der Faden in den 12—14 Tagen, wie gesagt, in Granulationsgewebe bereits eingebettet ist, für die Pat. zumeist nicht ganz schmerzlos ist.

Man wird infolgedessen besser tun auch hier zur absolut schonenden Öffnung der chirurgischen Schlinge *B* von der Schnürung derselben einen Schlingenfaden *b* in nächster Nähe der chirurgischen Schlinge einzulegen, und zwar, wie es Fig. 3 zeigt, auf der den Fäden *a* und *e* (Fig. 2) entgegengesetzten und der dem gekürzten Ende des dicken Seidenfadens *d* entsprechenden Seite.

Fig. 3.



Ist dann durch Zug am Schlingenfaden *a* (s. Fig. 3) die Sicherungsschlinge *A* in schonender Weise geöffnet, dann haben wir eine Situation, wie sie Fig. 4 darstellt. D. h. das kurze Ende des dicken Seidenfadens liegt dann auf der dem lang gelassenen Ende des dicken Seidenfadens *e* entsprechenden und dem Schlingenfaden *b* entgegengesetzten Seite, und die chirurgische Schlinge *B* wird nun durch Zug am Schlingenfaden *b* besonders bei leichtem Gegenzug am Faden *e* aufs leichteste zu öffnen sein, so daß dann der schonenden Herausnahme des Fadens durch Zug am Fadenende *e* nichts mehr im Wege steht.

Diese durch Fig. 3 und 4 illustrierte Knotenlösung und Fadenentfernung ist sicher ebenso schonend und empfehlenswert wie die auf Fig. 1 dargestellte und hat dieser gegenüber sogar den Vorteil, daß dabei der Schlingenfaden *c* in Wegfall kommt, da er in seiner Funk-

tion durch das lang gelassene Ende des dicken Seidenfadens *e* ersetzt wird.

Bei allen drei Methoden ist darauf zu achten, daß an der roten Fadenschlinge *a* kein vorzeitiger Zug erfolgt.

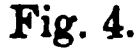
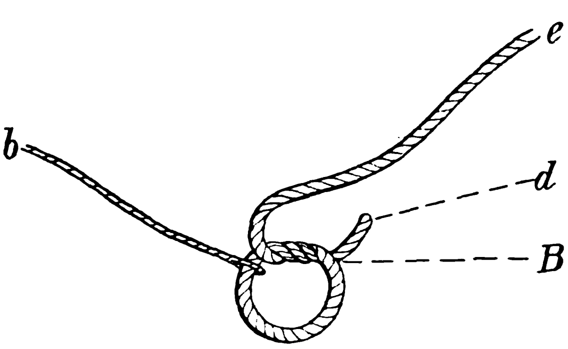


Fig. 4.



Wird die letztbeschriebene Methode (Fig. 3 und 4) zur nachträglichen Entfernung versenkter Bauchdeckennähte benutzt, so werden alle drei Fäden *a*, *b* und *e* durch dieselbe kleine Lücke in der Hautnaht nach außen geführt; bei der Verwendung zur Ausführung der völlig aseptischen Darmoperation wird man Faden *a* und *e* am besten aus einer und Faden *b* aus einer zweiten entsprechend entfernten, feinsten Lücke der mehretagigen Serosa-Muscularisnaht nach außen herausleiten. (Selbstbericht.)

---

69) **Klapp** (Berlin). Entleerung infektiöser Flüssigkeitsansammlungen und chirurgische Darmentleerung.

Wenn wir lokale infektiöse Flüssigkeitsansammlungen chirurgischer Natur zu behandeln haben, so legen wir, wie alle Chirurgen, größtes Gewicht darauf, die infektiösen Stoffe so gründlich wie nur möglich nach außen zu entleeren. Obgleich wir auch früher keinen Zweifel an diesem Standpunkt gelassen haben, so muß das doch einmal ex kathedra ausgesprochen werden, um einigen in letzter Zeit hervortretenden Stimmen entgegen zu treten, welche uns den Standpunkt imputieren wollen, als ob wir eine ganz uugenügende Entleerung des Eiters vornähmen.

Der Schnitt in irgend einer Form, ob groß oder klein, wenn nur physiologisch richtig angelegt, muß den Eiterherd nach außen eröffnen. Daß sich Bier in der Beschränkung unnötig großer Schnitte ein großes Verdienst erworben hat, wird ihm von der einen Seite bestritten, von der anderen Seite anerkannt (Kocher). Erst in zweiter Linie kommen die anderen ableitenden Maßnahmen. Wenn man die hierher gehörigen Mittel nach ihrer Wirksamkeit ordnen will, so möchte ich die Saugbehandlung voranstellen, dann die Drainage und schließ-

lich die Tamponade nennen. Die Tamponade wird ohne Zweifel ihrem Wert nach zu hoch veranschlagt. Zum mindesten soll man nicht wieder die Tamponade mit einem Docht vergleichen und ihr größere Saugkraft zuschreiben. Eine Saugkraft kann die Tamponade nur so lange entfalten, als sie trocken ist. Sobald sich der Tampon vollgesogen hat, wirkt er nur noch als Fremdkörper, der die Gewebe zur Sekretion reizt, ohne daß er die Sekrete genügend ableitet. Neuerdings ist man mit Recht bestrebt, den Docht bei der Ableitung von Sekreten besser nachzuahmen; z. B. scheint das Dreesmann mit seinem Instrument gut gelungen zu sein. Ich glaube, daß die Bedeutung der bloßen Tamponade eher im Offenhalten der Wunde liegt, als in ihrer Saugkraft.

Es besteht noch weiterhin eine dringende Indikation, die Technik der Ableitung infektiöser Flüssigkeiten zu verbessern. Dabei drängt sich in letzter Zeit immer mehr das Bestreben vor, möglichst physiologisch vorzugehen. Je physiologischer man bei der notwendigen und natürlich gründlichen Entleerung infektiöser Flüssigkeitsansammlungen mit den Geweben umgeht, um so eher werden diese imstande sein, sich mit den ihnen eigenen Abwehrkräften an der Bewältigung der Infektion zu beteiligen. Wieviel sich mit der physiologischen Behandlung allein erreichen läßt, habe ich kürzlich an dem Beispiel der Sehnenscheidenphlegmone zeigen können.

In letzter Zeit bin ich der Frage nachgegangen, ob wir nicht auch beim Ileus und der diffusen Peritonitis durch Verbesserung der Technik in der Ableitung des Darminhaltes unsere Resultate verbessern können.

1) Die Entleerung des Darmes bei der diffusen Peritonitis ist eine so dringende und anerkannte Maßnahme, daß ich über die Indikation kein Wort verliere. Ebensowenig möchte ich mich darüber auslassen, wie man bisher vorgegangen ist. Bei dem bisherigen Vorgehen wird die Asepsis nicht mit genügender Sicherheit gewährleistet. Die Indikation besteht, den Darm schnell, ergiebig und unter Wahrung der Asepsis zu entleeren; dieser Forderung wird aber die technische Ausführung noch nicht gerecht. Gewiß wirken Enterostomien sehr günstig, aber diese können auch noch angewendet werden, wenn der Darminhalt vorher gründlich entleert worden ist. Die Darmentleerung, welche ich befürworten möchte, geschieht so, daß eine geschlossene Leitung zwischen Darm und Potin'scher Saugflasche hergestellt wird. Zu diesem Zweck gebrauche ich ein rohrartiges Instrument, welches man mit dem einen Ende in den Darm einnäht und aus welchem man dann einen weichen gefensterten Gummischlauch in den Darm hineingleiten läßt. Ist das geschehen, so verdünnt man die Luft der Potin'schen Saugflasche und saugt so den gewöhnlich dünnflüssigen Darminhalt in die Flasche hinein. Entleert sich kein Darminhalt mehr, so reiht man immer mehr Darm über den Schlauch herüber und saugt erst nach der einen und dann nach der anderen Richtung

den Darm so weit aus, wie man nur kann. Meist gelingt es, von ein bis zwei Einstichstellen den ganzen Darm völlig zu entleeren.

Als Vorteil des Instrumentes betrachte ich es, daß diese Art der Entleerung aseptisch, sehr ausgiebig und schonend in einer geschlossenen Leitung erfolgen kann, so daß man nicht einmal den üblen Geruch im Operationszimmer hat. Gegen den plötzlichen Sturz des Blutdruckes wendet man mit Vorteil die in letzter Zeit von Heidenhain empfohlenen Adrenalin-Kochsalzinfusionen an. Ich halte es für am zweckmäßigten, in jedem Falle von diffuser Peritonitis, welche mit Untätigkeit des Darmes einhergeht, während der Laparotomie mit Hilfe meines Apparates den Darm zu entleeren und dann, wenn nötig, eine oder mehrere Enterostomien anzulegen. Die drohende Herabsetzung des Blutdruckes wird zweckmäßig mit Adrenalin-Kochsalzinfusionen bekämpft.

2) Lokale oder ausgebreitete Ansammlungen infektiöser Flüssigkeiten im Bereich der Bauchhöhle entleere ich nicht nur durch einen geeigneten Schnitt mit Tupfer oder Spülungen, sondern ich führe ein vergittertes Saugrohr ein, um die Flüssigkeit vollständig abzusaugen. Dieses Saugrohr ist vergittert, damit sich keine Gewebeteile in seine Fenster ansaugen. Man leitet die Flüssigkeiten wiederum in eine Potin'sche Saugflasche. So behandle ich z. B. den appendicitischen Abszeß mit möglichst kleinem Schnitt und glaube, der Forderung möglichst schonenden Vorgehens am besten gerecht zu werden. In gleicher Weise werden lokale oder diffuse peritonitische Exsudate behandelt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Payr (Greifswald) benutzt zur Entleerung von Flüssigkeiten aus dem Darm während und nach der Operation eine Bunsen'sche Wasserstrahlpumpe. **Lichtenauer** (Stettin).

---

70) **H. Braun** (Göttingen). Demonstration eines Enterokystoms.

B. zeigte ein Enterokystom, dessen Durchmesser 25 cm querüber, 18 cm von oben nach unten und 13 cm von vorn nach hinten betrug, und durch seine Größe und sein Gewicht (es wog etwas über 6 Pfund) bei einer 71jährigen, bis dahin immer gesunden Frau einen Darmverschluß veranlaßt hatte. Bei der am 16. September 1907 vorgenommenen Operation zeigte sich, daß dieser große cystische Tumor, ohne irgendwelche sonstige Adhäsionen, nur durch ein 1 cm langes und 2 mm dickes Ligament auf die Länge von 2 cm mit einer Dünndarmschlinge in Verbindung stand. Nach Durchtrennung derselben konnte der Tumor leicht entfernt werden; der dadurch entstandene peritoneale Defekt am Darme wurde mit einer doppelten Nahtreihe feinster Seidensuturen gedekt. Der Wundverlauf war vollkommen reaktionslos, die

Kranke konnte am 9. Oktober geheilt entlassen werden und ist auch jetzt noch vollkommen gesund. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Jaffé (Posen) berichtet über zwei von ihm beobachtete entzündliche Geschwülste von Colon descendens. In einer fand sich als Ursache ein Knochenstückchen, die andere wurde partiell reseziert und ergab mikroskopisch entzündetes Gewebe.

F. Franke (Braunschweig) lenkt die Aufmerksamkeit darauf, daß multiple falsche Divertikel am Darm, besonders an der Flexura sigmoidea, nicht nur dadurch wichtig für den Chirurgen sind, daß sie infolge von Entzündung verdächtige, schon öfters als Karzinom angesehene Geschwülste bilden, auch Anlaß zu schweren Eiterungsprozessen bis zu abgesackter und allgemeiner Peritonitis geben können, sondern auch dadurch, daß sie ohne irgend eine erhebliche Entzündung zu einer Verdickung des Darmes führen können, die den Eindruck einer Geschwulst macht. Wahrscheinlich gehören hierher manche Fälle sogenannter hyperplasierender oder infiltrierender Kolitis bzw. Sigmoiditis. F. erläutert das kurz an der Hand eines von ihm mit Resektion der Flexura sigmoidea behandelten und geheilten Falles unter Demonstration des Präparates. (Selbstbericht.)

Müller (Rostock): Zwei Fälle, von denen der eine reseziert wurde, der andere spontan zurückging. Er glaubt, daß die Fälle häufiger vorkommen, als sie beschrieben werden.

Braun (Schlußwort) glaubt auch nicht, daß die Geschwülste selten vorkommen. **Lichtenauer** (Stettin).

---

71) **Bunge** (Bonn). Über postoperativen spastischen Darmverschluß.

B. berichtet über zwei Beobachtungen, die geeignet sind, zu beweisen, daß es Enterospasmen von einer solchen Ausdehnung, Intensität und Dauer gibt, daß durch dieselben infolge absoluter Verlegung der Kot- und Gaspassage die gleichen Gefahren ausgelöst werden können, wie durch einen mechanischen Darmverschluß.

In beiden Fällen handelte es sich um weibliche Kranke, bei denen gynäkologische Operationen ausgeführt waren, unter gleichzeitiger Entfernung des veränderten Wurmfortsatzes.

Bei der ersten Kranken traten am Tage nach der Operation heftige kneifende Schmerzen in der Oberbauchgegend, später in den seitlichen Bauchgegenden auf, ohne daß ein objektiver Befund (gesteigerte Peristaltik, isoliert geblähte Schlinge usw.) zu erheben gewesen wäre. Trotz energischer Anregung der Peristaltik bestand vom Tage der Operation an eine absolute Kot- und Gassperre, so daß ein kolossaler Meteorismus sich einstellte; am 5. Tage wurde zwecks Entleerung des Darmes relaparotomiert. Es fand sich ein Spasmus, der

den ganzen Dickdarm mit Ausnahme des Coecum betraf, der spastische Darm war steif wie ein Tau, das Coecum auf Kindskopfgröße gebläht, der Dünndarm durch den gestauten Darminhalt mächtig ausgedehnt. Ileostomie mit Witzel'scher Fistel führte zu glatter Heilung; bereits 2 Tage nach der Operation Stuhl per rectum.

Bei der zweiten Kranken fehlten die heftigen Schmerzen im Anfang, es bestand von vornherein das Bild einer schweren postoperativen Darmlähmung, die trotz hoher Physostigmingaben und anderer Abführmittel nicht zu beseitigen war. Relaparotomie am 6. Tage ergab einen über den ganzen Dickdarm und eine 30—40 cm lange Dünndarmstrecke ausgedehnten gleichen Spasmus; in der Mitte des spastisch kontrahierten Querdickdarmes eine überfaustgroße durch Gas bedingte Aufblähung. Trotz Ileostomie Exitus am gleichen Tage.

In beiden Fällen keine Peritonitis.

Die Ätiologie derartiger Spasmen ist bisher noch vollständig ungeklärt, doch scheint es B. am wahrscheinlichsten, daß nervöse, reflektorische Einflüsse am ehesten in Betracht zu ziehen sind.

Eine frühzeitige Diagnose derartiger Spasmen hält B., wenn man in den ersten Tagen nach der Operation untersucht, bevor ein stärkerer Meteorismus die Untersuchung erschwert, für möglich auf Grund anderweitiger eigener Erfahrungen, die er bei Darmstörungen verschiedenen Grades nach Nierenoperationen, in einem Falle auch nach unkomplizierter Entfernung eines Wurmfortsatzes gemacht hat. In diesen Fällen gelang es, die Erscheinungen schnell durch große Dosen von Opium mit Belladonna per rectum zum Verschwinden zu bringen. Abführmittel jeder Art sind in solchen Fällen kontraindiziert, da sie wie in den beiden operierten Fällen den Zustand nur verschlimmern; eine Verabreichung von Opium mit Belladonna ist natürlich nur erlaubt bei sicher nachgewiesenem Spasmus. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Brunn (Tübingen) berichtet über zwei analoge Fälle aus der Tübinger Klinik. Im ersteren Falle fanden sich bei der Operation zwei Kontraktionsringe im unteren Ileum. Im zweiten Falle fand sich eine tetanische Kontraktion im Colon transversum, die selbst an der Leiche noch vorhanden war. Hierbei fand sich eine strangförmige Adhäsion in der Nähe dieser Stelle. B. glaubt daher diese als Ursache ansprechen zu müssen.

Barth (Danzig): Zwei Fälle von Enterospasmus. Der erste durch Morphiumtherapie geheilt, beim zweiten fand sich als Ursache des Ileus nach einer einfachen Kolporrhaphie ein Bandwurm.

Heidenhain (Worms) hat einen Fall nach abdominaler Uterusexstirpation gesehen. Er bittet alle derartigen Fälle bekannt zu geben, um die rätselhafte Ursache aufzudecken

Körte (Berlin) sah zwei Fälle nach Magenoperationen. Er mußte in beiden Fällen die Jejunostomie machen, im zweiten Falle sogar

wiederholen. Er hat auch derartige Fälle ohne vorausgegangene Operation beobachtet.

Müller (Rostock) glaubt, daß viele derartige Fälle durch beginnende Peritonitis hervorgerufen seien.

Küster (Berlin) hat zwei Fälle beobachtet. Bei dem einen war die Ursache ein Spulwurm. **Lichtenauer** (Stettin).

A. Schlesinger (Berlin). Frau mit vollständig obturierendem Rektumkarzinom. Anlegung eines rechtsseitigen Anus praeternaturalis. Da nach 6 Tagen immer noch kein Stuhl erfolgt ist, wird ein Verschluß oberhalb des Anus angenommen und die Laparotomie gemacht. Es findet sich 1) im Colon transversum ein Kotstein und zwischen diesem und dem Tumor eine sehr starke Kotanfüllung der Flexur, 2) der untere Teil des Ileum ist spastisch kontrahiert, oberhalb des Spasmus geblähte Darmschlingen. Es handelt sich also um zweisitzigen Ileus. Laparotomiewunde geschlossen und Anus links angelegt, nachdem der Kotballen zerdrückt ist. Am nächsten Tage entleert sich nach Öffnung des Darmes reichlich Kot aus der linken Wunde. Zugleich kommt aus dem rechtsseitigen Anus Kot heraus. (Selbstbericht.)

Wilms (Basel) weist hin auf den von Krönig beschriebenen Fall, bei dem Darmgeschwüre, durch Thrombosen verursacht, den Enterospasmus auslösten.

Payr (Greifswald) hat bei Tieren künstlich Embolien der Darmgefäße hergestellt und hierbei das Auftreten von Darmgeschwüren und Spasmen beobachtet.

Marquard (Hagen) sah einen Spasmus des Kolon nach Nephrostomie, bei der eine Eröffnung der Leibeshöhle nicht stattgefunden hatte. Er glaubt dies auf Thrombosen der Darmgefäße zurückführen zu müssen.

Bunge: Eine Peritonitis an dem kontrahierten Darmstück war nicht vorhanden, der Darm sah vielmehr blaß aus. Über den Fall Krönig ist B. anderer Ansicht als Wilms. Wären Nekrosen der Darmschleimhaut die Ursache des Spasmus gewesen, so hätte nach Abstoßung derselben eine Stenose des Darmes eintreten müssen.

Lichtenauer (Stettin).

---

72) **Canon** (Berlin). Darmausschaltung durch Ileo-Flexurostomie.

C. berichtet über einen Pat., bei welchem er vor $2^1/_2$ Jahren die totale Ausschaltung des Dickdarmes vorgenommen hat. Pat. war $^1/_4$ Jahr lang wegen andauernder Darmblutungen mit inneren Mitteln — darunter Jodkali — und Darmspülungen auch von spezialistischer Seite ohne jeden Erfolg behandelt worden. Der Mastdarm war gesund, in der rechten unteren Bauchgegend war aber ein Tumor fühlbar, der schließlich exstirpiert wurde und aus höchstwahrscheinlich

luetisch verändertem Dickdarm bestand (Verdickung der Darmschichten, starke Hyperämie der Schleimhaut mit kleineren Defekten, starke Infiltration der Submucosa und geringere der Muscularis). Der Darm schien auch noch in der Umgebung des exstirpierten Stückes krank zu sein; ein trotzdem später gemachter Versuch ihn zu vernähen mißlang, und da auch weitere Blutungen aus dem oberen Darmteil auftraten, wurde angenommen, daß der Dickdarm noch weiter hinauf erkrankt war, und seine totale Ausschaltung von einem Medianschnitt aus vorgenommen; das Ileum wurde oberhalb des Blinddarmes durchtrennt, das orale Ende in die Flexura sigmoidea implantiert, das aborale verschlossen und versenkt. Die aborale Öffnung am Colon descendens wurde ebenfalls übernäht, doch ist hier eine kleine Fistel zurückgeblieben, die den Pat. aber wenig stört. Die Blutungen aus dem Dickdarm haben nach der Ausschaltung und nach einer Quecksilberkur nachgelassen, aber die Sekretion jauchiger Massen aus dem ausgeschalteten Dickdarm ist trotz häufiger Spülungen mit einem Darmrohr noch stark und sehr störend, ein Umstand, welcher ebenfalls auf Erkrankung des Darmstückes schließen läßt. Pat. hat nur Durchfälle, wenn er viel Flüssigkeit zu sich nimmt; der Urin ist frei von Eiweiß und zeigt keine Vermehrung des Indikan. (Selbstbericht.)

---

73) **Heddaeus.** Über die Folgen einer totalen Ausschaltung des Kolon durch Verbindung des Ileum mit der Flexura sigmoidea.

Vortr. berichtet über einen vor 5 Jahren von Lindner operierten Fall von totaler Ausschaltung des Kolon wegen Darmneurose.

Die betreffende Pat. hatte infolge der genannten Operation sehr heftige Beschwerden, meist in Gestalt kolikartiger Anfälle bekommen. Die vom Vortr. ausgeführte Operation ergab eine enorme Ausdehnung des mit blindem Ende seitlich in das Kolon implantierten Ileum und außerdem eine stark stenosierende Überbrückung des Dünndarmes durch die verlagerte Ileumschlinge.

Durch die Operation wurde die Pat. fast vollkommen geheilt. Die heutigen seltenen Beschwerden gipfeln in plötzlich auftretenden gehäuften Diarrhöen, die Vortr. auf die zu tief angelegte Einpflanzung bezieht. Dieser Zustand ist auch durch die Entfernung des Blindsackes und einer neuen Anastomose zwischen dem Dünndarm und dem früher ausgeschalteten Coecum nicht behoben.

Vortr. kommt zu dem Resultat, daß

1) die totale Ausschaltung des Kolon kein gleichgültiger Eingriff ist, wie manche Autoren behaupten, sondern daß sie nur in den schwersten, sonst unheilbaren Erkrankungen des Kolon angezeigt ist;

2) daß sie, wenn möglich, nur eine partielle sein soll.

3) Bei der Technik ist darauf zu achten, daß das Ileum beim Einpflanzen in das Kolon keine kurze Überbrückung des Dünndarmes macht, und

4) daß die Einpflanzung des Ileum in das Kolon womöglich end to side oder, wenn side to side, dann wenigstens mit kürzestem Blindsack erfolgt. (Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 72 und 73.

Schultze (Duisburg) hat wegen multipler Stenosen des Dickdarmes das Ileum in die Flexura sigmoidea eingepflanzt.

F. Franke (Braunschweig), der die Ausschaltung des Kolon zuerst auch bei chronischer Obstipation vorgenommen und empfohlen hat, hebt hervor, daß nach seinen und anderer Erfahrungen in einzelnen Fällen durch retrograde Peristaltik schwere Störungen hervorgerufen werden können, und will deshalb die Operation nur in ganz besonders schweren Fällen zulassen. (Selbstbericht.)

Martens (Berlin) berichtet über einen Kranken mit chronischer Dysenterie, bei dem auswärts erst eine Coecalfistel, dann eine Anastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea, schließlich die Durchtrennung des Ileum zwischen Anastomose und Coecum gemacht worden war. Die Operationen hatten keinerlei Nutzen gehabt und ihren Zweck insofern verfehlt, als der Kot sich zum Teil doch noch rückläufig aus der Coecalfistel entleerte. Zur völligen Ausschaltung mußte jetzt noch das Kolon oberhalb der Anastomose durchtrennt und zur Ableitung des Eiters das proximale Ende nach außen geleitet werden. Die vielen häufigen, dünnen Stuhlentleerungen sind dem Kranken sehr lästig.

M. warnt daher vor zu häufiger Anwendung dieser doch nicht ganz gleichgültigen großen Eingriffe. (Selbstbericht.)

Sprengel (Braunschweig) hat einen der von Franke berichteten Fälle später zur Operation bekommen. Die Pat. war mit dem Resultat der Kolonausschaltung sehr unzufrieden.

Körte (Berlin) wendet die Ausschaltung des Dickdarmes nur in extremen Fällen an, und auch dann, wenn möglich, nur partiell. Es kommt darauf an, ob die Erkrankung des Dickdarmes bereits ausgeheilt ist. Ist dies nicht der Fall, so empfiehlt K. eine Fistel am Blinddarm anzulegen und von dort aus den erkrankten Darm durchzuspülen. **Lichtenauer** (Stettin).

---

74) **Graff** (Bonn). Über Milzexstirpation bei Anaemia pseudoleucaemica infantum.

Die Bluterkrankungen im Kindesalter sind noch ein recht dunkles Kapitel der inneren Medizin, namentlich der Zusammenhang mit dem begleitenden Milztumor. Während man im allgemeinen die Milz nicht für den primären Sitz der Krankheit hält, gibt es doch Fälle, bei denen die Entfernung der Milz schnelle Heilung bringt. Vortr. hat bei einem hochgradig anämischen, abgemagerten, nur 11 Pfund wiegenden Kind einen Milztumor entfernt, der über 1 Pfund wog. Blutbefund vor der Operation Verminderung der roten Blutkörperchen

mit auffallend vielen Normoblasten und Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Nach der Operation mit Besserung des Allgemeinbefindens allmählicher Übergang des Blutbefundes zur Norm. Zunahme des Körpergewichtes in 9 Monaten von 11 Pfund auf 21 Pfund. Der Blutbefund, der Milztumor (pathologisch anatomisch einfach indurative Hyperplasie), die fehlende Lebervergrößerung und Drüsenanschwellung sichert die Diagnose auf Anaemia pseudoleucaemica infantum. Für die Erklärung der rätselhaft schnellen Heilung post exstirpationem kann die Beobachtung Umber's herangezogen werden, der bei Banti'scher Krankheit einen pyogenen Eiweißzerfall nachwies, der mit Entfernung der Milz sofort aufhörte. Jedenfalls scheint nach den bisherigen, wenn auch sehr wenig zahlreichen Erfahrungen die Milzexstirpation bei derartigen Krankheiten sehr schnelle Heilungen herbeizuführen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Wolff (Potsdam) stellt das vor 3 Jahren operierte Kind vor, welches jetzt 4 Jahre alt und vollkommen gesund ist. Der Blutbefund ist jetzt morphologisch normal, es besteht aber noch eine Vermehrung der weißen Blutzellen im Verhältnis zu den roten.

Lichtenauer (Stettin).

---

75) **E. Ruge** (Berlin). Beiträge zur chirurgischen Anatomie der Gallengänge.

Vortr. berichtet über die Resultate seiner Untersuchungen an 43 Präparaten von menschlicher Leberpforte. Er fand, daß der Ductus cysticus nur in $1/3$ der Fälle den Lehrbuchverlauf zeigt, so zwar, daß er in einem spitzen Winkel in den Hepatocholedochus einmündet. In den übrigen Fällen läuft er eine Strecke weit mit dem Hepaticus eng verbunden neben diesem her, bevor er in ihn einmündet, in 9 unter 43 Fällen ihm an der rechten Seite völlig parallel verlaufend, in 18 Fällen um ihn eine Spiraltour beschreibend. Typische Präparate von jedem dieser drei Typen wurden gezeigt und an der Hand von Wandtafeln auf die Konsequenzen dieser anatomischen Verhältnisse aufmerksam gemacht. Sie bestehen nach dem Vortr. im wesentlichen darin, daß zunächst einmal sehr häufig der Operateur, in der Meinung, schon im Choledochus angelangt zu sein, sich noch im Cysticus befindet, daß weiterhin bei der oft versteckten Lage der Mündung des Cysticus im Pankreasgewebe die Hepaticussondierung schwierig oder unmöglich wird und die Einführung eines Hepaticusdrains mißlingt.

Ferner demonstriert der Vortr. einen eigenartigen Fall von Cysticusdoppelbildung.

Am Hepaticus fand Vortr. relativ häufig eine Varietät, die darin bestand, daß dieser sich schon sofort an der Cysticuseinmündung in seine Äste zerteilt (2—5 Äste), so daß ein Hepaticushauptgang fehlt. Er macht auf die notwendige Insuffizienz der Drainage durch

ein Hepaticusrohr in diesen Fällen und in solchen von kurzem Hepaticus aufmerksam, da dasselbe natürlich nur in einen Ast des Hepaticus eingeschoben werden könne. Er empfiehlt aus diesen und anderen Gründen statt der Hepaticus- die prinzipielle Choledochusdrainage, deren Effekt er als vollwertig mit der ersteren gleichstellt.

Der Choledochus geht nach dem Vortr. fast stets (außer 3 Fällen) durch die Substanz des Pankreas hindurch.

Der Pancreaticus accessorius (Santorini) besteht nur in 9 unter 43 Fällen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Pagenstecher (Wiesbaden) hat die von Ruge demonstrierten Varietäten der Gallengänge in vivo beobachtet.

Gleiss (Hamburg) hat bei einem eingeklemmten Choledochusstein Öl in die vorher angelegte Gallenblasenfistel injiziert mit dem Erfolg, daß der arrodierte Stein spontan abging. **Lichtenauer** (Stettin).

---

76) **A. Exner** und **H. Heyrovsky** (Wien). Pathologie der Cholelithiasis.

E. und H. berichten über Versuche, die sie zum Teil an mit verschiedenen Bakterienarten beimpfter und nicht beimpfter Galle, zum Teil an gewöhnlicher Bouillon, die mit gallensauren Salzen versetzt worden war, anstellten. Eine quantitative chemische Untersuchung zeigte in einwandsfreier Weise, daß durch das Wachstum der Bakterien die gallensauren Salze zersetzt werden, am stärksten von den Bakterien der Typhus-Koligruppe, am geringsten von den Pyokokken. Durch das Zugrundegehen der gallensauren Salze wird die Fähigkeit der Galle, Cholestearin zu lösen, bedeutend vermindert. Da Naunyn die Behauptung aufstellte, daß bei der Lösung des Cholestearins in der Galle der Gehalt der Galle an Fetten und Seifen die Hauptrolle spiele, wurde in steriler und beimpfter Galle auch der Gehalt an Seifen und Fetten bestimmt. Diese Körper wurden durch das Wachstum der Bakterien nicht beeinflußt. Die Genannten kommen zu folgenden Untersuchungsergebnissen.

1) Durch das Wachstum der Bakterien werden in der Galle die gallensauren Salze zerstört. 2) Die Zerstörung der gallensauren Salze vermindert die Fähigkeit der Galle, Cholestearin zu lösen, sehr bedeutend. 3) Diese Verminderung der gallensauren Salze führt zum Ausfall des Cholestearin. 4) Bei diesem Prozesse spielen die Seifen und Fette keine Rolle. 5) Die bisher in der Galle als Fettsäuren bestimmten Körper enthalten nur zu einem geringen Teile wirklich Fettsäure. Der Gehalt der Galle an Fettsäuren ist in Wirklichkeit annäherungsweise nur $^1/_{10}$ der bisher angenommenen Mengen und entspricht ungefähr dem Fettsäuren-Gehalte des Blutes. 6) Diese Tatsachen sind von ausschlaggebender Bedeutung für die Genese der

Gallensteine, da sie zeigen, daß Cholestearin bei Bakterieninfektion ausfallen muß und so der Anstoß zur Bildung von Cholestearinsteinen gegeben wird. (Selbstbericht.)

77) **Lampe** (Bromberg). 4 Gallensteine von besonderer Größe.

L. demonstriert 4 Gallensteine von besonderer Größe; der größte hat eine Länge von 8 cm, einen Umfang von 13 cm, ein Gewicht von 62 g. 2 Steine sind gewonnen durch Cholecystostomie bzw. Cholecystektomie, 2 durch Enterotomie bei Gallensteinileus. Sämtliche Steine stammen von weiblichen Kranken im IV., V. und VI. Dezennium; sie sind durch die entsprechenden Eingriffe geheilt worden.

(Selbstbericht.)

78) **H. Braun** (Zwickau). Über Ganglioneurome. Fall von Resektion und Naht der Bauchaorta.

Bei einem 6½jährigen, sonst gesunden Mädchen wurde ein kindskopfgroßes, retroperitoneal gelegenes, die linke Seite des Abdomen ausfüllendes Ganglioneurom exstirpiert. Der Tumor hatte keinerlei charakteristische Krankheitserscheinungen verursacht und ließ sich bis auf einen vor der Wirbelsäule gelegenen breiten Stiel leicht ausschälen. Es fand sich dann, daß die Aorta in Länge von 8 cm in eine an der Rückseite des Tumors gelegene Furche eingebettet, und daß ihre Adventitia in den Tumor aufgegangen war. Vier Arterien traten unmittelbar nach ihrem Austritt aus der Aorta in den Tumor ein. Beim Herauspräparieren der Aorta aus dem Tumor entstand ein schräger Einriß in der Wand des Gefäßes. Da die Naht der Wunde nicht gelang, wurden 2 cm der Aorta, soweit ihre Wandung stark lädiert und nicht mehr zur Naht geeignet war, quer reseziert. Die Enden wurden mittels des von Carrel-Stich angegebenen Verfahrens zirkulär durch Naht vereinigt. Es trat glatte Heilung ein. Zirkulationsstörungen an den unteren Extremitäten wurden nicht beobachtet. Der exstirpierte, 1900 g schwere Tumor besteht zum überwiegenden Teil aus marklosen Nervenfasern; markhaltige Fasern sind nur spärlich vorhanden. Zwischen den Nervenbündeln liegen teils einzeln, teils in Gruppen, Ganglienzellen. Der vorliegende Fall ist der sechste ähnlich gelegener retroperitonealer Ganglioneurome, als deren Ausgangspunkt der Grenzstrang des Sympathicus anzusehen ist. Die fünf übrigen Fälle sind ebenfalls operiert worden, nur 2mal mit günstigem Ausgang (Kredel, Glockner). Allen Fällen ist die nahe Beziehung des Tumors zur Aorta abdominalis oder der Vena cava inf. gemeinsam. Die Exstirpation derartiger retroperitonealer Tumoren gelingt am besten durch einen langen Querschnitt, welcher vorn in der Mittellinie unterhalb des Nabels beginnt, den geraden Bauchmuskel durchtrennt und hinten in dem Winkel zwischen Rückenstrecker und 12. Rippe endigt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kredel (Hannover): Wenn bei der Operation der großen retroperitonealen Ganglioneurome Schwierigkeiten mit der Aorta entstehen, empfiehlt K., wie er es einmal getan, ein kleines Stück des Tumors sitzen zu lassen. Die stückweise Entfernung dieser Geschwülste ist außerordentlich gut möglich, weil die Schnittfläche völlig blutleer, schneeweiß aussieht, als ob man im toten Gewebe operiert. Bei dem so operierten Kinde war nach 5 Jahren der Tumor nicht wiedergewachsen. Ein zweites mit multiplen subkutanen Ganglioneuromen beobachtetes Kind war ebenfalls nach mehr als 6 Jahren völlig wohl und gesund geblieben und die Geschwülste nur ganz wenig gewachsen. (Selbstbericht.)

Martin (Köln): Komplizierte Verrenkung im Cubitalgelenk mit Zerreißung der Art. und V. brachialis. Zirkuläre Gefäßnaht nach Stich. Glatte Heilung. **Boerner** (Rastatt).

Harn- und Geschlechtsorgane.

79) **Hintertoisser** (Teschen). Über Urethralverletzungen.

Von 16 Verletzungen des perinealen und pelvinen Teiles der Harnröhre starben 2, während die übrigen 14 zur Heilung gelangten. 7 waren kompliziert bzw. verursacht durch Knochenbrüche des Beckens (absteigender Schambeinast, Sitzbein); zu dieser Gruppe zählen die 2 Todesfälle an Sepsis, welche sich am 5. und 11. Tage nach der Verletzung ereigneten. Die übrigen neun, teilweise sehr schweren Zerreißungen der Urethra waren lediglich Weichteilverletzungen. Die Entstehungsursachen waren bei 5 Bergleuten: Verschüttung im Schachte, Anfahren eines Kohlenhuntes, Sturz auf einen Kohlenhunt, Herabfallen von Steinblöcken auf den liegenden Arbeiter (2), die anderen Verletzungsfälle entstanden durch Sturz mit dem Perineum auf einen harten Gegenstand (Holzblock, Eisenstange, Rand eines Wassereimers, Zaun), je 1mal durch Sturz aus großer Höhe, Sturz mit dem Pferde, Fußtritt.

Acht Fälle (darunter die beiden Todesfälle) wurden mittels Verweilkatheter behandelt; 8mal wurde durch den äußeren Harnröhrenschnitt die Verletzung bloßgelegt, in sechs Fällen konnte das proximale Urethrallumen gefunden und der Verweilkatheter eingeführt werden, einmal wurde durch Punctio vesicae suprapubica, einmal durch Sectio alta der retrograde Katheterismus ausgeführt und eine Doppeldrainage (Dittel-Ultzmann) angelegt. In einem Falle mußte, als die Narbenstriktur fast impermeabel geworden, schließlich die Resektion und Naht der Urethra ausgeführt werden.

Sämtliche acht operativ behandelten Fälle kamen zur Heilung, freilich nach einem durch die ausgedehnten Weichteilverletzungen und durch Komplikationen im Wundverlauf bedingten längeren Kranken-

lager und einer lange fortgesetzten Sondierung. Das bisherige Vorgehen in der Behandlung der Harnröhrenzerreißungen erscheint ausreichend: zunächst Versuch der Blasendrainage durch einfache Katheterisation bzw. Verweilkatheter; gelingt diese nicht, wie das wohl bei allen totalen Zerreißungen der Fall ist, sogleich Urethrotomia externa, Einführung des Verweilkatheters; wird das proximale Urethrallumen nicht gefunden, so muß durch Punctio vesicae oder besser durch Sectio alta der retrograde Katheterismus ausgeführt und eventuell eine Doppeldrainage angelegt werden.

Von einer primären Naht kann man sich bei dem gewöhnlich sehr übel zugerichteten, oft schon infiltrierten phlegmonösen Gewebe, sowie bei der Schwierigkeit der Orientierung keinen Erfolg versprechen.

(Selbstbericht.)

---

80) **Pels-Leusden** (Berlin). Ist es notwendig, nach Zerreißungen und Resektionen der Harnröhre am Perineum eine zirkuläre Naht anzulegen?

Diese Frage kann mit »Nein« beantwortet werden. Zur Beantwortung stützt sich P.-L. auf das Material Koenig's aus der Göttinger und Berliner chirurgischen Klinik und auf Experimente am Hunde. Hat man die zerrissenen Harnröhrenenden gefunden bzw. die strikturierten Teile der Urethra reseziert, so ist es nur notwendig, die beiden Enden, nachdem man sie auf der unteren Seite eine Strecke weit längs geschlitzt hat, mit einigen, die Schleimhaut ganz knapp, das benachbarte Gewebe breit mitfassenden Seiden- oder Catgutknopfnähten aneinander zu bringen, so daß also eine nach dem Perineum zu offene, nach der Symphyse geschlossene Rinne entsteht. Die äußere Wunde wird locker mit Jodoformgaze austamponiert, bleibt ganz offen, ein Verweilkatheter ist überflüssig. Der Urin fließt anfangs am Perineum, nach einigen Tagen aber schon per vias naturales wieder ab, und die Wunde ist in der Regel nach 3 bis 4 Wochen geschlossen. Nach 8 Tagen wird vorsichtig mit einer dicken Sonde oder Katheter bougiert. Experimentell kann man nachweisen, daß das Epithel vom Rande der neugebildeten Urethralrinne aus den benachbarten Wundteil rasch überwuchert und den Querschnitt der Harnröhre so in wünschenswerter Weise vergrößert. Bleibende Fisteln sind aber nicht zu befürchten. Die Dauerresultate dieser so einfachen Operationsmethode können sich denen mit primärer zirkulärer Vereinigung der Harnröhrenstümpfe über einem Verweilkatheter und vollständigem Schluß der äußeren Wunde würdig zur Seite stellen. Infektionen sind bei dieser offenen Wundbehandlung ausgeschlossen. P.-L. erwähnt noch, daß er auch bei den Hypospadieoperationen nach Beck den Verweilkatheter stets perhorresziert. (Selbstbericht.)

---

81) **Wilms** (Basel). Zur Technik der Prostatektomie.

Statt der vesikalen und perinealen Prostatektomie empfiehlt W. eine neue Methode, bei welcher vom Perineum aus die Prostata aufgesucht wird, aber Rektalverletzungen ausgeschlossen sind und die Ausschälung der ganzen Prostata in ähnlicher Weise erfolgt wie sonst von der Blase her. Man geht direkt am linken absteigenden Schambeinast ein außerhalb des M. bulbocavernosus und der darüber laufenden Arterien. Ohne nennenswerte Blutung kommt man sofort auf den linken seitlichen Lappen der Prostata. Nachdem man sich durch Einführung des Katheters über die Lage der Harnröhre orientiert hat, geht man stumpf oder mit scharfem Instrument durch die Kapsel der Prostata durch und schält nun mit dem Finger die Prostata aus ihrer Kapsel heraus, genau wie sonst von der Blase aus. An der Vorderseite gelangt man am leichtesten auf den rechten Lappen der Prostata, so daß also eine totale Ektomie leicht und schnell auf diesem Wege gelingt. Die Pars prostatica urethrae wird natürlich mit der Prostata ebenso entfernt, wie sonst bei der vesikalen Ausschälung. Abtastung der Blase von unten her ist bei Verdacht auf Stein leicht. Nachbehandlung wie bei der perinealen Operation.

(Selbstbericht.)

---

82) **Ehrhardt** (Königsberg). Über die chirurgische Behandlung des Prostatakarzinoms.

Über das Prostatakarzinom bestehen noch immer weitverbreitete Irrtümer, die der Ausbildung der Diagnose und einer rationellen Therapie hinderlich waren. Die Erkrankung ist keineswegs besonders selten, und die Metastasenbildung tritt nicht, wie man oft liest, schon im Frühstadium, sondern meist erst nach Durchbruch durch die Kapsel auf. Die Metastasierung erfolgt auf dem Lymphwege, seltener auf dem Blutwege.

Vortr. hat bei einem faustgroßen Prostatakarzinom von einem Tförmigen Perinealschnitt aus zunächst die Harnröhre samt Schwellkörper vor dem Tumor durchtrennt, dann Geschwulst und Harnblase ohne Symphysenresektion ausgehülst und in die Dammwunde gezogen. So gelang es, den Tumor unter Schonung der Ureteren abzutrennen, die Harnröhre mit der Blase ohne Spannung zu vereinigen und die Lymphdrüsen im kleinen Becken auszuräumen. Vortr. empfiehlt diese Aushülsung und Dislokation der Harnblase in die Dammwunde auch für die Freilegung mancher Blasentumoren. (Selbstbericht.)

---

83) **O. Zuckerkandl** (Wien). Über Diagnostik von Steinen der Niere.

Bei einiger Übung kann man aus den Schattenrissen auf der Röntgenplatte mannigfache Details herauslesen, und Schlüsse auf die

Lage des Steines und Beschaffenheit der Niere sind möglich. Steine in engen Räumen müssen sich in ihrer Form diesen anpassen; in weiten Räumen sind sie kugelig, ovoid, Oxalate oft von stachelig kugeliger Form. Uretersteine sind mit ihrer Längsachse longitudinal gestellt, walzenförmig, Pflaumenkern- oder Zigarrenform imitierend. Steine im unteren Nierenbeckenabschnitt sind oben breiter, unten spitz zulaufend, am Schattenriß dreieckig, mit einem spitzen Anteil nach abwärts gekehrt. In diesen Fällen ist das Nierenbecken stets erweitert, in seiner Wand verdickt.

Ein isolierter Kelchstein ist durch seine Form, die dem Ausguß des nicht erweiterten Kelches entspricht, und durch seine Lage näher der Nierenperipherie gekennzeichnet.

Freie Steine finden sich nur in pathologisch zustande gekommenen Höhlen der Niere, in weiten Kelchen oder im ausgedehnten Becken; sie sind ihrer Form nach ganz unregelmäßig.

Häufig sind Nierenbecken- bzw. Ureterstein mit freien Steinen in weiten Kelchen kombiniert. Der Stein mit nach abwärts gekehrtem Sporn liegt im Nierenbecken, die anderen sind an der Peripherie verteilt. In unklaren Fällen dient die Röntgenaufnahme bei eingeführtem Ureterkatheter mit Mandrin dem besseren Verständnis. Bei der Rekonstruktion der anatomischen Verhältnisse unterstützt die auf der Platte oft gut sichtbare Begrenzungslinie der Niere.

Kleine Steine können dem Nachweis entgehen; bei vielfachen Steinen differieren die verschiedenen Aufnahmen oft in kleinen Details. Ein einmaliger negativer Befund berechtigt also nicht zur sicheren Ausschließung von Stein.

Als Operationen bei Nierenstein gelten zurzeit die Nephrektomie und die Nephro- bzw. Pyelolithotomie. Die Auswahl der Fälle zur Exstirpation der Steinniere ist nicht schwierig und aus der Beschaffenheit des Sekretes der betreffenden Niere zu machen. Die Nephrotomie, die heute meistgeübte Operation, schädigt das Parenchym durch ausgedehnte Infarktbildung, gibt Anlaß zu schweren primären und Spätblutungen. Die Pyelotomie, der diese üblen Folgen nicht anhaften, ist als Eingriff weit geringer; entgegen der geläufigen Ansicht lassen sich mit derselben recht große Steine leicht entfernen. Nur die stark verzweigten Exemplare oder isolierte Steine in den oberen Kelchen erheischen den Nierenschnitt. Die Operationsmethode soll bei Nierenstein dem Einzelfalle angepaßt sein; in der Regel läßt sich aus dem Röntgenbilde und der Harnanalyse die anzuwendende Methode von vornherein bestimmen. Z. übt die Pyelotomie in modifizierter Form: er eröffnet das Nierenbecken an seiner untersten Kante und verlängert den Schnitt, wenn nötig, gegen den Ureter, ausnahmsweise auch gegen den unteren Nierenpol. Nach Entfernung der Steine Drainage des Nierenbeckens und partielle Naht der Nierenbeckenwunde. Die Operation wurde in 17 Fällen infizierter Nierensteine ausgeführt; ein Todesfall, die übrigen sämtlich ohne Fistel geheilt. (Selbstbericht.)

---

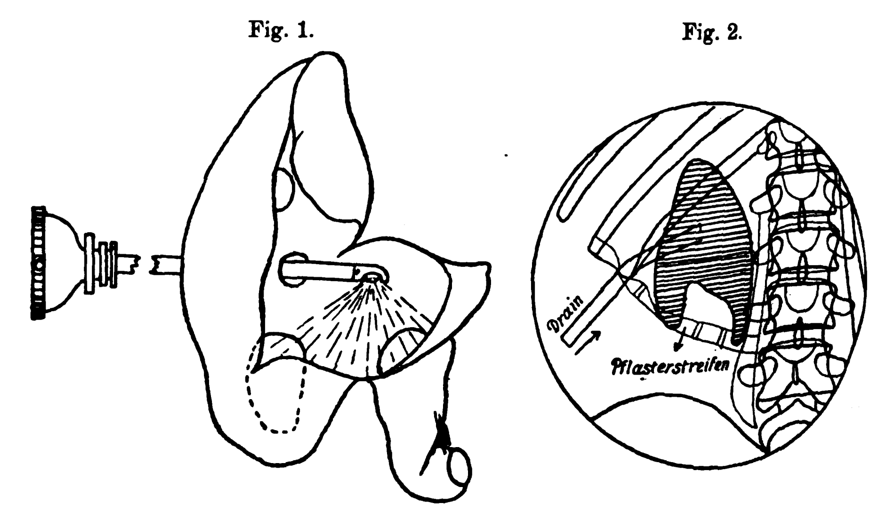
84) **Loewenhardt** (Breslau). Zur Dignostik der Hydronephrose (Pyeloskopie). Demonstration.

L. bespricht die oft nicht unerheblichen diagnostischen Schwierigkeiten, welche die beginnende Hydronephrose bereitet, und weist auf die Wichtigkeit frühzeitigen Erkennens hin, um durch baldige Beseitigung des Hindernisses vorbeugend gegen die späteren irreparablen Zustände wirken zu können.

Wenn die ersten Koliken eine eindeutige Lokalisierung auf die Niere nicht zulassen und auch die genaue Beobachtung des Gesamturins den gewünschten Aufschluß nicht ergibt, weist L. darauf hin, daß die ausgedehnte Anwendung des Ureterenkatheterismus mit den schon vorliegenden ganz dünnen Instrumenten auch bei jugendlichen Individuen weiter führt, weil

1) durch Vergleich der physikalischen Beschaffenheit des beiderseitigen Harns schon frühzeitig eine Minderwertigkeit der erkrankten Seite festgestellt werden kann;

Fig. 1. Fig. 2.



2) wenn der Katheter in das Nierenbecken geführt ist, aus der Art des Abflusses eine beginnende Retention erkannt werden kann.

L. hat schon früher darauf hingewiesen, daß schon bei dislozierten Nieren durch die, wenn auch geringe, zeitweilige Erschwerung des Abflusses Konzentrationsverringerungen des Harns auftreten.

Für eine bisher nicht geübte diagnostische Methode zur Erkennung des Abflußhindernisses, die Pyeloskopie (s. Fig. 1), zeigte sich ein besonderer Fall geeignet.

Bei einem Knaben war von anderen Seiten wegen kolikartiger Anfälle zuerst die katarrhalisch erkrankte Appendix entfernt worden, dann, als in kurzem eine komplette infizierte Hydronephrose sich entwickelt hatte, deren Entleerung durch Pyelotomie erfolgt, woher seit 6 Monaten eine Fistel bestand.

Es wurde zunächst nach Injektion von Collargol durch die Fistel ein Röntgenbild aufgenommen (s. Fig. 2). Dann konnte L. nach Borsäurefüllung eine überraschend deutliche Besichtigung des Nierenbeckens mit einem ganz dünnen Cystoskop vornehmen, wobei sich nicht nur die entzündlichen Veränderungen der Schleimhaut in verschiedenen Stadien präsentierten, sondern auch in die Kelche und die Abgangsstelle des Ureters hineingesehen werden konnte. Ein dünnes Ureterencystoskop wurde dann zur Lokalisierung des Hindernisses eingeführt.

Bei der ganz unklaren Anamnese gelang es, auf diesem Wege sich zu überzeugen, daß der Verschluß des Harnleiters nicht etwa in der Höhe der Appendix, sondern unweit des Abganges vom Nierenbecken zu suchen und der Eingriff von dem gewöhnlichen Lumbalschnitt aus vorzunehmen war.

Nierenbecken und oberer Teil des Harnleiters, letzterer besonders fest an die hintere Bauchwand geheftet, fanden sich stark verdickt, sklerosiert und in festen Bindegewebsmassen eingebettet.

Die Abknickung in der Höhe des unteren Nierenpoles bei nicht herabgestiegenem Organ wurde durch einen dicken Bindegewebsstrang fixiert, während für eine auf der Vorderseite quer verlaufende akzessorische Vene eine besondere ursächliche Bedeutung nicht festgestellt werden konnte.

L. demonstriert das durch Nephrektomie gewonnene Präparat, zu der er sich während des Eingriffes entschloß.

Für ein konservatives Verfahren schien der Fall wegen der in situ vorgefundenen schweren Veränderungen (bei gleichzeitiger Berücksichtigung der durch Vorbehandlung nicht gänzlich zu hebenden Infektion des Nierenbeckens) keine besonderen Aussichten zu bieten. (Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 83 und 84.

J. Israel (Berlin): Durch die Röntgenphotographie ist die Indikationsstellung zwischen Nephrolithotomie und Pyelolithotomie exakter geworden, und daher ist die letztere häufiger anwendbar, als man früher glaubte. Nicht anwendbar hält I. die letztere bei großen Nierenkelchsteinen. Bei der Pyelolithotomie hat er stets die primäre Naht angewandt und damit gute Resultate gehabt. Diese ist nicht empfehlenswert, wenn sich die Niere infolge kurzen Stieles oder Verwachsungen nicht aus der Wunde luxieren läßt.

In diesen Fällen führt I. die Pyelolithotomie nur dann aus, wenn es sich um Hufeisenniere handelt, oder wenn die Operation doppelseitig gemacht werden muß zur Schonung der Nierensubstanz.

Zondek (Berlin). Eine Nephrotomie ohne Durchschneidung von Gefäßen ist nicht denkbar. Starkkalibrige Venen müssen stets durchschnitten werden. Mit der von Z. angegebenen Schnittmethode hat man bei genauer Kenntnis der Topographie in der Niere die meiste Aussicht, keine größere Arterie zu durchschneiden. Dies geschieht

um so sicherer, je größer der Höhen- und der dorsoanteriore Durchmesser des Nierenbeckens ist. Daraus resultiert die Aufgabe: Je weniger tief das Nierenbecken in die Niere hineinragt, je kleiner der dorsoanteriore Durchmesser des intrarenalen Nierenbeckens ist, desto eher wird man an die Pyelotomie zu denken haben.

Für die Extraktion eines Nierensteines kommt sein Sitz in Betracht. Liegt der Stein im extrarenalen oder auch intrarenalen Teil des Nierenbeckens, so dürfte er durch die Pyelotomie wohl zu entfernen sein. Ist der Stein im Vergleich zur Inzision besonders groß, so wird er gewöhnlich zerstückelt werden müssen. Dabei wird man die Quetschung der Beckenwand zu verhüten suchen; ganz besonders trifft dies für diejenigen Fälle zu, in denen der Stein seine Ausläufer in die Kelche entsendet. Hierbei macht Z. darauf aufmerksam, daß der Hals der oberen Calyx major oft nicht nur eng, sondern zuweilen sehr eng und sehr lang ist, während der Hals des unteren Calyx major gewöhnlich sehr weit ist (s. Z., Topogr. der Niere usw. p. 65—79).

Liegt der Stein in einem Kelch, so dürfte es nicht möglich sein, aus dem Röntgenbild zu erkennen, ob er in einem Kelch erster, zweiter oder dritter Ordnung gelegen ist. Die Pyelotomie dürfte hier gewöhnlich nicht zum Ziele führen. Für die Entfernung derartig peripherisch gelegener Steine hat Z. den Radiärschnitt empfohlen (s. Zentralblatt für Chirurgie 1907. Nr. 47).

Die Pyelotomie ist zweckmäßig an der von Gefäßen nicht überlagerten dorsalen Beckenwand auszuführen. Man könnte daran denken, in geeigneten Fällen den Radiärschnitt mit der Pyelotomie zu kombinieren, jedoch dürfte man den Einschnitt ins Nierenbecken nie direkt in das Nierenparenchym fortsetzen, da in der Bucht zwischen dorsaler Beckenwand und dem Nierenparenchym parallel der Längsachse der Niere die dorsale Nierenarterie verläuft. (Selbstbericht.)

Kapsammer (Wien) glaubt, daß auch bei nicht luxierbarer Niere die Pyelolithotomie vorzuziehen ist. Er näht auch hier die Wunde, indem er das Nierenbecken durch Schnitt freilegt. An die reflektorischen Koliken der nicht erkrankten Seite glaubt er nicht, sondern hält kleine Steine für die Ursache derselben.

Tilmann (Köln) gibt einen kasuistischen Beitrag zur Ätiologie der Hydronephrose bei Wanderniere: Knickung des Harnleiters durch eine stark ausgebildete akzessorische Arterie infolge Obliteration des Nierengefäßes.

Küster (Berlin) empfiehlt die Pyelolithotomie, für die er die Indikation weiter stellt, als Israel.

Kümmell (Hamburg) glaubt, daß die Indikation für die Pyelolithotomie auf solitäre, nicht infizierte Steine beschränkt sei.

Lichtenauer (Stettin).



Gliedmaßen.

85) **Evler** (Treptow). Über Chromlederstreckverbände.

Mit Chromleder und Stahl lassen sich Verbände ohne Modell, ohne Polsterung schnell zusammenstellen, wobei am Körper selbst die Weite der Hülsen, die Länge und Lage der Schienen verstellbar ist. Scharniere an den Gelenken, Freibleiben großer Flächen, in die Rohre eingesetzte Spiralen ermöglichen die aktive und passive Mobilisation. Die Chromlederstreckverbände vereinigen die Vorzüge der fixierenden Verbände mit denen der Heftpflasterextension.

Dadurch, daß die weichen, schmiegsamen und dabei doch stützkräftigen und zugfesten Chromledermanschetten der Haut glatt anliegen, alle Volumenschwankungen derselben mitmachen, umschließen sie dieselbe auch als schmale Streifen fester und sicherer, als dies breitere Hülsen aus unnachgiebigem Material tun können; die auf ihnen befestigten Stahlstäbe treten gewissermaßen an Stelle der gebrochenen Knochen; sie sind auch als Strebebogen oder Stützpfeiler zu verwenden; mit Erfolg wurde so der Schlüsselbeinbruch unter Ermöglichung freier Beweglichkeit beider Arme behandelt, das Hüft- und Schultergelenk durch Sperrschienen festgelegt und die Thrombosenbehandlung der Oberarm- und Oberschenkelvene vorgenommen.

Im Chromlederstreckverband wird ein zukünftiges Normalverfahren für die Bruchbehandlung gesehen.

(Vgl. Über Frakturenbehandlung im Chromlederstreckverband: Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXXV Hft. 4.) (Selbstbericht.)

---

86) **Borchgrevink** (Christiania). Ambulatorische Extensionsbehandlung der oberen Extremität.

B. demonstriert ein System von Schienen, die sämtlich so einfach sind, daß sie sich in der Praxis unter allen Verhältnissen improvisieren lassen:

Eine Oberarmschiene,
» winkelige Ober-Unterarmschiene,
» Unterarmschiene,
» Hand-Fingerschiene.

Die Eigentümlichkeiten seines Verfahrens sind in der Hauptsache folgende. Ein hölzernes Brett, das bei rechtwinklig gestelltem Arm den Ellbogen, bei ausgestrecktem Arm die Finger mit ca. 10 cm überragt und am unteren Ende eine Rolle trägt, bildet den Schienenkörper, ein am oberen Ende des Brettes befestigter Gummischlauch die für alle Zwecke ausreichende Kraftquelle. Gespannt übt der Schlauch durch eine über die Rolle an einen Pflasterverband zurücklaufende Schnur den Zug aus.

Die zwei erstgenannten Schienen finden mittels eines elliptischen Schulterbügels, der die Achsel und Schultergegend frei läßt, ihren Stützpunkt im oberen Rand des Armloches der Weste oder eines Mieders. Vom Heraufgleiten wird die Weste mittels eines zweiten durch den Schritt laufenden und mit seinen beiden Enden am Armlochrande angeknöpften Gummischlauches verhindert.

Die Oberarmschiene wird bei rechtwinklig gestelltem Unterarm bei Verletzungen des Schultergelenkes und Frakturen des oberen Endes und des Schaftes des Humerus verwendet, die winkelige Ober-Unterarmschiene ausschließlich bei den Brüchen des unteren Humerusendes.

Die Unterarmschiene stützt sich mittels eines zur Schiene rechtwinkelig stehenden drehbaren Metallgerüstes und eines an diesem angeknöpften elastischen Bandes gegen die Vorderfläche des Oberarmes. Um eine freie Fingerbewegung zu ermöglichen, reicht das mit einer langgestielten Rolle versehene Brett der Schiene nur bis in die Hohlhand herab. Die Hand-Fingerschiene, nur aus einem 25 cm langen, eine langgestielte Rolle tragenden Brett gebildet, wird mittels Pflastertouren am Unterarm befestigt.

Verfügt man nur über Pflaster und eine Rolle, so können alle die erwähnten Schienen leicht improvisiert werden. Der Schulterbügel der Oberarm- und der Ober-Unterarmschiene läßt sich einfach aus Rohr, einem Zweig oder Faßreif oder aus zusammengelegten Holzspänen verfertigen und an das durchlöcherte Brett anknüpfen. Dem Brett der Unterarmschiene gibt man ein oberes hölzernes Querstück, das durch ein rings um den Oberarm manschettenförmig angelegtes Taschentuch gesteckt wird. Anstatt der Gummischläuche lassen sich vorläufig elastische Hosenträger oder Strumpfbänder verwenden.

Während der letzten 6 Jahre hat B. u. a. in der chirurgischen Poliklinik des Reichshospitals zu Christiania systematisch alle die mit nennenswerter Verschiebung erscheinenden Brüche der oberen Extremität ambulatorisch mit Extension behandelt. Die Resultate sind freilich nicht immer ideal, aber weit besser als sie mittels Gipsverbänden erreicht werden können. Besonders bekommt man mittels der winkeligen Ober-Unterarmschiene durchaus funktionell vollkommene Resultate bei den gefürchteten suprakondylären Brüchen des Humerus. (Eine ausführliche Darstellung wird in einer deutschen Monographie erscheinen. Die Schienen werden von der Firma A. Schaerer in Bern geliefert.)

(Selbstbericht.)

---

87) **Klapp** (Berlin). Die Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen mit Hebelextension.

Es erscheint zweckmäßig, auch die Schlüsselbeinbrüche mit Extension zu behandeln. Eine genügende Extensionswirkung wird erzielt, wenn man den im Ellbogengelenk rechtwinkelig gebeugten zugehörigen Arm so weit nach außen rotiert, daß der Unterarm in die frontale

Ebene geführt wird. Die Außenrotation des Armes überträgt sich auf den Schultergürtel, und unter Vermittlung des Lig. acromio-claviculare wird ein Extensionszug am Schlüsselbein ausgeübt. Die Stellung wird durch Gipsverband festgehalten.

Unter dieser Hebelextension wird die Dislokation redressiert.

Dieselbe Behandlung eignet sich auch für die Luxationen der Clavicula. (Selbstbericht.)

---

88) **Heusner.** Extensionsschiene für den Vorderarmbruch.

Die Schiene des Vortr. besteht aus einem zweifingerbreiten, flachen Aluminiumstab, welcher an der Vorderseite des spitzwinklig gebeugten Armes bis über die Fingerspitzen hinausläuft und am Ober- und Unterarm durch je eine mit Filz gepolsterte und mit Schnallenriemen fixierte rinnenförmige Platte aus Aluminiumblech befestigt wird. Am vorderen Ende trägt der Stab eine Extensionsrolle; an der Handgelenksgegend kann er plantarwärts abgebogen und vermöge eines steifgehenden Scharnieres ulnar- oder radialwärts festgestellt werden. Um die Handwurzel wird eine Filzmanschette geschnürt, an welcher drei feste Litzen angenäht sind. Letztere enden mit drei Spiralfedern, welche über die Endrolle geleitet und an Krampen, die an der Unterseite der Vorderarmplatte angebracht sind, eingehakt werden. Auch zur Behandlung von Brüchen der Ellbogengegend sowie von Fingerbrüchen sind die Schienen brauchbar. (Selbstbericht.)

---

89) **H. Krönlein** (Zürich). Über das Zuppinger'sche Extensionsverfahren bei Frakturen des Ober- und Unterschenkels.

K. demonstriert zwei Phantome, welche in überzeugender Weise die Wirkung der Zuppinger'schen automatischen Extensionslagerungsapparate für Ober- und Unterschenkelfrakturen veranschaulichen. Er weist im übrigen auf die guten Erfahrungen hin, welche mit diesen Apparaten seit mehr als 2 Jahren in seiner Klinik erreicht worden sind und auf zwei im Druck erscheinende Arbeiten seiner Assistenten Dr. Henschen und Dr. Wettstein, welche diese Erfahrungen in extenso mitteilen werden. (Selbstbericht.)

---

90) **P. Manasse** (Berlin). Demonstration eines Apparates zur Anlegung fester Verbände an der unteren Extremität.

Der Apparat ermöglicht die Korrektur fehlerhafter Stellung des Beines und die Erhaltung der korrigierten Stellung ohne jegliche Assistenz. Er besteht aus einer Beckenstütze und einer Stange, auf welche mit Leinengurten überspannte Träger für den Ober- und Unterschenkel und ein Fußstück gebracht werden. Das Fußstück ist hoch und niedrig verstellbar, sowie um die vertikale Achse drehbar und in

dem Kugelgelenk einer horizontalen Spindel festzustellen. Durch Drehen einer Schraubenmutter an der Spindel läßt sich das Fußstück auch in der horizontalen (Längs-) Richtung verschieben, wodurch der Ausgleich jeder Dislokation in schonender und zuverlässiger Weise geschieht. Nach Beendigung des festen Verbandes ist das Bein leicht aus dem Apparate zu entfernen. Letzterer kann an jedem Tische angebracht werden und ist gut transportabel. (Alleinverfertiger: G. Kunze jr., Berlin N., Lindowerstr. 18/19.) (Selbstbericht.)

---

91) **Lampe** (Bromberg). Extensions- und Abduktionsapparat für die untere Extremität.

L. demonstriert einen Extensions- und Abduktionsapparat für die untere Extremität; derselbe ist leicht an jedem Krankenbett seitlich anzubringen, und zwar freischwebend; er ermöglicht hierdurch den Transport des Kranken in seinem Bett bei extendiertem und abduziertem Bein, was besonders für die Kontrolle der Stellung der Fragmente bei Oberschenkelbruch im Röntgenkabinett wertvoll ist. Der Apparat wird von dem Medizinischen Warenhause Berlin zum Preise von 50 Mk. geliefert. (Selbstbericht.)

Diskussion zu Nr. 85—91.

Fraenkel (Berlin) demonstriert Gipsverbände bei Fußwurzeltuberkulose, die dadurch abnehmbar gemacht sind, daß der bekannte Gehbügel sich um ein seitliches Scharnier aufklappen läßt. Die Verbände werden, nachdem sie fest geworden sind, vorn und hinten aufgeschnitten und lassen sich dann leicht abnehmen und wieder anlegen.

Bardenheuer (Köln) macht darauf aufmerksam, daß es sehr wichtig ist, auch die seitlichen Dislokationen durch die Extension durch Seitenzüge auszugleichen. Er glaubt, daß dies bei der einfachen Heftpflasterextension besser möglich sei als bei den hier demonstrierten Schienen. **Lichtenauer** (Stettin).

Wullstein (Halle a. S.). Der Gipsverband bei Frakturen ist der Extension überlegen, wenn er in gut reponierter Stellung angelegt wird.

Auch W. hat einen Apparat konstruiert, der es ermöglicht, alle entzündlichen Prozesse an der oberen und unteren Extremität und ebenso alle Frakturen der Extremitätenknochen unabhängig und frei von jeder Assistenz einzugipsen, wobei die Dislokation der letzteren durch einfachen leichten Schraubenzug korrigiert wird, und zwar unter völliger Muskelerschlaffung und unter gleichzeitiger Kontrolle durch den Röntgenapparat.

Beim Anlegen des Gipsverbandes an die untere Extremität und das Becken befindet sich der Pat. beim Eingipsen des Fußes und Unterschenkels in horizontaler Lage, beim Eingipsen des Oberschenkels und Beckens dagegen in vertikaler Stellung. Dieser gerade für die

genaue Adaption des Verbandes an das Becken notwendige Lagewechsel wird leicht durch Umlegen des Apparates bewirkt.
(Selbstbericht.)

Borchgrevink: Bei Vorderarmbrüchen ist eine Querextension nicht ausführbar.

Krönlein: Bei der Zuppinger'schen Schiene läßt sich auch eine seitliche Extension anbringen. Die Zeiten des Gipsverbandes sind für die größte Anzahl der Frakturen vorüber.
Lichtenauer (Stettin).

---

92) **H. Küttner** (Breslau). Zur Prognose der traumatischen Luxationen.

M. H.! Es gilt heute als feststehender Satz, der in fast allen Lehrbüchern vertreten wird, daß die einfache traumatische Luxation, rechtzeitig erkannt und kunstgerecht reponiert, ein gutes funktionelles Endresultat ergibt. Ich hatte nun bei gelegentlichen Untersuchungen an Pat. aller Kreise einen anderen Eindruck gewonnen und habe deshalb Herrn Oberarzt Dr. Schulz veranlaßt, bei der häufigsten und günstigst beurteilten der traumatischen Luxationen, der Luxatio humeri, systematische Nachforschungen anzustellen. Zur Verfügung stand das Material der orthopädischen Abteilung meiner Klinik, in welcher während der letzten 5 Jahre 160 frische Schulterluxationen behandelt worden sind.

Von diesen 160 Fällen war ein Teil durch Knochenabsprengungen und Frakturen kompliziert; sie scheiden aus, weil es uns auf die Feststellung des funktionellen Endresultates bei der einfachen Luxation ankommt. Zahlreiche Pat. waren infolge der Eigenart des Breslauer Materials nicht erreichbar, so daß für die Nachuntersuchung die erheblich kleinere, aber für die Beantwortung unserer Frage vollkommen ausreichende Zahl von 54 reinen unkomplizierten Luxationen übrig bleibt. Bei allen diesen Pat. ist das Fehlen jeder Knochenverletzung durch das Röntgenbild sichergestellt, eine absichtliche Verschleierung des Resultates kann mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden, da sämtliche hier berücksichtigte Pat. außerhalb der Begutachtung der Klinik standen und über das rein wissenschaftliche Interesse unserer Feststellungen orientiert waren. Überhaupt sind alle Fehlerquellen nach Möglichkeit ausgeschaltet worden. Daß es sich bei 83 % der Fälle um Männer und in der überwiegenden Mehrzal um die rechte Extremität gehandelt hat, ist von untergeordnetem Interesse, wichtiger ist, daß 63 % der Pat. das 50. Lebensjahr überschritten hatten. Drei Viertel der Verletzungen waren vordere, 22 % untere und 4 % hintere Luxationen.

Es hat sich nun herausgestellt, daß von den 54 Verletzten nur 7 = 13 % eine volle Brauchbarkeit der Extremität wiedererlangt haben, ohne jede Herabsetzung der groben Kraft und ohne jede Beeinträch-

tigung der Beweglichkeit. Bei 14 Pat. = 26 % war die Bewegungsfähigkeit zwar eine gute, die mit dem Dynamometer gemessene Kraft aber um die Hälfte und mehr herabgesetzt. Alle übrigen 61 % der Verletzten haben Bewegungsstörungen zurückbehalten. Am günstigsten nach dieser Richtung waren noch 4 Pat. gestellt, bei denen nur die Außenrotation, diese allerdings bis zu 40°, beschränkt war. Erheblicher beeinträchtigt zeigten sich 32 % der Verletzten, durch eine zum Teil hochgradige Behinderung der Vorwärtsaufwärtshebung, und nicht weniger als 48 %, fast die Hälfte der Gesamtzahl, konnte den Arm seitaufwärts nicht über die Horizontale erheben, eine Bewegungsstörung, welche für sich allein in der Unfallpraxis mit 26 bzw. 22 % vergütet zu werden pflegt. Ein wesentlicher Unterschied zwischen aktiver und passiver Beweglichkeit konnte nicht festgestellt werden. Mit Einzelheiten, m. H., will ich Sie nicht behelligen, nur bemerken, daß die grobe Kraft bei $^3/_4$ aller Verletzten bedeutend herabgesetzt war, und daß Krepitieren im Gelenk bei 28 % der Fälle nachgewiesen werden konnte. Ein Drittel der Pat. klagte über nennenswerte rheumatische Beschwerden, zwei Verletzte hatten eine Lähmung des N. axillaris zurückbehalten, und bei zwei weiteren Kranken wiederholte sich die Luxation, um einmal habituell zu werden.

Somit hat sich das ebenso überraschende wie deprimierende Resultat ergeben, daß bei einfachen, durch keine Knochenverletzung komplizierten, kunstgerecht behandelten Schulterluxationen *ein wirklich guter Erfolg nur in 13 %, ein befriedigender nur in weiteren 22 % der Fälle erzielt worden ist. Bei fast zwei Dritteln der Verletzten war das Resultat nicht befriedigend, es blieb eine Erwerbsbeschränkung zurück, welche im Durchschnitt mit etwa 20—30 %, bei einzelnen Verletzten gar mit 50 % und mehr zu bewerten war.*

Wir sind dann den Ursachen dieser mangelhaften Erfolge nachgegangen. Gröbere anatomische Veränderungen, etwa wie die *Machol*sche Myositis ossificans bei der Ellbogenluxation, ließen sich in unseren Fällen nicht nachweisen; offenbar ist es die Vernarbung und Verschrumpfung durch die schwere Weichteilverletzung des Gelenkes und seiner Umgebung, welche die Bewegungsstörungen verursacht. In manchen Fällen ist auch eine Arthritis deformans in Ausbildung begriffen gewesen. Von Bedeutung ist das Alter, aber ausschlaggebend ist es nicht; denn fast die Hälfte der Pat., bei denen ein gutes Resultat erzielt wurde, hatte das 60. Jahr überschritten, während auf der anderen Seite gerade bei einem Teil der jüngsten Leute sehr schwere Bewegungsstörungen beobachtet worden sind. Den Eindruck der Mala voluntas haben wir durchaus nicht gehabt. Die Form der Verrenkung ist bedeutungslos, wenn man von der seltenen hinteren Luxation absieht, die in den wenigen beobachteten Fällen ein schlechtes Endresultat ergab. Keinen Einfluß scheint ferner die Schwierigkeit der Reposition zu haben; selbst die Länge der Zeit zwischen Unfall und Einrenkung ist nicht ausschlaggebend; denn es wurde ein be-

friedigender Erfolg sogar in zwei Fällen erzielt, bei denen die Reposition erst 4 Wochen nach dem Trauma stattfand.

Das Endergebnis ist um so unbefriedigender, als die Mehrzahl der Pat. nach allen Regeln der Kunst in der orthopädischen Abteilung der Klinik nachbehandelt worden ist. Die Fixierung dauerte durchschnittlich nur 8 Tage, dann wurde 2—3 Monate lang massiert, geturnt und an medico-mechanischen Apparaten geübt, und doch sind die Erfolge im allgemeinen bei diesen Kranken nicht viel besser gewesen als bei denen, welche sich bald der Nachbehandlung entzogen. Ob bei noch kürzerer Fixierung und Beginn mit Übungen und Massage schon am ersten oder zweiten Tage nach der Verletzung das Resultat besser sein wird, ohne daß sich Nachteile ergeben, vermag ich noch nicht zu entscheiden; in einer Reihe von Fällen haben wir den Eindruck gehabt. Jedenfalls geht aus unseren Nachuntersuchungen hervor, daß die einfache Schulterluxation eine in ihren Folgen recht ernst zu nehmende Verletzung ist, und daß die Anschauung, eine richtig erkannte und kunstgerecht reponierte Luxation gebe stets ein gutes Endresultat, aufgegeben werden muß.

(Selbstbericht.)

---

93) **J. Dollinger** (Budapest). Erfahrungen über die operative Behandlung veralteter Ellbogenverrenkungen.

D. referiert über jene Erfahrungen, die er mit der operativen Behandlung von 34 veralteten Verrenkungen des Ellbogengelenkes machte. Solche, die seit länger als 3 Wochen bestanden, können selbst in Narkose nur ausnahmsweise ohne operativen Eingriff eingerenkt werden. Verschiedene anatomische Veränderungen verhindern die Einrenkung; von diesen erwähnt D. einige aus seiner eigenen Erfahrung. Solche späte Versuche können zu schweren Läsionen führen. In letzter Zeit schritt D. darum in sämtlichen seit länger als seit 3 Wochen bestehenden Ellbogenverrenkungen sofort zur Arthrotomie. Er dringt an der Außenseite des Gelenkes zwischen dem M. extensor carpi radialis und dem lateralen Kopfe des M. triceps brachii in das Gelenk und entscheidet erst nach Inspektion desselben, ob es auf blutigem Wege reponiert oder ob es reseziert werden soll. Indikation zur Resektion bildeten: Totaler Mangel des Knorpelüberzuges, Ablösung desselben während der Einrenkungsversuche, Erweichung des Humerusepiphysenendes, die bei veralteten Verrenkungen ziemlich häufig vorkommt, Veränderungen der Gestalt der Trochlea oder des Capitulum humeri infolge von Bruch und schiefer Anheilung oder durch Druckatrophie, Bruch des Processus coronoideus ulnae usw. Wegen dieser Veränderungen resezierte D. in 14 Fällen. Es wurde nur die Trochlea und das Capitulum humeri reseziert und das Epiphysenende des Humerus der Olecranonzange angepaßt. Die Epikondylen bleiben intakt. Der Epicondylus externus wird wohl vor der Resektion mit dem äußeren Seitenbande von seiner Basis mit dem Meißel abgetrennt, nachher aber wieder an seine ursprüngliche Stelle

genäht. Von den 14 Fällen sind 9 p. p. i., 4 mit etwas Eiterung geheilt, 1 Pat. starb leider an Pyämie. Von 11 Kranken bekam D. jetzt, 2—7 Jahre nach der Operation, brauchbare Daten über den Zustand ihres Gelenkes. 6 von ihnen haben steife Gelenke, 5 bewegliche. In 2 Fällen macht die Beweglichkeit 40—50 Grad aus, in zweien 85 Grad, und ein Gelenk kann vollkommen gebeugt und gestreckt werden.

In 20 Fällen gestatteten die anatomischen Verhältnisse die Reposition. Seit 1902 versuchte D. bei sämtlichen Fällen die Reposition, ohne die Seitenbänder zu durchtrennen oder sie von ihrem Ansatz abzulösen. Das gelang nur in 3 Fällen, deren Verrenkung in 2 Fällen seit 1 Monat und in einem seit 3 Monaten bestand. In den übrigen Fällen mußte das äußere Seitenband getrennt werden. Gewöhnlich wurde es samt dem Epicondylus abgelöst. Das innere Seitenband konnte in sämtlichen Fällen belassen werden. Der Einschnitt ist, wie bei der Resektion, an der Außenseite. Zuerst entfernt D. die narbigen Gewebereste, die die Incisura Olecrani ausfüllen, und jenen Callussporn, der sich an der hinteren Seite des Humerus gewöhnlich vorfindet und manchmal den M. triceps an den Knochen heftet. Dann befreit er die Trochlea von den Verwachsungen und versucht es, bei den nicht sehr veralteten Fällen, das Gelenk mittels Hyperextension und Zug zu reponieren. Dieser Versuch soll selbst in jüngeren Fällen nicht forciert werden; denn wenn dabei der Knorpel abgelöst wird, so leidet darunter später die Beweglichkeit des Gelenkes. Kann das Gelenk ohne Durchschneidung des äußeren Seitenbandes nicht reponiert werden, so löst D. es samt dem Epicondylus ab, knickt den Arm in dem Ellbogengelenk gegen die ulnare Seite nach einwärts, so daß die ulnare Seite des Vorderarmes und die innere Seite des Oberarmes nebeneinander zu liegen kommen, schiebt die Gelenksenden durch die Wunde heraus, befreit sie von allen Verwachsungen und hebelt dann den Vorderarm von innen her auf den Oberarm, was gewöhnlich leicht geschieht. Naht des Epicondylus, der Fascien und der Haut, Drainage, zirkulärer Gipsverband in rechtwinkliger Stellung für 8 Tage, dann Beginn der mechanischen Behandlung, die leider nicht regelmäßig durchgeführt werden konnte.

D. erhielt von 12 Kranken brauchbare Angaben über die spätere Funktion ihres reponierten Gelenkes. Sie wurden vor 1—9 Jahren operiert.

3 von ihnen haben derzeit steife Gelenke. Alle 3 waren komplizierte Fälle. Die Gelenke der übrigen 9 sind beweglich. 2 Pat. beugen ihr Ellbogengelenk vollkommen und strecken es bis 135 Grad, die übrigen 7 besitzen eine Beweglichkeit zwischen 90—135.

D. spricht sich auf Grund dieser Erfahrungen entschieden für die Reposition aus und rät, bei veralteten Ellbogenverrenkungen nur dann zu resezieren, wenn der Zustand der Gelenksenden bei der inspizierenden Arthrotomie keine gute Funktion hoffen läßt.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Bardenheuer (Köln) empfiehlt Extension und frühzeitige Mobilisation bei Schulterverrenkungen. Er macht auf die Häufigkeit von Knochenabsprengungen aufmerksam.

Wohlgemuth (Berlin) macht auf die häufige Absprengung des Tuberculum majus aufmerksam, die sogar bei Subluxationen vorkommen.

Bunge (Bonn) berichtet über 40 Fälle von blutiger Reposition von Ellbogenverrenkungen aus der Königsberger Klinik. Er warnt vor Resektionen, empfiehlt Außen- und Innenschnitt und gründliche Entfernung aller Bewegungshindernisse. **Lichtenauer** (Stettin).

---

94) **Stieda** (Königsberg). Über Coxa valga adolescentium.

Diejenige Form der Coxa valga, welche der Coxa vara adolescentium entspricht, ist bis jetzt noch nicht sicher nachgewiesen. S. berichtet über zwei einschlägige Fälle aus der Königsberger chirurgischen Klinik, in denen die Diagnose durch das Röntgenbild sichergestellt wurde. In einem Falle handelte es sich um eine doppelseitige Erscheinung, in dem anderen bestand auf der einen Seite Coxa vara, auf der anderen Seite Coxa valga. Klinisch bestand Außenrotation und beschränkte Flexion, ungleiche Länge der Beine. Bei der Flexion ging der Oberschenkel in Abduktion und Außenrotation; in Streckstellung war in dem ersten Falle eine Beschränkung der seitlichen Bewegung nicht nachweisbar. Ausschlaggebend für die Diagnose ist das Röntgenbild, welches unter den nötigen Kautelen (Mittelstellung zwischen Außen- und Innenrotation) aufgenommen werden muß, da sonst Täuschungen durch die Projektion entstehen. Die Vergrößerung des Schenkelhalsneigungswinkels ist auf Muskelzug zurückzuführen. Die Behandlung bestand in Schonung, Massage und Bewegungen und erzielte einen befriedigenden Erfolg. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Sprengel (Braunschweig) glaubt, daß sowohl Coxa vara als auch Coxa valga traumatischen Ursprunges sei.

Drehmann (Breslau) hat seinen Fall von traumatischer Coxa valga beschrieben. Außerdem hat er zwei Fälle von Coxa valga bei juveniler Muskelatrophie beobachtet.

Hofmeister (Stuttgart) macht darauf aufmerksam, daß man das Bild der Coxa valga durch Stellung des Oberschenkelhalses bei der Röntgenaufnahme willkürlich hervorrufen könne. Es sei daher bei der Diagnose dieser Erkrankung durch Röntgenaufnahme Vorsicht geboten. **Lichtenauer** (Stettin).

---

95) **Goebel** (Breslau). Kongenitales Femursarkom, geheilt durch operative und Röntgenstrahlenbehandlung.

Die Literatur über wirklich kongenitale, d. h. bei der Geburt schon nachweisbare maligne Tumoren ist schon ziemlich angewachsen, wenn man auch die gemischten Formen berücksichtigt. Nimmt man aber nur die einfachen Formen, d. h. echte Sarkome und Karzinome heraus, so wird die Zahl eine recht beschränkte, und besonders, wenn man die Sarkome der Knochen allein ins Auge faßt. Von letzteren fand Vortr. kaum 7—8 in der Literatur verzeichnet (Paul, Billroth, King, Levis, Manderli, Körte, Holmes, Lochwood).

Die Beobachtung des Vortr. betraf ein 3wöchiges Kind, bei dem am Tage nach der Geburt ein Knötchen an der Innenseite des rechten Kniegelenkes bemerkt wurde. Dasselbe wuchs bis Damenfaustgröße an und zeigte bei der Aufnahme in das Augustahospital außen und innen vom unteren Femurende je einen apfelgroßen Tumor unter verschieblicher Haut, in der Kniekehle aber eine mehr diffuse Infiltration mit geröteter, adhärenter, Pseudofluktuation darbietender Haut. 29. Mai 1907: Inzision an der vorderen, inneren Seite des Oberschenkels, Entfernung eines großen Tumorstückes. Tumor geht in die Weichteile diffus hinein. Naht der Wunde. Röntgenbestrahlung: 31. Mai: 6 Minuten; 1. Juni: 3 Minuten; 3. Juni: 6 Minuten (harte Röhre, Einschaltung eines Zinnfilters zum Schutze der Haut). Bildung von runden Nekrosen auf der Kuppe des äußeren Tumors und in der Kniekehle. Von diesen Nekrosen aus am 11. Juni Auskratzung des ganzen Tumors so sorgfältig wie möglich. Erneute Bestrahlung am 14. und 16. Juni je 10 Minuten, am 18., 20. und 24. Juni je 5, am 25. Juni 6 Minuten lang. Befund am 29. Oktober 1907: Keine Spur Tumor nachweisbar. Glatte Narbe (Demonstration des Bildes vor Einleitung der Behandlung und des jetzigen). Rechtes Knie kann nur wenig über den rechten Winkel gestreckt werden. Rechtes Füßchen kleiner und zierlicher als das linke (Hypoplasie nach Försterling). Allgemeinbefinden ausgezeichnet.

Briefliche Anfrage Anfang April erweist Wohlbefinden, kein Rezidiv.

Mikroskopisch: Spindelzellensarkom. Nach den ersten drei Röntgenbestrahlungen zeigt der von neuem entfernte Tumor Chromolyse des Kernes, stärkere Färbbarkeit des Protoplasmas, teilweise Nekrose und leukocytäre Infiltration.

Vortr. streift die Wichtigkeit des Falles für die Frage der Tumorgenese. Gerade die Sarkome des Femur werden ja so oft mit Trauma in Verbindung gebracht. Es ist aber daran zu erinnern, daß z. B. nach Bardeleben die Mehrzahl der Sarkome des Femur an dem Condylus internus sitzen, ebenso wie unser angeborener, sicher nicht traumatischer Tumor.

Die günstige therapeutische Beeinflussung des Tumors entspricht den Erfahrungen anderer Autoren, insbesondere Kienböck's, nach

denen gerade weiche, rasch wachsende Sarkome leichter durch Röntgenstrahlen zum Verschwinden gebracht werden. Vielleicht hat die operative und Röntgenbehandlung insofern eine besondere Wirkung, als erstere eine Durchfeuchtung des Geschwulstgewebes, eine Durchsetzung mit Leukocyten usw. bewerkstelligt, die das Gewebe für die Bestrahlung gewissermaßen sensibilisieren. (Selbstbericht.)

---

96) **J. Ludloff** (Breslau). Osteochondritis dissecans des Kniegelenkes.

L. bespricht an der Hand zweier selbst operierter Fälle die Frage der »Osteochondritis dissecans« am Knie.

Beide Fälle zeigten im Röntgenbild am Condylus medialis gegenüber der Ansatzstelle des Ligamentum cruciatum posterius einen ca. dattelkerngroßen und -förmigen ausgesprochenen dichten Knochenschatten gebenden Körper, der in einer Knochenmulde lag; im Fall I im rechten Knie allein, in Fall II in beiden Knien.

In Fall I zeigte sich bei der Operation der Knorpel darüber vollständig intakt, in Fall II war ein Teil des Körpers gelöst und als »Corpus liberum« im Gelenk.

Bei der Durchsicht der Literatur stellt sich heraus, daß in der überwiegenden Mehrzahl aller genau eruierten Fälle der Körper immer am »Condylus medialis« liegt oder dorther stammt, in der Nähe der Insertion des »Ligamentum cruciatum posterius« und fast immer dieselbe Gestalt hat (cf. Grashey, Atlas chirurg. pathol. Röntgenbilder, Bd. II. Fig. 84 und 89).

Verf. erklärt diese Prädilektionsstelle für die Entstehung freier Gelenkkörper aus der Gefäßversorgung durch die »Arteria genu media«. Dieses unpaare Gefäßstämmchen tritt durch die hintere Wand der Gelenkkapsel zwischen den beiden Kreuzbändern hindurch und verbreitet sich auf dem »Ligamentum cruciatum posterius« in der Richtung nach der lateralen Kante des »Condylus medialis«, in dessen lateralsten Teil es mit kleinen Endzweigen eintritt und die Insertionsstelle des Bandes versorgt. Bei starker Überstreckung des Knies und zugleich Innenrotation des Unterschenkels wird das »Ligamentum cruciatum posterius« und die hintere Kapselwand stark gespannt. Es ist dann leicht möglich, daß dieses Gefäß abreißt bzw. geschädigt wird, besonders wenn das Gelenk noch belastet wird, so daß die »Eminentia intercondyloidea media« auch noch gegen diese Stelle drückt. Infolge dieser Gefäßschädigung wird dann immer derselbe Bezirk des Knochens in seiner Ernährung geschädigt, stirbt ab und löst sich dann allmählich los, wobei sich auch der darüber liegende Knorpel disseziert. Durch weitere geringe Traumen wird dann dieses dissezierte Stück ins Gelenk als freier Gelenkkörper hineingeschafft.

So lassen sich die scheinbar widersprechenden Auffassungen König's und Barth's gut miteinander vereinigen; denn wir haben

eine »Osteochondritis dissecans« auf traumatischer Basis durch Schädigung des ernährenden Gefäßes vor uns. (Selbstbericht.)

Diskussion.

H. Küttner (Breslau): Im Anschluß an die Ausführungen des Herrn Ludloff, welche den sicheren Beweis für die Richtigkeit der König'schen Anschauungen erbringen, möchte ich hier eine Gelenkmaus demonstrieren, wie sie in dieser Größe wohl nur sehr selten beobachtet wird; ich habe sie aus einem Kniegelenk mit schwerer Arthritis deform. entfernt. Betrachtet man die fingerlange Gelenkmaus genauer, so erkennt man sehr deutlich, daß aus dem großen Körper durch Demarkationslinien mehrere kleine Teile ausgelöst werden. Es spielen auch bei der Arthritis deformans dissezierende Prozesse eine Rolle. (Selbstbericht.)

97) **W. Müller** (Rostock).

M. demonstriert zwei Kniegelenke eines Hundes, bei welchem es nach mehrfachen negativen Versuchen Herrn Dr. Becker gelungen ist, wohl zum erstenmal eine typische, bleibende Gelenkmaus — 7 Monate nach dem Versuch — zu erhalten. B. war bei seinen Versuchen ähnlich wie frühere Experimentatoren vorgegangen, hatte Gelenkstückchen, aus Knochen und Knorpel bestehend, mittels Hohlmeißel herausgelöst. Interessant ist, daß im erstoperierten Gelenk eine typische Arthritis deformans sich entwickelt hat, in dem anderen fehlt diese, aber die Gelenkmaus ist mobil und mit glatter Oberfläche sowohl im Röntgenbilde wie im Präparat deutlichst zu sehen. (Selbstbericht.)

98) **Muskat** (Berlin). Behandlung des fixierten Plattfußes.

Da die Gipsverbände und die vom Autor 1906 auf dem Chirurkongreß empfohlenen Heftpflasterverbände für den Pat. im Stadium der Kontraktur des Plattfußes manche Mängel aufweisen, hat M. die Hyperämie als Behandlungsmittel angewendet und mit gutem Erfolge durchgeführt. Durch heiße Luft und Anlegung einer Staubinde gelingt es oft schon in einer Sitzung von $^1/_4$stündiger Dauer, die Spannung der Muskeln zu beseitigen und den Fuß aus der Pronation in die notwendige Supinationsstellung überzuführen. Die Weiterbehandlung ist die übliche. Zweckmäßig wird während der Behandlung die Rückseite der Fußspitze auf die Kante eines Schemels gelegt, um den Fuß aus der Abduktion in Adduktionsstellung zu bringen.

(Selbstbericht.)

99) **O. v. Frisch** berichtet über die Erfolge, welche in der v. Eiselsberg'schen Klinik mit der Gleich'schen Plattfußoperation gewonnen wurden. Die Methode wurde in den letzten 5 Jahren 18mal durchweg bei schweren Plattfüßen angewendet, und zwar in jener von

Brenner angegebenen Modifikation. 15 der Operierten konnten nach mehreren Jahren nachuntersucht werden, wobei sich in $^2/_3$ der Fälle vollkommene Heilung ergab.

Dabei fiel auf, daß sich die Deformität spontan zurückgebildet und das Fußgewölbe deutlich gehoben hatte. Redner glaubt, daß diese reparatorischen Vorgänge mit den veränderten statischen Verhältnissen und der gleichfalls durch die Operation bedingten Verlagerung des hinteren Ansatzpunktes (Tuber calcanei) der kurzen Fußmuskeln in ursächlichen Zusammenhang zu bringen ist.

(Selbstbericht.)

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 36. Sonnabend, den 5. September 1908.

Inhalt.

Aus der Kgl. chirurgischen Klinik zu Greifswald.

Über osteoplastischen Ersatz nach Kieferresektion (Kieferdefekten) durch Rippenstücke mittels gestielter Brustwandlappen oder freier Transplantation.

Von

Prof. Dr. E. Payr.

Mit 2 Abbildungen.

Der funktionell und kosmetisch das möglichste bietende Ersatz durch Resektion oder Verletzung verloren gegangener Abschnitte des Unterkiefers ist angesichts der durch die verstümmelnde Operation bedingten schweren Schädigungen eine ernste und verantwortungsvolle Aufgabe für den Chirurgen und seinen auf diesem Gebiet fast unentbehrlichen Bundesgenossen, den Zahnarzt.



Wir haben gerade in den letzten Jahren sehr bemerkenswerte technische Fortschritte dem beiderseits fördernden Zusammenarbeiten unserer Disziplin und der Zahnheilkunde zu danken.

Völliger Verzicht auf Verwendung einer Prothese, sowie die Einlegung nach erfolgter Wundheilung (sekundäre Prothese) mußten den entschieden besseren Verfahren der Implantationsprothesen, sowie der Verwendung von Immediatprothesen mit sekundärem Ersatz derselben durch eine zahnärztliche definitive Prothese weichen.

Denn nur bei Verwendung der letztgenannten Verfahren gelingt es, den beiden das spätere funktionelle und kosmetische Resultat schwer beeinträchtigenden Faktoren, dem Muskel- und dem Narbenzug, erfolgreich entgegenzutreten und dadurch die bei Unterkieferdefekten drohenden Kau-, Schluck- und Sprachstörungen wenigstens großenteils zu beseitigen.

Sowohl über die als bleibender Ersatz des resezierten Kieferstückes gedachten Implantationsprothesen aus verschiedenartigstem Material, als speziell über Immediatprothesen, die zurzeit in der Frage des plastischen Kiefereersatzes an erster Stelle stehen, sind zahlreiche, fast von Fall zu Fall neue Vorschläge enthaltende Mitteilungen erschienen (Cl. Martin, Stoppany, Schröder, Fritzsche). Über die derzeitigen Gesichtspunkte der Frage von chirurgischer Seite unterrichten die Spezialarbeiten von F. König und Heller, sowie die treffliche Bearbeitung der Kieferkrankheiten von Perthes.

Vorerst eine kurze Bemerkung zur Wahl der Implantationsprothese.

Ich habe vor einer Reihe von Jahren in der Grazer chirurgischen Klinik nach Unterkieferresektionen den Knochendefekt in mehreren Fällen unmittelbar durch verschieden geartete Magnesiumprothesen ersetzt. Ich verwendete entweder aus Magnesiumblech gefertigte Schienen (Schraubenbefestigung) oder noch einfacher einen 0,5 cm starken Magnesiumdraht, der, entsprechend gebogen, in je ein Bohrloch (Zentralkanal) der Resektionsstümpfe versenkt oder in ein seichtes Bohrloch im Tuberculum articulare bei halbseitiger Exartikulation eingelegt wurde. Heute würde ich einen ebensolchen Draht verwenden, der einen der Cavitas glenoidalis entsprechenden Metallknopf tragen würde. Für den Ersatz eines resezierten Mittelstückes verwendete ich eine aus einem Magnesiumdraht und zwei demselben an den Enden aufgesetzten Klammern gefertigte Schiene, gleichfalls durch Metalldraht oder Schrauben nach Anlegung von Bohrlöchern an den Resektionsstümpfen zu befestigen.

Diese Prothesen, besonders in Form des kräftigen Metalldrahtes, haben den Vorteil, sich leicht adaptieren zu lassen, die Stellung der Resektionsstümpfe günstig zu beeinflussen, wenig Raum zu beanspruchen und deshalb einen möglichst exakten Abschluß der Mundhöhle zu begünstigen. Das Magnesiummetall verfällt einem völligen Resorptionsprozeß, in seiner Umgebung jedoch bildet sich eine bei Verwendung so bedeutender Mengen erhebliche bindegewebige, resi-

stente Narbe. In einem solchen mit einfacher Drahtprothese behandelten Falle war schon nach 10 Tagen ein völlig wasserdichter Abschluß des Operationsgebietes gegen die Mundhöhle erzielt. Die Blechplattenprothesen haben den Nachteil, durch ihre etwas scharfe Kante gelegentlich an der Schleimhaut noch sekundär durch Druck Dekubitus zu erzeugen.

In den meisten solcher Art operierten Fällen wurde nach längerer Zeit (7—10 Wochen) die Magnesiumprothese entfernt und durch ein zahnärztliches Ersatzstück substituiert (hatte also nur die Rolle einer Immediatprothese gespielt). In einem Falle heilte die Magnesiumprothese fistellos ein, wurde völlig resorbiert, und bildete sich an ihrer Stelle eine derbe, funktionell und kosmetisch genügende Narbe. Darin wäre vielleicht ein gewisser Vorteil der Verwendung von Magnesium für den erwähnten Zweck gegeben. Allein wir leben in einer Zeit, in der wir den zur Pflicht gewordenen Ersatz verloren gegangener Teile nicht durch Einheilung von Fremdkörpern, sondern, wenn irgend möglich, durch lebendes und daher funktionell viel höher wertiges Gewebe erstreben. Es ist angesichts der Tatsache, daß wir in einer Ära der Plastik und Transplantation leben, merkwürdig, daß wir bisher nur ganz vereinzelte Versuche einer osteoplastischen Deckung gesetzter Unterkieferdefekte zu verzeichnen haben. Bardenheuer und Krause verwendeten gestielte Periost-Knochenspangen benachbarter Kieferpartien, Wölfler mit negativem Erfolg eine an einem Hautlappen hängende Spange aus der Clavicula, Bardenheuer einen Haut-Periost-Knochenlappen aus der Stirn. Sykoff transplantierte frei einen einer benachbarten Unterkieferpartie entnommenen Knochenspan. Mancherlei mag noch versucht, mancherlei vorgeschlagen oder beabsichtigt sein (Sykoff, Lexer, Garrè) — es ist eine Tatsache, daß kein osteoplastisches Verfahren bisher technisch in entsprechender Weise für die verschiedenen Anforderungen ausgearbeitet und systematisch in Anwendung gebracht worden ist.

Seit Jahren mit dem Gedanken eines möglichst vollwertigen osteoplastischen Unterkieferersatzes beschäftigt, habe ich vor etwa 4 oder 5 Jahren periostbekleidete Rippenstücke als zweckmäßiges Material für eine Knochenplastik in Erwägung gezogen. Äußeren Gründen ist es zuzuschreiben, daß dieser Heilplan erst im letzten Jahre seiner Realisierung zugeführt werden konnte.

Man kann denselben in zweierlei Weise zur Ausführung bringen.

1) Osteoplastik mittels eines in einem Brustwandlappen befindlichen entsprechend großen Rippenstückes.

Obwohl, meinem Operationsplan entsprechend, wahrscheinlich ein zungenförmiger, breiter, ein völlig mit Periost bekleidetes Rippenstück tragender Haut-Muskellappen verwendbar ist — Mandry verwendete kürzlich erfolgreich einen ein Stück Schlüsselbein enthaltenden Hautlappen für Rhinoplastik —, halte ich doch den Vorschlag meines Assistenten, Dr. Heller, ein entsprechend langes Rippenstück mit

völliger Periostbekleidung zu resezieren, durch eine kleine Inzisionsöffnung in der Regio infraclavicularis mit hautwärts sehender Konkavität zwischen Haut und Fascie zu schieben und daselbst fest einheilen zu lassen, für eine Verbesserung.

Es entwickeln sich da sehr gute Gefäßverbindungen zwischen Muskelfascie und Beinhaut der Rippen.

Dieser Eingriff ist die der Kieferresektion und dem plastischen Ersatze zirka 2—3 Wochen vorausgehende »Voroperation«. Angesichts des nachfolgenden größeren Eingriffes ist dieselbe, wenn irgend tunlich, unter Lokal- beziehungsweise Leitungsanästhesie (N. intercostalis) auszuführen.

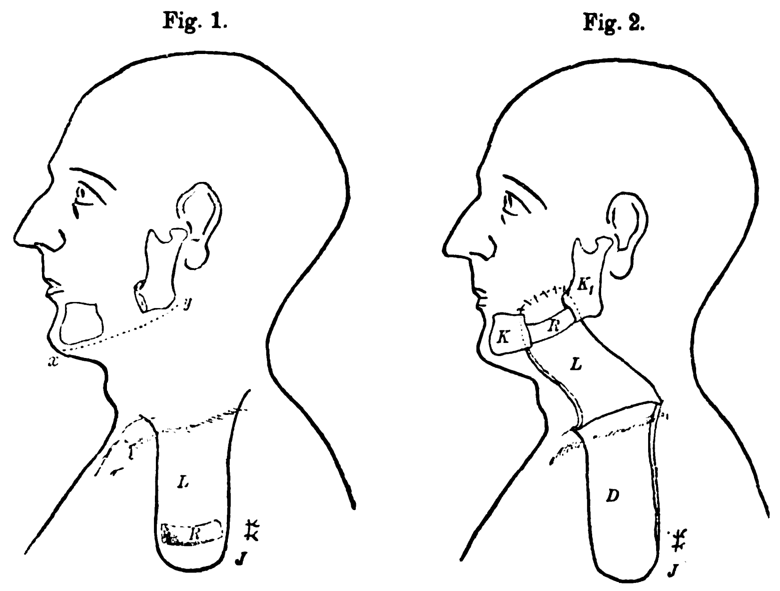


Fig. 1 und 2 stellen den Ersatz eines mäßig großen Defektes eines horizontalen Kieferastes dar. Bei J wurde eine an anderer Stelle am Thorax samt Periost resezierte Rippe R zwischen Haut und Fascie eingeschoben. Nach erfolgter Einheilung und Resektion des kranken Unterkieferstückes wird der das Rippenstück tragende Haut-Fascienlappen L emporgeschlagen, die Rippe R in den Kieferdefekt zwischen K und K_1 eingepaßt, der Hautlappen eventuell zur Deckung eines Haut- oder Schleimhautdefektes verwendet, sonst nach Anheilung der Rippe zurückgeschlagen und zur Deckung des Defektes D verwendet. x—y stellt den Haut-Weichteilschnitt dar, mit dem man für die Resektion auszukommen trachtet.

Drängt die Resektion des Kiefertumors, so muß diese natürlich ausgeführt werden, gleichzeitig die Rippe an der Stelle des später emporzuschlagenden Haut-Fascienlappens eingeheilt und inzwischen durch ein anderes Verfahren die Dislokation der Kieferstümpfe bekämpft werden. Gegebenenfalls kommt von vornherein das unter 2 angegebene Verfahren zur Verwendung. Hat die Sache Zeit, so führt man in der zweiten Sitzung die Entfernung des kranken Kieferstückes aus und ersetzt Knochen- und Weichteildefekt

durch einen langen und breiten zungenförmigen Haut-Fascien-, die Rippe und ihr Periost enthaltenden Lappen (s. Fig. 1 und 2). Das reichlich gewonnene Hautmaterial erweist sich dabei ungemein nützlich. Um eine Entstellung des Gesichtes tunlichst zu vermeiden, trachtet man bei der Resektion mit einem Schnitt am Kieferrande auszukommen (s. Fig. 1 x—y).

2) Eine zweite Art des osteoplastischen Kieferersatzes wird durch die freie Transplantation eines periostbekleideten Rippenstückes in den Defekt erzielt.

In der ersten Sitzung wird die Unterkieferresektion ausgeführt, sowie Maßnahmen zur Verhütung einer Dislokation der Kieferstümpfe getroffen. — Es handelt sich hauptsächlich darum, für die ungestielt zu transplantierende Rippe ein aseptisches Feld zu schaffen; ein solches ist ja Grundbedingung für das Gelingen einer freien Knochentransplantation. Vor allem also ist durch exakte Schleimhautnaht, oder gegebenenfalls durch Hautlappenplastik die Mundhöhle gegen den Kieferdefekt vollständig abzuschließen. — Als Verfahren zur Verhütung der störenden Wirkungen von Muskel- und Narbenzug kommen in Betracht:

A. Zahnärztliche Maßnahmen, allerdings nur bei teilweise erhaltenem Zahnbestand und entsprechender Ausdehnung des resezierten Stückes möglich. Als solche sind die schiefe Ebene nach Sauer, der Drahtschienenverband desselben Autors, eventuell Brückenarbeiten, sowie die Krone von Ober- und Unterkieferzähnen überdachende Doppelschienen in Erwägung zu ziehen. — Da gilt es für den Zahnarzt und Techniker, sein Bestes zu leisten!

B. Weniger zu empfehlen sind hier aus beliebigem Materiale hergestellte Implantationsprothesen, da es nur in einem relativ kleinen Teile der Fälle angesichts der bei der Resektion erfolgenden Infektion der Wunde gelingt, den Fremdkörper dauernd aseptisch und fistellos einzuheilen. Natürlich gibt es auch da einen Ausweg, indem man nach entsprechend langer Zeit (4—6 Wochen) die Implantationsprothese (Abschluß gegen die Mundhöhle läßt sich wohl meist erzielen) entfernt, das in ihrer Umgebung gebildete Granulationsgewebe exzidiert und nun sogleich oder nach einigen Tagen das periostbekleidete Rippenstück transplantiert.

Der erstgenannte Weg ist sicherer, er garantiert viel eher ein völlig aseptisches Operationsfeld für die freie Rippenüberpflanzung.

Die überpflanzten Rippenstücke werden durch Einfalzung, Verzapfung oder Knochennaht mit den Kieferstümpfen verbunden. Je einfacher und ohne Verwendung von fremdem Materiale dies geschieht, um so besser.

Für den Fall einer halbseitigen Exartikulation kommt der Ersatz durch einen nahe der Wirbelsäule gelegenen Rippenabschnitt samt Köpfchen in Erwägung.

Auch andere Knochenteile, Spina scapulae, Darmbein lassen sich vielleicht zur Transplantation verwenden; der allseitig mit zu über-

tragende Periostmantel der Rippen stellt uns dies Material über jedes andere. Für ein fehlendes Mittelstück des Unterkiefers käme ein medianer Haut-Muskellappen mit einem Stück des Manubrium sterni samt Periost als ohne Voroperation zu entnehmender Ersatz in Betracht.

Durch Rippenstücke lassen sich Unterkieferdefekte plastisch voraussichtlich ersetzen bei Mikrognathie, Verletzungen, Phosphornekrose, Tuberkulose und Aktinomykose, primären und sekundären Tumoren.

Unter Umständen könnte das Verfahren auch für Oberkieferdefekte in Frage kommen.

Wir haben im vergangenen Sommersemester drei Fälle, zwei davon nach der ersten, einen nach der zweiten Methode mit gutem Erfolg operiert. Herr Dr. Heller, schon früher auf diesem Gebiete tätig, hat sich um die technische Vervollkommnung meines Heilplanes sehr verdient gemacht und wird in einer ausführlicheren Arbeit einmal über die von uns gemachten Erfahrungen, die Indikationsstellung im Spezialfalle, sowie vor allem über die zahlreichen, keineswegs unwesentlichen technischen Einzelheiten berichten.

Es gelingt mittels dieses Verfahrens der osteoplastische Ersatz auch nach sehr ausgedehnten Unterkieferresektionen (samt deckenden Weichteilen) — selbst unter recht ungünstigen Verhältnissen. — Die mehrfachen Eingriffe, die Entnahme einer Rippe samt Periostmantel von demselben Individuum, die Bildung gewaltiger Haut-Fascienlappen stellen angesichts der relativen Einfachheit der Prothesenmethodik schwere Opfer zur Erzielung eines Knochenersatzes dar. Wir hoffen, daß unsere Resultate sie berechtigt erscheinen lassen.

Greifswald, 30. Juli 1908.

---

1) **A. Netter** (Paris). L'argent colloïdal dans les maladies infectieuses.

(Presse méd. 1908. Nr. 50.)

Verf. weist auf die guten Resultate, die man mit Collargol bei verschiedenen infektiösen Krankheiten erzielen kann, hin und hebt hervor, daß der Vergleich, den einige Autoren zwischen diesem Präparat und dem auf elektrischem Wege hergestellten Elektrargol oder Ultrargol anstellen, wertlos ist. Das auf chemischem Wege hergestellte Collargol enthält 87% Silber in kolloidalem Zustand, während das Elektrargol nur 1—4 mg per Kubikzentimeter hiervon enthält. Letzteres Präparat ist also sehr schwach, was namentlich, wenn es sich darum handelt, eine bakterizide Wirkung auszuüben, sehr in Betracht kommt. Auch darf nicht vergessen werden, daß das Collargol relativ leicht löslich ist und mit Leichtigkeit 5%ige Lösung gibt, während die Elektrargollösungen nur eine Konzentration von 0,025% besitzen.

E. Toff (Braila).

---

2) **Bertein et Worms.** Le diastasis vertébral.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 2.)

Unter Wirbeldiastase ist die vollständige oder beinahe vollständige Zerreißung der Bandmassen zu verstehen, welche zwei benachbarte Wirbel verbinden, ohne daß eine Verschiebung der sich entsprechenden Knochenteile gegeneinander stattgefunden hat. Die Wirbel stehen also wie früher genau übereinander. Immer entstehen dabei schwere, sehr oft tödliche Verletzungen des Rückenmarkes infolge Überdehnung des Markes im Augenblicke der Verletzung. Diese wird meist durch Fall auf den nach vorn, seltener rückwärts gebeugten Kopf oder ausnahmsweise auf den hinteren Teil des Rumpfes veranlaßt; sie kann übrigens auch bei der Extraktion des Kindes an den Füßen zustande kommen. Prädilektionsstelle ist die untere Halswirbelsäule meist zwischen 5. und 6., seltener zwischen 6. und 7. Wirbel. Eine Diastase in der Rücken- und Lendengegend oder zwischen 1. und 2. Halswirbel ist nur ganz vereinzelt beobachtet worden.

Da die Verletzung am häufigsten in Beugestellung der Wirbelsäule erfolgt, so sind die Bänder zwischen den Dorn-, Gelenk- und Querfortsätzen und den Wirbelbögen meist gänzlich zerrissen, aber auch das vordere und hintere Längsband ist durchtrennt, die Bandscheibe halbiert oder vom oberen Wirbel abgelöst oder in den Wirbelkanal verschoben, wo sie das Mark komprimiert. Letzteres zeigt Blutungen, Erweichungen und Zerreißungen seiner Häute mit oft ausgebreiteten Blutergüssen aus den duralen Venen und der Art. vertebralis.

Der Eigenart der Verletzung entspricht ein ganz charakteristischer Symptomenkomplex. Der Betroffene behält das Bewußtsein, kann aufstehen und noch einige Schritte gehen, muß sich aber bald setzen, da ihm die Beine »einschlafen« und er sie nicht mehr bewegen kann. Oft sind auch die Arme schlaff gelähmt, die Sensibilität und die Reflexe im Gebiet der Lähmung sind aufgehoben. An der Wirbelsäule ist weder eine Dislokation noch ein besonders auffälliger Schmerzpunkt nachzuweisen, Kopf und Hals bleiben frei beweglich. Unter zunehmender Dyspnoe, Benommenheit und Hyperthermie (bis 42°) tritt in 2—3 Tagen der Tod ein.

Außer einer typisch verlaufenen eigenen Beobachtung haben die Verff. noch 28 Fälle aus der Literatur zusammengestellt.

Gutzeit (Neidenburg).

---

3) **Schwartz et Dreyfus.** Des ruptures du poumon sans fractures de côte.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 5.)

An der Hand eines selbst beobachteten und von 29 Fällen der Literatur werden die Symptome, Anatomie und Entstehung jener Verletzungen besprochen. Jugendliches Alter und elastischer Brustkorb bilden die Vorbedingung für ihr Zustandekommen. Das Zell-

gewebsemphysem erscheint regelmäßig zuerst an der Basis des Halses, wohin die aus den zerrissenen Bronchien ausgetretene Luft durch das mediastinale Bindegewebe hindurch gelangt. Die Zerreißung des Lungengewebes wird dadurch bewirkt, daß die in den Hohlräumen der Lunge befindliche Luft so stark und so plötzlich komprimiert wird, daß sie nicht mehr auf den natürlichen Wegen entweichen kann (Dionis und Séjour). Bei Verwachsungen der Brustfellblätter können auch starke Verschiebungen der Brustwand gegen die kompressible Lunge Zerreißungen der letzteren veranlassen (Peyrot), bei gesunden Pleuren wird das aber kaum möglich sein. Krankhaft veränderte Lungen zerrissen leichter als gesunde. Daß das Lungengewebe nur berste, wenn gleichzeitig mit der Kompression reflektorischer Glottisschluß eintritt (Gosselin), bestreiten die Verff. Die Prognose ist meist ernst; in leichten Fällen droht die Infektion, in schweren führt zudem der begleitende Hämopneumothorax meist zum Tode, wie auch in dem berichteten Fall. Als Folgen der Verletzung fanden sich ferner große Blutergüsse unter der linken Pleura visceralis und eine feine 1 cm lange, opaleszierende Narbe im mittleren Teil ihres unteren Randes. Das Rippenfell wies nur fibrinöse Beschläge und subpleurale Blutungen auf, war aber nirgends verletzt. Die Rippen waren unversehrt, nur die ersten beiden rechten Rippenknorpelbrustbeingelenke waren verrenkt, ohne daß die dahinter liegende Pleura und Lunge verletzt waren.

Gutzeit (Neidenburg).

---

4) **Hofbauer.** Wann ist bei chronischen Lungenleiden (Emphysem, Tuberkulose) operative Behandlung indiziert?

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 5.)

Auf Grund physiologischer Betrachtungen kommt H. zu dem Resultat, daß bei Tuberkulose operative Behandlung nur am Platze ist, wenn die Rippenknorpel verknöchert sind; handelt es sich nur um mangelhafte Längenentwicklung der oberen Knochenknorpelringe ohne Verknöcherung, so kommt man ohne Operation durch entsprechende Atemgymnastik zum Ziel. Bei Emphysem ist jede Operation unnötig, weil durch Förderung der Atembewegungen des Zwerchfelles eine völlig genügende, weitgehende Besserung des Gaswechsels und der Luftaustreibung erreicht werden kann.

Haeckel (Stettin).

---

5) **Heidenhain.** Über Behandlung der peritonitischen Blutdrucksenkung mit intravenösen Suprarenin-Kochsalzinfusionen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 5.)

Nachdem es gelungen ist, das eine Hauptsymptom schwerer Peritonitis, das Erbrechen infolge Stauung des Darminhaltes, durch Enterostomie zu überwinden, hat H. mit großem Erfolge die Bekämpfung des zweiten schweren Symptoms, der peritonitischen Blutdrucksenkung,



begonnen. Eine sehr wesentliche Rolle spielten dabei die Untersuchungsresultate von Romberg und Paessler. Während man bisher annahm, daß bei den verschiedensten Infektionskrankheiten das Weich- und Leerwerden des Pulses im Verein mit Blutleere der Haut und gewisser Cyanose im Gesicht Folge einer durch die Infektion erzeugten Herzschwäche sei, wiesen genannte Autoren nach, daß das Herz dabei unbeteiligt ist, daß vielmehr die Senkung des arteriellen Blutdruckes Folge der Lähmung des Vasomotorenzentrums im verlängerten Mark sei. Dieser Vasomotorenlähmung zu begegnen, ist nun das Adrenalin ein ausgezeichnetes Mittel. H. verabreichte in jedem Falle schwerer Peritonitis mit Pulsschwäche, welche nicht anders zu überwinden war, intravenös 800—1000 ccm Kochsalzlösung mit 6, höchstens 8 Tropfen Suprareninlösung (1 : 1000) und sah, daß der Puls sich in auffallendster Weise hob; mehr wie drei Infusionen waren meist nicht nötig, in der Regel genügten zwei. Auch in Fällen, welche zu elend zur Operation waren, machte H. diese Infusionen und sah eine so bedeutende Besserung der Kreislaufverhältnisse, daß dann die Operation gewagt werden konnte. Die Hebung des Blutdruckes ließ sich am besten mit dem Tonometer v. Recklinghausen's nachweisen. Unter dieser Behandlung starben von 20 schweren Peritonitiden sieben, oder 35 %. Die Resultate sind so ermutigend, daß sie dringend zur Nachprüfung zu empfehlen sind. **Haeckel** (Stettin).

---

6) **Hönck.** Kritische Bemerkungen zu der von Prof. Kretz verfochtenen Anschauung über die Ätiologie der Epityphlitis; über den Zusammenhang von Influenza und Epityphlitis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Umgekehrt wie Kretz ist H. der Ansicht, daß in der Regel die Appendicitis das Primäre, eine Affektion der Rachenorgane nur ihre Folge sei. Wenn die zeitliche Aufeinanderfolge dem zu widersprechen scheine, so sei vor der Rachenentzündung eine latent verlaufene Appendicitis vorausgegangen. Die durch Wurmfortsatzentzündungen hervorgerufenen Schmerzen entstehen in der Rückwand der Bauchhöhle innerhalb der Mesenterialwurzel; hier kommt es zu Entzündungen der Lymphgefäße und Drüsen und zu Reizungen der sympathischen Ganglien. Die Folge davon sei, daß häufig bei einer Appendicitis die Schmerzen nicht im Bauche, sondern im Rücken empfunden werden. Deshalb seien viele klinisch als Influenza angesprochene Fälle nichts weiter als Appendicitiden. **Haeckel** (Stettin).

---

7) **Sonnenburg** und **Kothe.** Die Rizinusbehandlung der akuten Appendicitis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Verff. empfehlen Rizinusbehandlung bei leichten Formen der Appendicitis, d. h. bei einfachem Schleimhautkatarrh des Wurmfort-

satzes, bei dem es nur darauf ankommt, den zurückgehaltenen Inhalt aus dem Wurme zu entfernen. Als leichte Formen, also geeignet für Rizinusbehandlung, sind aufzufassen diejenigen Fälle, in denen die Temperatur sich um 37,5°, die Pulsfrequenz um 92, die Leukocytenzahl um 15000 herum bewegt. Unter den im letzten Jahre aufgenommenen Fällen frischer Appendicitis wurden 150 für leichte diagnostiziert; von ihnen heilten 144 unter Rizinusbehandlung, sechs mußten, da keine Besserung erfolgte, am Tage nach der Aufnahme operiert werden. Alle wurden geheilt, ein Beweis, daß nie durch das Abwarten der günstige Zeitpunkt für die Operation versäumt wurde. Die Rizinusbehandlung ist also zugleich eine Probe für den Charakter des Anfalles und zugleich eine Bestätigung der Diagnose auf den pathologisch-anatomischen Zustand des Wurmfortsatzes. Tritt nicht sofort Besserung auf Rizinus ein, so handelt es sich eben nicht um Appendicitis simplex; die Diagnose war eine falsche.

Man könnte einwenden, die leichteren Fälle von katarrhalischer Appendicitis heilten auch bei indifferenter Behandlung; das ist richtig; allein unter Rizinusbehandlung klingt der Anfall schneller ab.

Die Rizinusbehandlung ist eine chirurgische und eignet sich nicht für die Hauspraxis, da die sorgfältigste Überwachung nötig und die Bereitschaft zur sofortigen Operation selbstverständlich ist.

Bei Diagnose auf Appendicitis gangraenosa bzw. perforativa tritt die Frühoperation in ihre Rechte. Wie wenig dieselbe von den Verff. vernachlässigt wurde, zeigt der Umstand, daß die Zahl derselben sich bei ihnen stark vermehrt hat, im letzten Jahre 44 % aller im Frühstadium eingelieferten Appendicitisfälle gegen 32 % der früheren Jahre. Besonders betont wird der Wert der Leukocytenbeobachtung für die Verfeinerung der anatomischen Diagnose, aber nur in Verbindung mit Berücksichtigung aller übrigen lokalen und allgemeinen Symptome. Als weitere Verfeinerung der Diagnose kommt nun noch die Rizinusbehandlung hinzu. **Haeckel** (Stettin).

---

8) **Monprofit.** La gastrectomie. Histoire et méthodes opératoires. Avec 50 figures dans le texte.

Paris, **Jules Rousset,** 1908.

Im ersten geschichtlichen Teil gibt M. eine Übersicht über die Resektionen wegen Krebs vom ersten Fall Péan's im Jahre 1879 bis zu den 1905 veröffentlichten. Es werden weiter die topographische Anatomie des Magens, speziell des Pylorus, weiter der Arterien und Lymphdrüsen besprochen. Verf. weist auf die Wichtigkeit weiter Resektionen an der kleinen Kurvatur hin, da hier die Lymphdrüsen dem Magen am nächsten liegen und am leichtesten erkranken.

Es wird weiter ausführlich die Technik besprochen. Auf Magenspülungen vor der Operation verzichtet M. Den nicht ganz daran gewöhnten strengen sie unnötigerweise an. Von der Mobilisation des Duodenums erwartet er, daß sie die Sterblichkeitsziffer der Resektionen

hochdrückt. Er bevorzugt die II. Billroth'sche Methode mit hinterer Yförmiger Anastomose. Hat man Mühe mit der Duodenalnaht, so hat M. gelegentlich das Duodenum einfach unterbunden und die über der Ligatur liegende Schleimhaut mit Schere und Thermokauter entfernt. Knopf wendet er nie an. Zweizeitig sollte nur bei bedrohlicher Schwäche der Kranken operiert werden.

Weiter geht M. dann auf die atypischen Resektionsmethoden ein und gibt veranschaulichende Skizzen von Lappendeckung nach Resektion der kleinen Kurvatur mit gleichzeitiger Exzision eines Teiles der hinteren Magenwand, weiter mit gleichzeitiger Magenwand- und teilweiser Pylorusresektion.

M. hat unter 30 Resektionen sechs Todesfälle gehabt, also ungefähr 20%. Zweimal war die Anastomose nach Kocher undicht geworden. Wegen gutartiger Stenose hat er zweimal reseziert. Wenn möglich, ist die typische, annuläre Resektion atypischen Operationsmethoden vorzuziehen. Eine Resektion hat er wegen plastischer Linitis ausgeführt in der Annahme einer Neubildung. In der Tat erlag die Kranke ein Jahr später einem Epitheliom.

Bei zu ausgedehnten Verwachsungen soll man die Operation nicht zu weit treiben, ebenso bei zu schwachen Personen davon Abstand nehmen oder zweizeitig operieren. Gastroenterostomisierte läßt M. am Tage nach der Operation aufstehen, zunächst nur $^1/_2$ Stunde. Nach 5—6 Tagen aber sollen die Operierten den größten Teil des Tages außer Bett sein.

Dem etwas weitläufig verfaßten Werk sind 31 noch nicht veröffentlichte Krankengeschichten beigegeben.

E. Moser (Zittau).

---

9) **Finney.** The choice of operation in pyloric stenosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1908. März.)

F. wendet die von ihm angegebene Operation »Gastroduodenostomie« in allen Fällen an, in denen es sich um gutartige Stenosen handelt. Als Vorzüge gegenüber der Gastroenterostomie hebt er hauptsächlich hervor 1) leichtere Technik, 2) Fehlen des Ulcus pepticum des Duodenum, 3) kein Circulus vitiosus, keine Knickungen, 4) keine Spornbildung. F.'s Resultate sind durchaus befriedigend.

Levy (Wiesbaden).

---

10) **Negrescu.** Die Behandlung der Analfissuren und Ulzerationen mittels Wasserstoffsuperoxyd.

(Revista stiintzelor med. 1908. April.)

Verf. hat in mehreren hartnäckigen Fällen von Fissuren und Ulzerationen des Afters gute Erfolge mit Umschlägen und Waschungen von Wasserstoffsuperoxyd in diluierten Lösungen erzielt. Das Mittel wirkt heilend, entzündungswidrig und lindert auch das Jucken, welches mit den erwähnten Krankheiten fast immer in Verbindung steht. Es hat auch den Vorzug, ungiftig zu sein. Statt die Lösungen in der

Apotheke bereiten zu lassen, ist es vorzuziehen, sich dieselben selbst herzustellen, wofür sich die im Handel befindlichen konzentrierten Präparate von Hydrogenium peroxydatum sehr gut eignen.

E. Toff (Braila).

---

11) **Delore** et **Chalier.** De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. Considérations basées sur 19 observations personnelles.

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. 5.)

Die aus der Klinik Poncet's stammende Arbeit ist eine Empfehlung der coccygo-perinealen Methode, für welche eine genaue, in sieben Zeiten eingeteilte Ausführungsanweisung gegeben wird. Den Hauptwert legen die Verff. darauf, daß der Mastdarm in seiner Scheide bis zum Douglas ausgelöst, und daß die Auslösung hinten in der Kreuzbeinhöhlung begonnen wird. Die Zugänglichkeit genügt selbst für Krebse, die an der Grenze von Mastdarm und Flexur liegen, und es entsteht keine so große und leicht zu infizierende Wundhöhle wie bei der sakralen Methode; die Ableitung der Wundsekrete ist trotzdem hinreichend gesichert.

Gutzeit (Neidenburg).

---

12) **Mathieu.** Rétrécissements non néoplasiques des voies biliaires principales.

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. 1 u. 2.)

Es gibt angeborene und erworbene Verengerungen der Hauptgallenwege.

Die angeborenen sitzen vorzugsweise im unteren, an und für sich engeren Abschnitt des Choledochus, während der darüber gelegene Teil zu einer großen cystischen Geschwulst ausgedehnt ist. Fehlerhafte Einmündung in den Darm, eine Klappe oder ein fibröses Knötchen können sie verursachen. Meist handelt es sich um eine fötale Gallengangsentzündung, die ihre Entstehung einer Toxininfektion mütterlichen Ursprunges (Nabelvene, Leber, Gallenwege) verdankt und in der faltenreichen Schleimhaut des fötalen Choledochus leicht zu Verwachsungen und Strikturen führt. Die Kinder kommen ikterisch zur Welt, sterben bald, wenn ein vollkommener Verschluß besteht, können aber eine noch durchgängige Verengerung trotz des Ikterus, der dann gewöhnlich anfallsweise unter Schmerzen zunimmt, längere Zeit überleben. Oder die Gelbsucht tritt erst in den ersten Lebensjahren, ja sogar in der Jugend auf, ähnlich wie eine Harnverhaltung infolge von Tripperstriktur nach längst überstandenem Tripper. Seltener sind die Fälle, wo die Gallenwege von außen durch eine abnorm verlaufende Art. gastroduodenalis, cystica, Pankreascysten, angeborene Nierengeschwülste oder peritonitische Stränge komprimiert werden. Differentialdiagnostisch sind noch Geburtstraumen der Gallenwege, Syphilis und die sehr seltene fötale Gallensteinbildung zu berücksichtigen.

Die erworbenen Verengerungen sind entzündlicher oder traumatischer Natur. Von den Entzündungsvorgängen spielt die Chole-

lithiasis die wichtigste Rolle, wenn auch zugegeben werden muß, daß einmal typhöse, tuberkulöse oder syphilitische Geschwüre zu narbigen Verengerungen führen können. Als Traumen kommen eigentlich nur operative Eingriffe an den großen Gallengängen in Betracht, sei es, daß ein Teil der Wand exzidiert oder ein von vornherein enger Gang nur eingeschnitten wurde.

Die palliative Behandlung (Hepato-, Hepatico- oder Choledochostomie) ist möglichst auf Notfälle zu beschränken. Als Radikalbehandlung stehen die Resektion der verengten Stelle oder ihre plastische Erweiterung durch Längsschnitt mit querer Vernähung oder mit Netz- oder Mageneinpflanzung zur Verfügung. Sehr oft wird nur die Anastomose zwischen dem über der Verengerung gelegenen Gallengangsabschnitt und dem Duodenum zum Ziele führen. Ein Fall von postoperativer Choledochusstriktur, der mit Netzplastik vergeblich behandelt, durch terminolaterale Hepaticoduodenostomie aber glücklich geheilt wurde, wird ausführlich unter genauer Angabe des operativen Vorganges berichtet.

Gutzeit (Neidenburg).

---

13) **Riedel.** Über Cholecystitis und Cholangitis sine concremento.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Die ganz wenigen, bisher beschriebenen Gallenblasenentzündungen ohne Stein sind streng genommen keine solchen gewesen, da es sich bei ihnen doch um Konkremente gehandelt hat. R. dagegen beschreibt sieben Fälle reiner Gallenblasenentzündung ohne Konkremente; daß diese Erkrankung häufiger ist als man denkt, geht daraus hervor, daß R. in den letzten 3 Jahren unter 300 Pat. mit Gallensteinen bzw. Verdacht auf dieselben vier Fälle bloßer Gallenblasenentzündung beobachtet hat.

Die Krankheit kann die verschiedensten Grade erreichen, von ganz leichten Fällen bis zu rasch, durch Perforation in die freie Bauchhöhle tödlich verlaufenden. Zwei dieser Fälle starben trotz Operation, die einmal in Exstirpation der Gallenblase, das andere Mal in Cholecystostomie bestand. Bei der Autopsie fanden sich im ersten zahlreiche kleine Leberabszesse, Eiter in den Gallengängen, Choledochus durch Zugrundegehen der Schleimhaut vollständig obliteriert, so daß überhaupt keine Galle mehr in den Darm gelangen konnte; im anderen Fall ergab die Sektion einen zweifaustgroßen Leberabszeß und altes Ulcus duodeni. Die übrigen fünf Fälle heilten nach der Operation; bei drei derselben war die Galle steril, in den anderen ließ sich Bacterium coli darin nachweisen. Da Schmerzen in der Gallenblasengegend und später Ikterus die Hauptsymptome sind, so wird die Diagnose meist auf Gallensteine lauten. Könnte man das Leiden sicher erkennen, so wäre die Therapie einfach: leichte, aseptische Fälle müßten konservativ, schwerere mit Drainage der Gallenblase, sehr schwere mit Exstirpation derselben behandelt werden.

(Die Arbeit ist versehentlich vom Autor nicht selbst korrigiert, deshalb verschiedene Druckfehler.) **Haeckel** (Stettin).

14) **Brin** (Angers). Le drainage des voies biliaires principales avec cholécystectomie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 633.)

Lejars bespricht vier Fälle von B. und fügt drei eigene hinzu. Die einfache Cholecystektomie mit Unterbindung des Ductus hepaticus will er für die Fälle bewahrt wissen, wo eine große, nur Schleim haltende Gallenblase mit isoliertem großen Schlußstein gefunden wird ohne entzündliche Erscheinungen. In allen anderen Fällen hat die Drainage der großen Gallenwege zu erfolgen. Lejars spricht sich dafür aus, das Drain eher zu entfernen, als es Kehr im allgemeinen anrät, warnt aber andererseits doch wieder vor zu großer Eile.

Kaehler (Duisburg-M.).

15) **Deaver.** Some of the reasons why cholecystectomie should not be performed as frequently as is advocated by many surgeons.

(Amer. journ. of the med. sciences 1908. April.)

Verf. wendet sich energisch gegen die viel zu oft ausgeführte Cholecystektomie. Er erblickt in der Gallenblase ein äußerst wertvolles Organ zur Drainage der Gallengänge und der Leber selbst bei septischen Prozessen. Wenn auch viele Cholecystektomien den Pat. keinen Schaden bringen, so spricht Verf. sich doch dagegen aus, anscheinend gesunde Blasen, oder wenigstens solche, die durch Drainage der Heilung zugeführt werden können, primär zu exstirpieren. Gallensteinrezidive nach Cholecystostomien hat er in seiner großen Praxis nur äußerst selten gesehen und mißt ihnen keine Bedeutung zu. Zur Entfernung der Gallenblase entschließt sich D. nur bei folgendem Befunde: 1) Hydrops mit absolutem Verschluß des Cysticus, 2) chronisches Empyem, 3) Gangrän der Gallenblase, 4) Perforation, 5) Neubildungen, 6) wenn viele kleine Steine in die Schleimhaut eingebettet sind, 7) bei Schrumpfungen der Gallenblase. **Levy** (Wiesbaden).

Kleinere Mitteilungen.

16) **G. J. Baradulin.** Muskelechinokokkus.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Nach zwei von B. zitierten Statistiken ist die Muskulatur relativ selten vom Echinokokkus befallen, nämlich in 4,6% (Neisser) oder 1,9% (Marquet).

1) 28jähriger Schlosser hatte seit 5 Monaten Beschwerden im Rücken, teils Schmerzen, die namentlich nachts stärker wurden. Hinten rechts von der Mittellinie eine vier Querfinger breite elastische Geschwulst in Höhe des Schulterblattes von der Spina bis zum Angulus scapulae. Unter lokaler Anästhesie 12 cm langer Schnitt (Baradulin): im M. longissimus dorsi wurde eine viele Tochterblasen enthaltende Echinokokkuscyste gefunden, die sich im ganzen entfernen ließ.

2) 38jähriger Mann bemerkte vor 13 Monaten eine nußgroße, unter der Haut verschiebliche Geschwulst an der Innenseite des rechten Oberschenkels im oberen Drittel. Jetzt war die Geschwulst kindskopfgroß und hinderte am Gehen. Es gelang, sie aus der Masse der Adduktoren herauszuschälen. Zirka 40 Tochterblasen wurden gezählt.

3) 28jährige Kranke, die seit $1^1/_2$ Jahren eine Geschwulst auf der rechten Schulter hat. Sie reichte vom äußeren Ende des Schlüsselbeins bis an den Hals, und vom Schlüsselbein nach hinten unter das Schulterblatt, und hinderte erheblich. Bei stumpfem Vorgehen durch den Cucullaris wurden zwei Echinokokkusblasen entfernt.

In allen drei Fällen waren die Geschwülste vor dem Eingriffe punktiert worden, wobei jedesmal die Charakteristika der Echinokokkenflüssigkeit, Mangel von Albumen, Scolices oder Chlornatriumkristalle im Rückstand gefunden wurden.

V. E. Mertens (Kiel).

17) **K. Haeberlin** (Nauheim). Über therapeutische Verwendung des Sonnenlichtes in der Chirurgie.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 22.)

Nach allgemeiner Einleitung bringt Verf. das bisher bekannte Tatsachenmaterial über den Einfluß der Insolation auf Geschwüre, tuberkulöse Eiterungen und Neubildungen. Diese Wirkung ist auf Hyperämie und Bakterizidie zurückzuführen und bedarf genauer Dosierung, da zu starke Bestrahlung Erythema solare erzeugt. Verf. hat eigene günstige Erfahrungen bei granulierenden Wunden, Brandwunden, appendicitischen Fisteln und Beingeschwüren, ferner bei Mischinfektion mit Pyocyaneus.

Schmieden (Berlin).

18) **G. Th. Beatson.** Traumatic asphyxia.

(Scott. med. and surg. journ. 1908. Juni.)

B. teilt unter Wiedergabe eines vorzüglichen Aquarells einen Fall von Stauungsblutung nach Perthes mit. Der 24jährige Bergmann war von einem niederfahrenden Grubenkorb so getroffen worden, daß Brust und Schultern ihm gewaltsam mehrere Minuten lang vornüber beckenwärts gepreßt wurden. Vom Nacken und Schlüsselbein ab nach oben war er blaurot geschwollen, mit Blutungen in Bindehaut und Mundboden. B. schließt sich der Ansicht an, daß es sich nicht nur um Blutaustritte, sondern vor allem um eine Stasis durch Überdehnung der Gefäße handelt. Bemerkenswert an dem Fall ist eine zunehmende Verschlechterung der Sehschärfe infolge von Atrophie des Opticus, so daß die Sehprognose sehr schlecht gestellt werden mußte.

Weber (Dresden).

19) **Holden.** Case of brain abscess.

(Journ. amer. med. assoc. Bd. L. Nr. 23.)

Nach mildem Mittelohrkatarrh entwickelte sich bei 35jährigem Mann allgemeines Zurückgehen des ganzen Körpers, Lichtscheu, Ruhelosigkeit mit geringem Fieber und undeutlicher Druckempfindlichkeit $1^1/_2$ cm hinter und über dem äußeren Gehörgang. Nach Freilegung der Mastoideuszellen fand man sie mit Granulationen erfüllt, einen epiduralen Abszeß 4 cm hinter dem äußeren Gehörgang. Durch Drainage wurde er zur Heilung gebracht, aber während dieser Zeit traten Wortblindheit und andere Zeichen weiterer Eiterung im Gehirn auf, und nach Eröffnung der alten Wunde fand man mit der Hohlsonde einen neuen Abszeß nach Spaltung der Dura etwa $1^1/_2$ cm unter der Hirnrinde. Nach seiner Entleerung (Gummirohrdrainage) trat vollkommene Heilung im Laufe von 3 Wochen ein.

Trapp (Bückeburg).

20) **Mandry.** Rhinoplastik mittels direkter Einpflanzung eines Hautperiostknochenlappens aus der Schlüsselbein-Schultergegend.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 222.)

Bei einer Lupuskranken mit Defekt der ganzen häutigen und knorpeligen Nase und narbiger Veränderung der angrenzenden Wangenpartien hat Verf. eine origi-

nelle neue Methode von Nasenplastik angewandt, deren Details aus dem Original mit seinen Abbildungen zu ersehen sind.

Dieselbe besteht im wesentlichen in der direkten Einpflanzung einer hautunterfütterten Schlüsselbeinspange mit Schulterbrücke in den Nasendefekt, und führte in dem mitgeteilten Falle, wie Photographien zeigen, ohne Störung die Heilung zu einem guten kosmetischen Resultat. Die M.'sche Methode hat gegenüber den Plastiken aus den Wangen und der Stirne den Vorteil des Wegfalls neuer entstellender Narben und gegenüber den bisherigen italienischen Methoden den Vorzug des Ausbleibens von Funktionsstörungen am Ort der Lappenentnahme und von geringer Belästigung für den Kranken, gegenüber beiden Methoden verhältnismäßige Kürze und Einfachheit voraus. **Reich** (Tübingen).

21) Discussion sur la ligature des carotides.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 1095 ff.)

Im Anschluß an einen Fall von unglücklichem Ausgang bei Unterbindung der Carotis entspinnt sich in der oben genannten Gesellschaft eine ausgiebige Diskussion über diesen Punkt, aus welcher einige Ausführungen hier angegeben werden mögen.

Lejars meint, die Unterbindung der Carotis habe unter den Einflüssen der modernen Technik fast alle Gefahren verloren. Man tue aber gut daran, doch noch in vereinzelten Fällen auf einen unvorhergesehenen Ausgang zu rechnen, da selbst bei genauester und sorgfältigster Untersuchung die Unzulänglichkeit der anastomotischen Wege sich unserer Beurteilung entzieht.

Guinard betont auf Grund langjähriger Beschäftigung mit dieser Frage, daß unmittelbare Schädigungen des Gehirns nicht auftreten, vorausgesetzt, daß der Kollateralkreislauf genügend ausgebildet ist; die Spätererscheinungen von seiten des Gehirns beruhen auf fortschreitender Thrombose bzw. Embolie und diese wiederum auf Infektion und Arteriosklerose. Unterbindet man die rechte Carotis communis und macht eine Injektion in die linke, so dringt die Flüssigkeit augenblicklich durch die Kollateralen (Lingualis, facialis usw.) in die Carotis der anderen Seite. Wenn aber z. B. bei einem Aneurysma der seitlichen Halsgegend zuerst die A. subclavia und dann erst die Carotis unterbunden werde, so liege die Möglichkeit einer Embolie aus dem Aneurysmasacke vor, die bei umgekehrter Reihenfolge der Ligaturen vermieden wäre, und damit der unglückliche Ausgang.

Moty hat bei spontan perforiertem retrotonsillären Abszeß mit schwerster Blutung die Carotis unterbunden und trotz starker Anämie vollen Erfolg gehabt

Hartmann berichtet von einer Thrombose der Carotis interna bis zur A. foss. Sylv., die bei absolut aseptischem Heilungsverlauf ohne vorhandene Arteriosklerose entstand und zu Erweichungsherden führte.

Morestin hat bei einer Operation anfangs die stark atheromatöse Carotis interna nur auf der Sonde gehabt, nachher aber nur die Externa unterbunden. Die Autopsie ergab, daß in die Lichtung der Carotis int. atheromatöse Plaques hineinragten, die zu Embolie Veranlassung gegeben hatten.

Quénu macht den Vorschlag, gegebenenfalles und bei technischer Möglichkeit eine arterielle Anastomose zwischen Carotis externa und interna End zu End oder seitlich anzulegen.

Jordan's Methode zur vorherigen Orientierung über eventuelle Zirkulationsstörungen (Chirurgenkongreß 1907) wird nur kurz erwähnt, gar nicht die prophylaktische Digitalkompression zur Erweiterung des Kallateralkreislaufes.

Kaehler (Duisburg-M.)

22) Jalaguier. Oesophagotomie sous oesophagoskopie pour rétrécissement cicatriciel rebelle à la dilatation.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 653.)

Bei der Abneigung, die im allgemeinen unter deutschen Chirurgen (conf. König) gegen die Oesophagotomia interna unter Leitung des Auges im Ösopha-

goskop besteht, ist es wohl berechtigt, auf diesen Fall hinzuweisen, der in J.'s Abteilung zur Beobachtung kam, dort von Guiser operiert wurde und sich früheren Operationen desselben anschließt (conf. dieses Zentralbl. 1907, p. 830). Bei einer doppelten, ringförmigen Verätzungsstenose der Speiseröhre trotzte die untere jahrelangen Bougierungsversuchen. Mehrere seichte Einschnitte mit dem Maisonneuve'schen Ösophagotom in Narkose brachten völlige Heilung. G. hat bisher sechs Fälle dieser Art behandelt: ein Mißerfolg, ein Todesfall infolge nachträglicher zu frühzeitiger Bougierung. (G. berichtet in späteren Sitzungen noch über zwei günstig beeinflußte Fälle.)

Kaehler (Duisburg-M.).

23) **Schultze** (NewYork). A case of traumatic rupture of the cardiac orifice of the esophagus, probably caused by violent vomiting.

(Proc. of the New-York pathological soc. Vol. VII. 5—8.)

Bei einem chronischen Alkoholisten war wegen plötzlicher Schmerzen im Epigastrium und Erbrechen großer Blutmengen eine Probelaparotomie (mit negativem Erfolg) gemacht worden. Bei der Sektion fand sich ein etwa 5 cm langer, frischer Riß in der Speiseröhre, nahe der Cardia, den S. mit dem heftigen Erbrechen in Zusammenhang bringt. In der linken Pleurahöhle war reichlich Blut mit Mageninhalt; das Mediastinum zeigte Emphysem.

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

24) **Venot** (Bordeaux). Tumeur primitive du pneumogastrique (fibrosarcome). Résection du pneumogastrique. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 679.)

Die außerordentliche Seltenheit der primären Vagusgeschwülste (V. konnte nur einen, noch dazu zweifelhaften Fall auffinden in Revista clinica de los hospital. Madrid 1891.) rechtfertigt die genauere Wiedergabe dieses Falles. 1895 drang dem Pat. eine rikochettierende Schrotkugel in den vorderen seitlichen Halsteil. 1896 bemerkte er dicht über dem Schlüsselbein eine erbsengroße Geschwulst. 6 Jahre lang geringes Wachstum, nach einem weiteren Jahre stärkeres Wachsen und Rauhwerden der Stimme. Allmählich weitere Beschwerden: Schmerzen im linken Ohr und der entsprechenden Brusthälfte, anfallsweise nadelstichartige Schmerzen in der Herzgegend und Palpitationen. — Die nunmehr hühnereigroße Geschwulst von glatter Oberfläche und gleichmäßiger Härte lag dicht über dem Schlüsselbein, hinter dem lateralen Rande des Kopfnickers und von diesem gut abgrenzbar, der Carotis dicht auf, seitlich wenig, von oben nach unten gar nicht verschieblich. Das linke Stimmband völlig unbeweglich in Kadaverstellung. Die den Kranken am meisten belästigenden Herzbeschwerden waren rein subjektiver Natur: Töne rein, Puls 88—90. Respiration normal. Bei der Operation fand man eine Geschwulst, die in einer dünnen, glattwandigen, verschieblichen Kapsel eingebettet war und sich leicht auslösen ließ. Im Moment der mit starkem Zug verbundenen Hervorhebung der Geschwulst heftiger Glottiskrampf. Durchschneidung des auf das Doppelte des Normalen verdickten Vagus ober- und unterhalb der Geschwulst, worauf die Atmung sofort regulär wurde. Die Folgen der Operation waren: Atmung, Pulsspannung und -frequenz blieben völlig unbeeinflußt, die Schmerzen schwanden, ebenso die subjektiven Herzbeschwerden, die Stimmbandlähmung blieb. Die histologische Untersuchung ergab ein gleichmäßig gebautes Fibrom, in dessen Pole je ein Nervenstrang hineinzieht, der sich im Geschwulstgewebe verliert. Der oben erwähnte Fremdkörper wurde nicht gefunden, auch kein Zusammenhang desselben mit der Erkrankung konstatiert.

Kaehler (Duisburg-M.).

25) **W. M. Mintz.** Zur Frage von den späten Erstickungsanfällen noch totaler Kehlkopfexzision.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 28.)

In 3 Fällen unter seinen 13 Kehlkopfexzisionen sah M. einige Zeit nachher schwere Erstickungsanfälle, die nach Aushusten von Blutgerinnseln schwanden. Im

ersten Falle kam das $4^1/_2$ Jahre nach der Operation vor und dauerte 2 Tage lang; im zweiten nach 27 Tagen und dauerte 5 Tage, im dritten nach 21 Tagen und dauerte 24 Tage. M. nähte in seinen Fällen die äußere Schicht der Luftröhre mit der Haut zusammen; an der Luftröhre bleibt also zwischen äußerer Schicht und Schleimhaut eine blutende Wundfläche. Das herabfließende Blut füllt die Bronchien, und so bilden sich in denselben die Gerinnsel; im ersten Falle war das größte 5 cm lang und $1^1/_2$—2 cm dick. M. wundert sich, in der Literatur keine ähnlichen Befunde nach einfacher Tracheotomie gefunden zu haben. —

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

26) **F. R. Nager.** Über das primäre Trachealkarzinom.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie 1907. Bd. XX.)

Seit Bruns' zusammenfassender Darstellung in Heymann's Handbuch vom Jahre 1898, führt Verf. noch sieben Fälle an, denen er einen achten anreiht. Der 51jährige Mann kam mit Husten, Atemnot usw.; er bot die Zeichen einer diffusen Bronchitis, linksseitige Recurrenslähmung, Zurückbleiben der linken Seite bei der Atmung. Eine direkte Endoskopie war nicht mehr möglich. Die Autopsie zeigte einen Plattenepithelkrebs, der den linken Hauptbronchus verlegte. Verf. glaubt das Plattenepithelkarzinom als eine versprengte (nicht metaplasierte) Geschwulst auffassen zu müssen. Denn einmal erfolge in der Gegend der Bifurkation die Trennung von Lungenanlage und Vorderdarm, und ferner kämen gerade in der Umgebung solcher Abschnürungen leicht Versprengungen vor. Außerdem lag, wie oft beim Luftröhrenkrebs, noch eine Mißbildung vor, und zwar hier eine muskuläre Cirrhose im rechten Unterlappen (zahlreiche Bündel glatter Muskulatur durch schmale und breite Bindegewebssepten getrennt). **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

27) **Frhr. v. Saar.** Über Tracheoplastik.

(Festschrift f. Chiari 1907. Wien.)

Nach einer kritischen Übersicht über die verschiedenen Methoden (Dermato-Chondro-Osteoplastik usw.) berichtet Verf. über einen von v. Eiselsberg operierten Fall von karzinomatös degeneriertem Kropf. Pat. kam bereits tracheotomiert in die Klinik. Erste Operation am 11. Januar: Exstirpation der Geschwulst, Resektion von ca. 4 cm Luftröhre, Vernähung derselben über einer Kanüle, Gipsverband in stark gebeugter Kopfstellung. Zweite Operation am 19. Februar: Bildung des Haut-Periost-Knochenlappens aus dem Brustbein und Versehen desselben auf beiden Seiten mit Haut. Drittens Einlegung des Lappens in die Luftröhrenlücke am 5. März, nachdem ein Ende Januar zur provisorischen Verkleinerung eingefügtes Zelloidinplättchen wieder entfernt worden war. Später Verschorfung einiger luftdurchlassender Stellen mit dem Paquelin. Am 7. Mai mit Pelotte geheilt entlassen. Drei Jahre später mußte wegen eines Rezidivs wieder operiert und eine tiefere Tracheotomie mit Dauerkanüle angelegt werden, weil die Geschwulst sich als inoperabel erwies. Immerhin war das Resultat der Kombination der »idealen« Resektion mit der osteoplastischen als ein funktionell günstiges zu bezeichnen gewesen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

28) **P. A. Werekundow.** Ein seltener Fall von Verletzung des Brustkorbes und der Bauches.

(Wratschebnaja Gazeta. 1908. Nr. 19 [Russisch.])

Ein Soldat geriet beim Abspringen von einem hohen Zaun auf sein Gewehr, wobei das Bajonett über dem linken Lig. Pouparti eindrang, in den Bauchwandmuskeln bis zum Rippenbogen, weiter durch die Lunge und Pleura ging und am Winkel des linken Schulterblattes die Haut durchstach. Pat. zog das Bajonett heraus, konnte auch noch mehrere Schritte gehen. Hautemphysem an der linken Seite von Brust, Hals und Gesicht; Blut im Auswurf; kein Husten, Puls 102. Allgemeinzustand gut. Abwartende Behandlung. Die beiden Wunden heilten glatt; keine Symptome von seiten der Bauchorgane; leichtes Pleuraexsudat, das rasch resorbiert wurde. Nach 3 Wochen gesund entlassen.

Gückel (Wel. Bubny, Poltava).

29) **F. S. Glickman.** Brustkontusion, kompliziert durch Pneumo- und Hämothorax.

(Wratschebnaja Gazeta. 1908. Nr. 19. [Russisch.])

Ein Soldat fiel auf der Straße, wobei sein Seitengewehr sich mit der Spitze in den Hoden einrannte und Pat. mit der linken Brustseite auf den Griff aufstieß. Er verlor für kurze Zeit das Bewußtsein und kam mit starken Schmerzen und Dyspnoe ins Lazarett. Keine Haut- und Rippenverletzung; vollständiger linksseitiger Pneumothorax. Nach 1$^1/_2$ Tagen Symptome eines Pleuraexsudates, das bald die ganze Pleura einnahm. Probepunktion, Blut in der Spritze. Blutiger Auswurf, Pneumoniesymptome. Nach und nach schwand der Hämothorax, und Pat. konnte nach 40 Tagen geheilt entlassen werden. — Es handelte sich also um Lungenzerreißung mit nachfolgender leichter Pneumonie; der Bluterguß in der Pleura blieb aseptisch und wurde ohne weitere Komplikation resorbiert.

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

30) **Marden.** Case report of plastic repair in old gunshot wound of the abdomen.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. VI. Nr. 6.)

Es handelt sich um eine Kotfistel bei einem 22jährigen Manne dicht oberhalb der Spina ant. sup. dextra infolge eines Schusses durch die rechte Beckenhälfte. Der Verschluß war früher vergeblich versucht. Es wurde sofort bis in die Bauchhöhle eingedrungen, das verwachsene Netz abgebunden; die Darmfistel ging vom Grunde des Blinddarmes aus, der tief im Becken so fest verlötet war, daß die Fistel unter Belassung in dieser Lage geschlossen werden mußte. Der Verschluß des untersten Wundwinkels war dabei wegen sehr zerreißlichen Gewebes sehr schwierig. Zur Verstärkung dieser Stelle wurde der Wurmfortsatz an seinem Ansatz gedreht und samt seinem Mesenterium über die schwache Stelle genäht. Zum Schluß der weit klaffenden Bauchwunde mußte eine Hautmuskelplastik gemacht werden, indem durch einen flachen Bogenschnitt in der seitlichen Bauchwand Haut und Muskulatur der Länge nach losgelöst wurden, während sie am Becken und Rippenbogen sitzen blieben, der Lappen wurde dann nach innen verzogen. Glatte Heilung in 4 Wochen. **Trapp** (Bückeburg).

31) **Zinsser** (New York). A case of peritoneal infection by bacillus typhosus without intestinal perforation.

(Proceedings of the New York path. soc. VII. Nr. 5—8.)

Bei einer an Typhus abdominalis erkrankten 50jährigen Frau traten plötzlich in der 4. Woche Symptome auf, die auf eine Perforation schließen ließen. Bei der Laparotomie fand sich eine frische umschriebene Peritonitis mit Typhusbazillen in Reinkultur, ohne daß eine Perforationsstelle hätte gefunden werden können. Z. nimmt an, daß vom Boden einer tiefen Ulzeration aus Keime durch die noch übrigen Schichten hindurchgewandert seien.

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

32) **L. J. Richelot.** Sur l'appendicite chronique.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 19.)

Kolitis findet man in vielen Fällen als Folge von Blinddarmentzündung. R hat zum Beweis dessen zwei Beobachtungen.

1) Ein junger Offizier leidet seit 6 Jahren an einer Enteritis mucosa et membranacea. Alle Hilfe war vergeblich. Der Kranke kam sehr herunter, wurde kachektisch. Wegen Empfindlichkeit des McBurney'schen Punktes mit vorübergehendem Fieber wurde der Wurmfortsatz aufgesucht und entfernt. Er enthielt einen Kotstein und Zeichen von Entzündung. Sofortige und dauernde Heilung.

2) Eine 53jährige Frau leidet seit 3 Jahren an einer Enteritis mucosa et membranacea. Es bestehen nach jeder Mahlzeit starke Schmerzen in der Gallen-

blasengegend und Herzgrube, die das Essen ganz verleiden. Eine unbestimmte Druckschmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend wird Veranlassung zu einem Operationsversuch. Der Wurmfortsatz ist injiziert und mit Eiter gefüllt. Sofortige und dauernde Heilung. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

33) **N. Koppang.** Om punktioner av den appendicitiske abscess gjennem bugbedaekningerne i terapeutisk oiemed.

(Tidskrift for den norske laegeforening 1908. Nr. 11.)

Die Behandlung der Ileocoecalabszesse mittels Punktion ist von Lenhartz angegeben. Lenhartz benutzt eine 20 ccm fassende Luer'sche Spritze und eine 6—9 cm lange, 1 mm dicke Kanüle. Nach gründlicher Desinfektion der Haut wird innerhalb des Gebietes der fühlbaren Resistenz auf dem höchsten und empfindlichsten Punkte der Geschwulst möglichst lateral eingestochen. Nach Entleerung von Gas und Eiter wird die kleine Stichöffnung mit einem Zinkpflaster verschlossen.

Nach dieser Methode behandelte K. einen 14jährigen Knaben, der nach 10tägiger Krankheit einen hühnereigroßen Abszeß in der linken Ileocoecalgegend aufwies. Durch Punktion wurden 32 ccm stinkender Eiter entleert. Rasche Besserung. **Revenstorf** (Hamburg).

34) **Upcott.** False diverticula of the appendix.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 5.)

35) **Johnston.** Diverticulum of the vermiform appendix.

(Ibid. 6.)

U. beschreibt näher zwei derartige Wurmfortsätze und analysiert dann die Entstehung der falschen Divertikel. Der Wurm hat im Vergleich zu seiner Lichtung eine sehr starke Muscularis, die im Fall einer Verlegung der Mündung einen sehr starken Druck auf den Inhalt des Darmteiles ausüben kann. Nachgiebigere Stellen in der Wandung werden daher ein Verdrängen der Schleimhaut ermöglichen. Solche nachgiebigere Stellen sind die Eintrittsstellen von Lymph- und Blutgefäßen. An Hand der mikroskopischen Schnitte weist U. sie nach und sucht so seine Behauptung zu beweisen. Er streift dann noch die Beziehung falscher Divertikel und der dünneren Stellen der Wandung zur Perforation. Entzündliche Vorgänge begünstigen die Nachgiebigkeit der Gefäßdurchtrittsstellen.

J. beschreibt einen Fall, der nach der obigen Bezeichnung auch ein falscher Anhang zu sein scheint. **Trapp** (Bückeburg).

36) **White.** Primary colloid carcinoma of the vermiform appendix.

(Am. journ. of the med. sciences 1908. Mai.)

Gelegentlich der Autopsie einer an Ileus verstorbenen 75jährigen Frau wurde ein Colloidkrebs des Wurmfortsatzes gefunden, der mit dem Ileus in keinem ursächlichen Zusammenhang stand und nie Erscheinungen gemacht hatte.

Levy (Wiesbaden).

37) **F. K. Weber.** Zur Frage des primären Karzinoms der Appendix.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

Wie stets in diesen Fällen — abgesehen von dem Beyer's, — wurde auch hier die Diagnose erst nach der Operation gestellt.

Der 43jährige Mann erkrankte 1901 zuerst an Appendicitis. Die Anfälle wiederholten sich 5—6mal jährlich, bis im Frühjahr 1904 wegen eines großen Abszesses in der Coecalgegend operiert werden mußte. Bei dieser Gelegenheit war der Wurm in Verwachsungen eingebettet. Seitdem keine Anfälle mehr, wohl aber zeitweise dumpfer Schmerz am Blinddarm. Februar 1906 wurde eine rechtsseitige trockene Pleuritis überstanden. April 1906 kam Pat. wegen einer Narbenhernie und klagte über die erwähnten Schmerzen. Im Hinblick auf die Pleuritis hielt W. die höckerige, gänseeigroße Geschwulst für tuberkulös. Nach Überwindung

vieler Verwachsungen gelang es, den stark verdickten Wurm samt einem Stück des gedehnten Blinddarmes zu resezieren. Trotzdem vom vorderen Umfang des Blinddarmes und von der Bauhin'schen Klappe Stücke entfernt wurden, gelang die Naht ohne Stenosierung. Pat. wurde nach glatter Heilung in 3 Wochen entlassen.

Die Geschwulst hatte am Übergang in den Blinddarm einen Durchmesser von 5 cm, war hier scharf abgegrenzt und erwies sich mikroskopisch als Adenokarzinom.

W. betont, wie ungeheuer selten diese übrigens sehr »gutartigen« Karzinome sind, wenn man bedenkt, welche Unzahl von Wurmfortsätzen entfernt werden.

V. E. Mertens (Kiel).

38) **Leischner.** Die Bedeutung der partiellen Bauchmuskellähmungen für die Chirurgie.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 5.)

Bei einem 2jährigen Mädchen bestanden nach abgelaufener Poliomyelitis anterior acuta Atrophien und Lähmungen an der rechten oberen und unteren Extremität, und außerdem in der linken Bauchhälfte zwei umschriebene apfel- bzw. walnußgroße Vorwölbungen, die große Ähnlichkeit mit seitlichen Bauchwandbrüchen hatten. Es werden die wenigen in der Literatur niedergelegten ähnlichen Fälle besprochen, auch solche, die auf Basis von Neuritiden bei Erwachsenen entstanden. Die Kenntnis dieser Pseudohernia ventralis lateralis infolge partieller Bauchmuskellähmung ist von Wichtigkeit, weil sie, für echte Hernien gehalten, schon Anlaß zu unnötigen Operationen gegeben haben. **Haeckel** (Stettin).

39) **M. M. Pokrowski.** Zur Frage von der eitrigen Entzündung des Magens und des Darmes.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 24 und 28.)

P. sah einen Fall von eitriger Gastritis bei einem vor 5 Tagen erkrankten Mann. Erbrechen nur einmal; Diarrhöen, Tod 10 Tage nach Beginn der Erkrankung. 2 Tage vor dem Tode wurde der Bauch schmerzlos, am Tage vor dem Tode — Perforation der Magenwand und Peritonitis. Klinische Diagnose: Abdominaltyphus! Sektion: eitrige Infiltration der Wände des ganzen Magens; Serosa und Mucosa intakt, nur an einer Stelle der kleinen Kurvatur ist die Infiltration stärker und die Schleimhaut nekrotisch. Perforation dicht am Pylorus. Ösophagus und Duodenum nicht ergriffen. Angina, Streptokokken im Eiter.

Seltener als der Magen findet sich der Darm eitrig entzündet. In der Literatur fand P. bloß 15 Fälle, davon 8 aus Rußland. Er selbst sah auch einen Fall. Ein Mann, 28 Jahre alt, starb nach 3½ Monate langer Krankheit (Ascites, Ödem an den Beinen, sechs Punktionen des Unterleibes). Sektion: atrophische Lebercirrhose, Dickdarm mit der Leberpforte verwachsen, die Subserosa des Darmes an dieser Stelle dicht und reichlich mit Eiterzellen infiltriert. Mucosa und Serosa gut erhalten. Keine Peritonitis. Akute Angina. —

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

40) **Wegele.** Über Polyposis ventriculi (Polyadenome gastrique).

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

So häufig Polyposis im Darm beobachtet worden ist, so selten im Magen; den wenigen bisher publizierten Fällen fügt W. einen neuen hinzu. In der Annahme eines Karzinoms wurde operiert. Man fühlte jedoch nach Eröffnung des Bauches keine Geschwulst, machte daher einen Schnitt in den Magen und fand die gesamte Oberfläche der Magenschleimheit von einer Menge zottenförmiger größerer und kleiner, weicher Polypen besetzt. Gastroenterostomie. 1½ Jahr später war Pat. noch am Leben, doch war das Körpergewicht stetig gesunken. Mikroskopisch zeigten die Geschwülste den Charakter eines Adenoms, das an einigen Stellen den Verdacht auf Übergang in Adenokarzinom wach werden ließ.

Haeckel (Stettin).

41) **S. Hayem.** De la fréquence de l'ulcéro cancer de l'estomac.
(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 15.)

Wegen der großen Verschiedenheit der Ansichten über die Beziehungen des Magenkrebses zum Magengeschwüre hat H. 94 Fälle daraufhin untersucht und gefunden, daß man mehr als ein Fünftel der Karzinome ätiologich auf Geschwür beziehen müsse. Dieser Krebs sitzt stets »präpylorisch« an der kleinen Kurvatur; er trifft, wie auch schon andere gefunden, fast ausschließlich Männer.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

42) **S. J. Twerdowski.** Zur Frage von der Bedeutung der Gastroenterostomie bei Pylorusstenose.
(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 27. [Russisch.])

T. operierte 30 Pat.: 24 mit bösartiger Magengeschwulst, 6 mit gutartiger Stenose. 29mal wurde die Anastomose nach Hacker — ohne Braun — angelegt, mit günstigem Ausgang; einmal — Krebsgeschwür der hinteren Wand — nach Wölfler, Tod an septischer Peritonitis. Die Anastomose wurde 14mal mittels Murphyknopf, 16mal mit dreizeitiger Naht angelegt. Zweimal trat nach 15 bzw. 7 Monaten wieder Erbrechen auf; eine operative Erweiterung der Anastomosenöffnung durch 4—5 cm langen Schnitt und Naht senkrecht zur Schnittlinie; das Erbrechen hörte dann in beiden Fällen auf; beide Fälle waren mit Murphyknopf operiert. **Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

43) **Thorspecken.** Ein Beitrag zur Pathologie der Magen-Kolonfistel.
(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

T. veröffentlicht aus der Göttinger medizinischen Klinik einen Fall von Magen-Dickdarmfistel. Ein 18jähriges Mädchen mit Lungen- und Hauttuberkulose bekam nach längerem Voraufgehen von Leibschmerzen Koterbrechen, das mehrere Wochen bis zum Tode anhielt; ganz unabhängig davon erfolgte ohne Beschwerden ziemlich regelmäßig Stuhlgang; im Leibe waren viele gurrende Geräusche zu hören, Darmperistaltik aber war nur ein einziges Mal sichtbar. Bei der Autopsie fand sich stenosierende Darmtuberkulose im Colon transversum; vor der Stenose starke Erweiterung und hochgradige Zerstörung der Schleimhaut mit fistulösem Durchbruch in den Magen und subphrenischem Abszeß; von diesem gleichfalls Durchbruch in den Magen. Hochgradige Fettleber, eingedickte Galle in der Gallenblase, keine Spur von Galle in den Gallengängen.

Dieser Fall ist in doppelter Hinsicht bemerkenswert: einmal, weil ein ähnliches Vorkommen von tuberkulösen Geschwüren an der linken Flexur nicht beschrieben ist und noch weniger natürlich eine durch diese bedingte Fistelbildung; sodann, weil sowohl Stuhl wie Erbrochenes völlig acholisch waren, und trotzdem kein Ikterus bestand, im Urin Urobilin nicht nachgewiesen werden konnte. Diese Acholie ohne Ikterus ist schwer zu erklären; manche Autoren halten völliges Versiegen der Gallensekretion für bisher nicht erwiesen. Der auffällige pathologisch-anatomische Befund der Leber läßt im vorliegenden Falle die Erklärung für di gestörte Funktion vermuten; die mikroskopische Untersuchung der Leber zeigte außergewöhnlich hochgradige Verfettung des ganzen Leberparenchyms. Überall sind die Zellen vollständig von Fettropfen ausgefüllt, zwischen denen nur die Gefäßendothelien, Gallengänge mit gut erhaltenem Epithel und größere Gefäße sichtbar sind. Auch einzelne normale Leberzellen sind nicht zu finden. Zwischen den Lobulis liegen miliare Tuberkel. **Haeckel** (Stettin).

44) **Finney.** Congenital idopathic dilatation of the colon.
(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VI. Nr. 6.)

Beschreibung eines Schulfalles von Hirschsprung'scher Krankheit bei einem 9jähr. jüdischen Knaben. Probelaparotomie. F. legte zunächst eine Darmfistel an, von der aus der Darm durchgespült wurde. Nach 6 Monaten ergab die zweite Laparotomie, daß der ganze Darm nebst Mesenterium bedeutend kleiner und dünnwandiger

geworden war, während sich das Allgemeinbefinden sehr gehoben hatte. Es wurde nun eine seitliche Kolo-Kolostomie gemacht, 5 Monate später die noch zurückgelassene ausgeschaltete Schlinge entfernt und die Darmfistel geschlossen. Der Knabe erholte sich derart, daß er schon vor der letzten Operation völlig normal entwickelt war. Zuletzt erinnerte nur die verbreiterte untere Öffnung des Brustkastens noch an die überstandene Krankheit. — F. knüpft an diesen Fall eine eingehende Studie der Krankheit mit gutem Literaturbericht. **Trapp** (Bückeburg).

45) C. A. Morton. A clinical lecture on a consecutive series of 34 cases of excision of a portion of the rectum for carcinoma.

(Brit. med. journ. 1908. Mai 2.)

M. berichtet über 34 Fälle von Mastdarmresektionen wegen Krebs mit einer Sterblichkeit von 12%; von den letzten 18 Operierten starb keiner. Von 19 Nachuntersuchten lebten 8 ohne Rückfall, 10 rezidivierten. M. setzt die Grenzen der Operabilität erheblich weiter als gewöhnlich geschieht. So gelten ihm Anheftung an der Prostata oder am Kreuzbein nicht als Gegenanzeige. Die Resektion des Mastdarmes mit nachfolgender Naht konnte er 12mal ausführen, aber stets gab ein Teil oder die ganze Naht nach: nie erfolgte unmittelbar völlige Heilung. Trotzdem stellte sich später in vielen Fällen freier Darmdurchgang wieder her, in anderen Fällen allerdings nur mit Fistelbeigabe. Der eine Fall, in dem Verf. die Durchziehmethode anwandte, mißglückte durch Nekrose des durch den After gezogenen Darmendes. **Weber** (Dresden).

46) K. Stern. Operation eines Aneurysma embolomycoticum einer Mesenterialarterie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 315.)

Verf. beschreibt aus der Rehn'schen Abteilung einen Fall von embolomykotischem Aneurysma der Art. mesenterica superior bei einem 20jährigen Manne mit rekurrierender Endokarditis und Streptokokkensepsis. Man fühlte rechts unterhalb des Nabels eine nicht ganz hühnereigroße, bewegliche Geschwulst bei Mangel von peritonitischen Symptomen und den sonst für Aneurysmen charakteristischen Erscheinungen. Da Pat. unerträgliche Schmerzen hatte, wurde unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines mesenterialen Drüsenabszesses laparotomiert. Man inzidierte eine kleinapfelgroße Geschwulst im Mesenterium, räumte den aus alten Blutgerinnseln bestehenden Inhalt aus und unterband die in dickem Strahl spritzende Art. mesenterica superior. Nach Einführung eines Gazestreifens wurde der Sack durch Naht geschlossen und die Bauchwand genäht. Der Darm zeigte völlig normale Beschaffenheit. Die Wunde heilte reaktionslos, und es trat zunächst eine deutliche Besserung mit einer Fieber- und Schmerzpause auf, dann aber kam es zu einer Embolie der Art. brachialis und einem neuen embolischen Aneurysma der linken Oberbauchgegend. Beim Versuch, dasselbe zu operieren, entstand eine gewaltige Blutung, die zwar nach Gefäßligatur stand, doch erlag Pat. bald darauf im Kollaps.

Die Sektion ergab neben alten und frischen endokarditischen Auflagerungen ein Aneurysma der Art. brachialis infolge Vereiterung eines septischen Thrombus. Am mittleren Ast der Art. mesenterica superior, dicht an der Abgangsstelle, saß ein apfelgroßes Aneurysma, dessen dünne Wand in die Bauchhöhle perforiert war. In einem anderen Aste fand sich ein loser Embolus. Das exstirpierte Aneurysma war tadellos ausgeheilt; Darm und Mesenterium waren gut ernährt.

Es ist dies der erste operativ behandelte Fall eines derartigen Aneurysmas, durch welchen der Beweis erbracht ist, daß man in solchen Fällen die Art. mesenterica superior wohl unterbinden darf, ohne die bei plötzlichem Verschluß sonst unausbleibliche Darmgangrän befürchten zu müssen, da sich bei dem chronischen Verschluß des Gefäßes längst ein Kollateralkreislauf ausgebildet hat, bis das Aneurysma als Geschwulst nachweisbar wird. Allerdings kann, wie auch hier, die

Operation das Schicksal der Pat. nur selten ändern, was bei der Natur des Grundleidens und der bekannten Multiplizität derartiger Embolien leicht erklärlich ist.

Reich (Tübingen).

47) **Mastin.** A unique anomaly of the great omentum.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VI. Nr. 6.)

Bei einem 26jährigen Neger wurde wegen Schußverletzung des Darmes die Laparotomie gemacht. Dabei fand man, daß das große Netz oberhalb des Nabels in breiter Fläche mit der vorderen Bauchwand verwachsen und so stark verkürzt war, daß eine vollständige Trennung des oberen Teiles vom unteren des Bauches dadurch bewirkt wurde. Das Gewebe des Diaphragmas selbst war viel fester, dicker und blutreicher als das des normalen Netzes; das präperitoneale Fett ging direkt in das Innere des Diaphragmas über; das Peritoneum parietale hing oberhalb und unterhalb ohne Unterbrechung mit seinem Bauchfellüberzug zusammen. Seitlich lief die Scheidewand beiderseits, ganz ähnlich den Zwerchfellschenkeln, tief herab, fest verbunden mit dem gesamten Dickdarm, so daß die Scheidewand hufeisenförmig lückenlos verlief. Magen und Dickdarm lagen dabei völlig normal, ebenso alle anderen Baucheingeweide. Irgendwelche Zeichen frischer oder alter Entzündung fanden sich nirgends. Die Sektion ließ den genauen Befund leicht erheben.

Trapp (Bückeburg).

48) **Johnston.** Non parasitic cysts of the spleen.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VI. Nr. 6.)

Bei einer mit Uterusmyomen belasteten 46jährigen Frau fand sich in der linken Unterbauchseite eine etwa faustgroße Geschwulst, die bei der zum Zwecke der Hysterektomie vollzogenen Laparotomie sich als die frei bewegliche Milz erwies, an deren Hilus eine gänseeigroße, weiße, cystische Geschwulst saß. Sie wurde leicht stumpf ausgeschält, die Milz reponiert. Die Geschwulst hatte Eiform, eine fast weiße, 0,5—2,5 mm dicke, stark verkalkte Wand und enthielt schleimig-gallertiges, mit zerreiblichen, sandigen Bröckeln durchsetztes Material von schmutzigweißer, etwas ins Bräunliche spielender Farbe. Mikroskopisch fand man darin neben Cholesterin und Detritus Reste von roten Blutkörperchen und Blutfarbstoff, nur am Rande der Wand ein maschenförmiges, im Untergang begriffenes Gewebe. Die Wand bestand aus verkalktem Bindegewebe. Die Nierenkapsel ging in die Cystenwand über. Die Cyste wurde für ein umgewandeltes Hämatom der Milz angesehen.

Trapp (Bückeburg).

49) **Nicolle et Cassuto** (Tunis). Sur un cas de »Kala-azar« (splénomégalie tropicale).

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 32.)

Ein 2jähriges Kind französischer Abstammung erkrankt mit gastrointestinalen Krankheitserscheinungen, die von unregelmäßigem Fieber begleitet sind. Dazu beträchtliche Milzvergrößerung und Kachexie.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ließ Malaria ausschließen. Dagegen wies das durch Milzpunktion gewonnene Blut parasitäre Elemente auf, die von Leishman und Donovan bei den Indern gefunden worden waren.

Die Krankheit, die epidemisch werden kann, soll nach Patton auch durch Insekten verbreitet werden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 37. Sonnabend, den 12. September 1908.

Inhalt.

Fixation des Coecum mobile bei Fällen von sog. chronischer Appendicitis.

Von

Prof. Wilms in Basel.

In einer demnächst in der Deutschen med. Wochenschrift erscheinenden Arbeit: »Langes Coecum mobile als Ursache mancher Fälle von chronischer Appendicitis« wird darauf hingewiesen, daß bei nicht wenigen Fällen dieser Erkrankung auch noch nach der Appendektomie die gleichen Schmerzen bestehen bleiben wie vorher.

Ein Teil dieser Fälle mögen auf Fehldiagnosen beruhen, indem z. B. Genitalaffektionen bei Frauen oder neuralgische Zustände im Gebiete des N. ileohypogastricus als chronische Appendicitis gedeutet wurden; bei anderen beruht aber der Mißerfolg nicht auf einer Fehldiagnose, sondern auf einer unrichtigen Auffassung über die Ursache der Schmerzen bei sog. chronischer Appendicitis und damit zusammenhängender unrichtiger Therapie.

Die Schmerzen sind nämlich meiner Ansicht nach in gewissen Fällen weder durch Entzündung des Wurmfortsatzes oder Mesenteriolum, noch durch eine Kolitis im Coecum bedingt, sondern nur durch Zerrung eines langen, beweglichen Coecum. Ist ein langes Coecum mobile vorhanden, so kann dieses, um nur zwei Haupttypen hier herauszuheben, in verschiedener Weise wirken. Einmal kann das Coecum an einem relativ zu kurzen Mesenteriolum der Appendix die Zerrung ausüben wie Fig. 1 demonstriert. Reseziert man hier den Wurmfortsatz und durchtrennt natürlich dabei das Mesenteriolum, so kann eine Heilung der Schmerzen eintreten. Ist aber das Mesenteriolum der Appendix lang (Fig. 2), und übt das Coecum dann an seinem eigenen retroperitonealen Ansatz (event. bei einem Coecum mobile am ganzen Mesenterium) den schmerzhaften Zug aus, so ist mit einer Entfernung der Appendix nichts gewonnen. Hier kann nur eine Fixa-

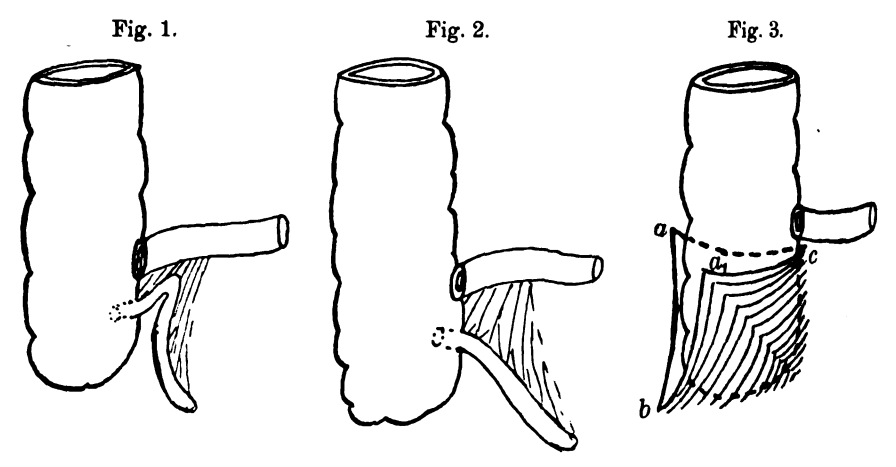


Fig. 1. Relativ zu kurzes Mesenteriolum der Appendix bei langem Coecum mobile. Fig. 2. Langes Mesenteriolum bei langem, beweglichem Coecum. Fig. 3. Retroperitoneale Lagerung des Coecum zur Fixation.

tion des Coecums von Erfolg begleitet sein. (Näheres siehe in obengenannter Arbeit).

Nebenbei sei erwähnt, daß die Situation eines relativ zu kurzen Mesenteriolum wie bei Fig. 1. für das Auftreten von Entzündung durch Sekretverhaltung, durch Störung der Zirkulation der Appendixwand und des Mesenteriolum von großer Wichtigkeit ist. Viele Fälle von Knickungen des Wurmfortsatzes nach Entzündungen entstehen meiner Ansicht nach dadurch, daß bei solcher Sachlage durch Zerrung Schädigungen der Wand der Appendix entstehen und von dort aus Entzündungen ausgehen, die bei Heilung Adhäsionen in geknickter Stellung des Fortsatzes bewirken. In manchen Fällen mag ja die Knickung durch die Entzündung allein bedingt werden, aber sicher ist öfters das Primäre eine Lage bei der der Appendix durch Zug des Mesenteriolum geknickt ist (Fig. 1).

Um die Schmerzen bei chronischer Appendicitis zu beseitigen, habe ich nun bei etwa 40 Fällen, bei denen die bekannten Symptome

bestanden und bei der Operation keine Reste von Entzündung noch abnorme Verwachsungen sich fanden, sondern Coecum und Wurmfortsatz frei beweglich waren und sich leicht vor die Bauchwunde vorlegen ließen, den Blinddarm flächenhaft an der hinteren Bauchwand im Bereich der Beckenschaufel zur Verwachsung gebracht, und zwar nicht durch Naht, sondern nach folgender Methode:

Der Haut- und Muskelschnitt kann in gewöhnlicher Weise ausgeführt werden; ich lege ihn, wenn die Palpation ein langes Coecum erkennen läßt, näher an die Spina ant. superior heran, trenne dann in der Länge *a—b* (Fig. 3) das Peritoneum von der Darmbeinschaufel los und gehe stumpf mit dem Finger hinter das Peritoneum, das sich leicht, weil es sehr locker adhärent ist, lösen läßt; dann trennt man mit der Schere das Peritoneum in der Linie *ac* durch, die ungefähr der hinteren Ansatzlinie des Coecum entspricht. Die Trennung ist leicht, weil man durch Fassen des schon gelösten Peritoneum mit Klemmen das Peritoneum vorziehen kann. Man hat jetzt eine große, retroperitoneale Tasche gebildet, deren Weite man übersieht, wenn man einen Spatel oder Langenbeck'schen Haken so einsetzt, daß man den freien Peritonealzipfel nach vorn gegen das Peritoneum der vorderen Bauchwand gegendrückt. In diese Tasche, die man durch den Haken offen hält, wird nun das Coecum mobile hineingeschoben und dann der freie Peritonealzipfel in der Gegend der Bauchwunde fixiert. Es ist klar, daß durch die jetzt geschaffenen, flächenhaften Adhäsionen eine Fixation des Coecum erreicht wird, besser noch wie das Kolon sonst mit seinem Mesokolon fixiert ist.

Die Erfolge meiner eigenen, ziemlich zahlreichen Beobachtungen sind gute, selbst bei Pat., denen die früher ausgeführte Appendektomie keine Heilung gebracht, hat die Coecumfixation die Schmerzen beseitigt.

---

1) **G. W. Crile.** The cancer problem.

(New York med. record 1908. Juni 6.)

C. bestätigt, daß der Extrakt von Krebszellen aktive Hämolyse hervorbringt, was bei gutartigen Geschwülsten nicht der Fall sei. Ebenso könne das Blutserum eines Krebskranken Blutkörperchen eines gesunden Menschen lösen. Das Blutserum von letzterem löst aber im allgemeinen nicht die Blutkörperchen eines Krebskranken.

In 82 % der Fälle bewährte sich dieser Satz.

Vor der Transfusion, die hier wieder empfohlen wird, um Chok und den Folgen starken Blutverlustes bei der Operation vorzubeugen, soll stets diese hämolytische Probe vorgenommen werden. Wenn dann das Serum des Gesunden auf die Blutkörperchen des Pat. hämolytisch wirkt, so sei die Transfusion kontraindiziert, aber im allgemeinen seien die Fälle mit solch umgekehrter Hämolyse, die bisher beobachtet wurden, inoperabel.

Es wird dann noch auf die Möglichkeit, eine Immunität gegen Krebs zu schaffen, und auch auf gelungene Immunisierungsversuche für Sarkom bei Hunden hingewiesen und schließlich die Weitererziehung des Publikums für nötig gehalten, damit jeder lerne, die Affektionen nicht zu vernachlässigen, welche ein Vorstadium des Krebses bilden können. **Loewenhardt** (Breslau).

---

2) **R. W. Knox.** Drainage of Wounds.

(New York med. record 1908. Mai 30.)

K. hat bei frischen Wunden aller Art gute Erfahrung mit der Anwendung feuchter Wärme gemacht. Die Wunden werden offen gelassen, jede Art Reinigung möglichst vermieden, namentlich die Ränder nicht geglättet und die zerfetzten Weichteile in Ruhe gelassen.

Der Verband wird zweimal in 24 Stunden gewechselt und besteht aus dicken Lagen Watte oder Flanelltüchern, die in heißem Wasser ausgedrückt und mit Heißwasserbeuteln (40° R) warmgehalten werden.

Auf Grund ausgedehnter Erfahrung versichert K., daß bei zweckmäßiger Technik eine Wundinfektion zu den allergrößten Seltenheiten gehöre, gleichgültig wie schwer die Verletzung und wie schmutzig die Wunde sei. Überfahrungen und Eisenbahnverletzungen schlimmster Art wurden mit Erfolg behandelt.

Hat sich die Wundfläche gereinigt und granuliert, werden halbfeuchte Verbände mit Bor-Glyzerin empfohlen. Gelegentlich soll auch permanente Irrigation mit Borsäure und dünne Formalinlösung zum Desodorieren verwendet werden.

»Gleich anderen guten Dingen« sei die Idee nicht neu, sondern nähere sich »der Leinsamenkompresse zu Großmutters Zeiten«, gewinne aber ein modernes Gepräge dadurch, daß die Überwachung durch eine reinliche Krankenwärterin und Sterilisierung der Verbandsstoffe empfohlen wird.

Wenn auch die Anwendung von Watte und Flanell direkt auf die Wunde mehr einem improvisierten Notverband entspricht, ist mutatis mutandis der beschriebenen primitiven Methode manches Beachtenswerte zu entnehmen. Seit die Wirkung physikalischer Heilfaktoren wieder mehr gewürdigt und auf experimentellem Wege geprüft worden, hat auch die feuchte Wärmeanwendung, besonders bei lokalinfektiösen Prozessen, wieder ihre Bedeutung gewonnen.

Loewenhardt (Breslau).

---

3) **Vaillard.** Sur les injections préventives de sérum antitoxique dans la prophylaxie du tétanos de l'homme.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 21—26.)

Der Glaube an die Wirksamkeit der prophylaktischen Serumtherapie ist in letzter Zeit erschüttert worden, in Frankreich besonders

durch Reynier und Delbet. V. macht es sich in dem ausführlichen Referate zur Aufgabe, ihn wiederherzustellen.

Das Antitoxin muß Zeit finden können, sich vor der Bildung des Toxins im Körper zu verbreiten, und soll demnach mindestens gleichzeitig mit oder unmittelbar nach der Infektion einverleibt werden. Nach subkutanen Infektionen kommt die Injektion noch 40 Stunden später und darüber zurecht, bei intramuskulären jedoch im selben Falle schon zu spät, weil die Phagocytose hier viel weniger entgegenwirken kann.

Eine Hauptstütze für die absolute Verläßlichkeit der Antitoxinprophylaxe sieht V. in den Erfolgen der Tierheilkunde in Frankreich. Nach Nocarde hat daselbst von 13124 verletzten oder operierten Haustieren nur ein einziges eine leichte, in Heilung ausgegangene Erkrankung bekommen, wogegen dort sonst der Starrkrampf nach kleinen Verletzungen, Kastrationen u. dgl. gang und gäbe ist.

Alle Einwürfe von Delbet, Reynier und anderen: daß in Paris die Zahl der Erkrankungen nach Einführung der präventiven Injektionen nicht abgenommen habe, daß der Starrkrampf trotz derselben oft zum Ausbruch komme, daß die günstigen Bedingungen der Prophylaxe in der Tierheilkunde der Behandlung des Menschen nicht zustatten komme, und daß endlich das Antitoxin als ein' andersartiges Serum beim Menschen weniger wirksam sei, als beim Pferde, werden widerlegt.

Man hat sich vor Augen zu halten, daß das Antitoxin nicht bakterizid wirkt, d. h. die Entwicklung der Tetanuskultur in der Wunde nicht im geringsten beeinträchtigt, daß seine Wirkung beim Menschen nach einer Woche zu erlöschen beginnt und daß die Durchseuchung des Körpers mit anderen Bakterien (Streptokokken, Prodigiosus, Cholera, Kolibazillen) die Wirkung desselben nicht zur Entwicklung kommen läßt.

Jede kleine, oberflächliche, unkomplizierte Wunde soll sofort 10 ccm, jede größere, gequetschte, mit Knochen- oder Gelenkskomplikationen einhergehende 20—30 ccm Serum erhalten. Diese Gaben sind stets nach einer Woche, wenn auch in geringem Maße, so lange zu erneuern, als die Wunde infektiös aussieht. Die Verwendung von Trockensubstanz als Pulver auf die Wunde ist wirkungslos.

Die Verletzungsstelle selbst ist sorgfältig von Fremdkörpern und Blutgerinnseln zu säubern und mit Antisepticis zu reinigen, ohne jedoch die Vitalität der Gewebe zu schädigen.

An der Diskussion hierüber beteiligen sich Le Dentu, P. Reynier, Lucas-Championnière, Léon Labbé.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

4) **M. Leale.** Some considerations in the management of burns and scalds in infants and children.

(New. York med. record 1908. Mai 9.)

L. erwähnt, daß dreiviertel aller Fälle von Verbrennungen bei Kindern vorkomme, bei denen die Prognose relativ schlecht sei, schon weil viel leichter Chok sich einstellt, der nach seiner Ansicht die Hälfte aller Todesfälle bedingt, aber gewöhnlich nicht vor 48 Stunden nach dem Unfall in Erscheinung tritt. Einer verständigen Therapie eröffnet sich daher noch immer ein reiches Feld. Die Anwendung permanenter Irrigationen des Dickdarmes mit heißer normaler Salzlösung, die Verordnung von Tinctura opii benzoica, gegen Erbrechen kleiner Dosen Atropin mit Opium und eine sorgfältige Beachtung aller sonstigen hygienischen Maßnahmen, ferner ein warmes ruhiges gut ventiliertes Krankenzimmer sind von größter Wichtigkeit. Neben absoluter Asepsis der Verbandstoffe wird als bestes Wundreinigungsmittel Wasserstoffsuperoxydwasser in warmer, 10—15 Volumen prozentiger Lösung und darauf Kochsalzlösung oder 3%ige Borsäurelösung zur Irrigation der ganzen Wundfläche empfohlen.

Zum Verbande steriles Zinköl. Ist der Papillarkörper mit betroffen, Streifen von Gummipapier oder Silberfolie darunter, prinzipiell also ein nicht adhärentes und nicht reizendes Material bei häufigem Verbandwechsel.

Die Empfehlung eines häufigen Verbandwechsels wird als direktes Axiom jedenfalls nicht allgemeine Anerkennung finden.

Loewenhardt (Breslau).

---

5) **Couteaud.** L'anesthésie local et les nouveaux anesthésiques locaux.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 26.)

Dieser Bericht C.'s, der von P. Reclus referiert wird, ist eine Lobhymne auf die Infiltrationsanästhesie mit Stovain, welche um so weniger verständlich ist, als die Nachteile dieses Mittels (geringere analgesierende Kraft, kürzere Dauer der Analgesie, schmerzhafte Empfindung bei der Injektion) zugegeben werden. Nur die gefäßerweiternde Wirkung wird im Gegensatz zu H. Braun (stets Brown geschrieben) bestritten.

Zur Beseitigung der Schwächen dieses Mittels wird eine Mischung desselben mit Kokain empfohlen, ein Verfahren, das Hackenbruch in einer anderen Variation schon vor Jahren angegeben hat. So wie dieser scheinen auch die anderen Fortschritte auf diesem Gebiete in Deutschland den Verff. unbekannt zu sein, wie die Leitungsanästhesie, der Zusatz von Adrenalin usf.

Die Spinalanalgesie wird völlig verworfen, was bei der Eingenommenheit für Stovain nicht wundernehmen kann.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

6) **L. B. Bangs.** Some observations on the effects of tobacco in surgical practice.

(New York med. record 1908. März 14.)

B. konstatierte mehrfach bei Operierten eine Reihe von beunruhigenden Symptomen, die sich schließlich als Tabaksabstinenzerscheinungen herausstellten und nach der Verordnung dieses Genußmittels wieder verschwanden. Sogar direkte Erscheinungen von schwerem Chok wurden bei Entziehung beobachtet; große Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, schlechter Puls, Depressionszustände, Schlaflosigkeit zeigten sich häufiger. Verf. gibt daher den Rat, daß, wenn der Körper und besonders das Herz an dieses Stimulans gewöhnt sei, an die Folgen plötzlicher Entziehung auch in chirurgischen Fällen zu denken sei. Alkoholika und andere Stärkungsmittel bieten keinen genügenden Ersatz bei manchem Operierten, man muß individualisieren und darf nicht, wie meist üblich, einem Operierten plötzlich den Tabak entziehen.

Loewenhardt (Breslau).

---

7) **Civatte.** A quelles conditions peut-on autoriser le mariage des syphilitiques?

(Ann de dermat. et de syph. 1907. p. 734.)

Verf. hat obige Frage an eine Reihe bekannter Syphilidologen gerichtet und veröffentlicht deren Antworten. Mit Ausnahme von Mibelli und teilweise auch Pospelow gestatten alle die Heirat, wenn genügend Zeit nach der Infektion verstrichen und lange und energisch genug behandelt ist. Über den Wert und die Wirksamkeit der Quecksilberkuren herrscht bei keinem ein Zweifel. Auf Jodbehandlung wird wenig oder kein Wert gelegt. Mit Ausnahme von Watraszewski verlangen alle noch vor der Heirat eine Behandlung.

Klingmüller (Kiel).

---

8) **Portillo.** Exposición de un nuevo tratamiento abortivo de la adenitis inguinal venérea.

(Revista de med. y cir. práct. de Madrid 1908. Januar 7.)

P. empfiehlt zur Abortivbehandlung der Bubonen das folgende Verfahren: 1) Entfernung der Schamhaare. 2) Desinfektion der ganzen Leistengegend mit Wasser und Seife. 3) Bedeckung der Schwellung mit einem Stück hydrophiler Watte, das den Krankheitsherd allseitig um ca. 1—1$^1/_2$ cm überragt. 4) Bedeckung der Watte mit einem noch etwas größeren Stück Gummipapier. 5) Über das Gummipapier kommt wieder eine sehr dicke Wattelage. 6) Befestigung des Ganzen mit Binden, die leicht komprimieren sollen. 7) Jetzt wird bei stehendem Pat. zwischen Haut und erste Wattelage von oben her Äther eingegossen, und zwar so viel, daß die unterste Wattelage vollkommen durchtränkt ist. — Ist die Erkrankung noch im ersten Beginne, so wird die Imprägnierung mit Äther alle 3 Stunden erneuert, ist bereits Periadenitis vorhanden, alle 2 Stunden, und besteht schon Fluktua-

tion, jede Stunde. Das Verfahren soll durchaus sicher sein und in allen Stadien der Entzündung in 4 bis höchstens 8 Tagen zu vollkommener Heilung führen. Sein Nachteil aber ist die große Feuergefährlichkeit.

Stein (Wiesbaden).

---

9) **Dubreuilh.** Épithéliomatose d'origine solaire.

(Ann. de dermatol. et de syph. 1907. S. 387.)

Verf. teilt die Epitheliome des Gesichts in drei Gruppen: 1) Cancroid der Unterlippe, die er als Krebs des Mundes auffaßt; 2) Ulcus rodens (Epithelioma baso-cellulare (Krompecher) und 3) Epithelioma papillare oder keratoticum (spino-cellulare Krompecher). Die beiden letzteren trennt er scharf voneinander: das Ulcus rodens entsteht auf gesunder Haut, das andere auf einer präcancerösen oder senilen Keratose. Aus einer Zusammenstellung von 432 Fällen seiner Klinik zieht Verf. den Schluß, daß die Sonnenstrahlen, natürlich neben dem Lebensalter, einen Einfluß auf das Entstehen des Epithelioma papillare seu keratoticum haben. 62,5 % von Fällen dieser Gruppe hatten eine Beschäftigung, die sie den Sonnenstrahlen besonders aussetzte, waren Landleute, während sich unter den Fällen von Ulcus rodens nur 35 % befanden. D. vergleicht die Veränderungen beim Epithelioma papillare seu keratoticum und bei dem Keratoma senile mit der chronischen Radiodermitis. Besonders disponiert sind dazu Landleute und blonde (pigmentärmere) Menschen.

Klingmüller (Kiel).

---

10) **Sabourand.** Nouvelles recherches sur les microsporums.

(Ann. de dermatol. et de syph. 1907. p. 161, 225, 326, 369.)

Verf. gibt in diesen inhaltsreichen Mitteilungen sehr eingehende Beschreibungen des Mikrosporon Audouini und seiner Varietäten, bespricht ausführlich die Pathologie und die Kulturverfahren. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Klingmüller (Kiel).

---

11) **de Beurmann et Gougerot.** Sporotrichoses tuberculoïdes.

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 497, 603, 655.)

Im Anschluß an frühere Untersuchungen über Sporotrichose im allgemeinen und ihre syphiloide Form im besonderen bringen die Verff. jetzt die ausführliche Beschreibung der tuberkuloseähnlichen Sporotrichose mit Abbildungen von Krankheitsfällen und mikroskopischen Präparaten. Sie stützen die Spezifität dieser Krankheit durch den kulturellen Nachweis von Sporotrichon, welcher ihnen allerdings meist nur aus geschwürigen Stellen gelang. Die Kulturen entwickeln sich meist bis zum 10. Tag auf Glyzerin-Peptonagar bei Zimmertemperatur. Mikroskopisch sind sie schwer zu finden. Verff. stellen zwei Typen der Krankheit auf: Sporotrichose gommeuse ulcérée disséminée und Sporotrichose verruqueuse papillomateuse et lymphangite tuberculo-

gommeuse centripète. Die Prognose ist günstig, da bisher alle Fälle unter innerlicher Jodbehandlung abgeheilt sind. **Klingmüller** (Kiel).

---

12) **Civatte.** Les opinions d'aujourd'hui sur la nature du lupus érythémateux.

(Ann. de dermatol. et de syph. 1907. p. 263.)

Verf. hat bei einer Reihe Dermatologen verschiedener Länder eine Umfrage über die Ätiologie des Lup. erythem. veranstaltet. Er teilt die Antworten in folgende Rubriken: 1) Autoren, welche den Lup. erythem. für tuberkulöser Natur halten, 2) welche ihn für nicht tuberkulös halten und 3) welche für gewisse Fälle die tuberkulöse Ätiologie zugeben. **Klingmüller** (Kiel).

---

13) **M. v. Zeissl** (Wien). Die Behandlung der Akne rosacea.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 20.)

Neben dem innerlichen Gebrauch von Levurinose hat v. Z. die Aufpinselungen von Eisenchlorid sehr bewährt befunden; sie werden morgens und abends auf die erkrankten Hautstellen gemacht, die nach einigen Tagen sich bildende Kruste mit Wilson'scher Salbe verbunden. Nach Abstoßung der Kruste werden die Pinselungen, wenn nötig, wiederholt. Allmählich schwinden die geschlängelten Blutgefäße gänzlich und bekommt die früher rot und unebene Haut ein blasses und glattes Aussehen. **Kramer** (Glogau).

---

14) **Meyer** (Hannover). Exostosen und Hyperostosen des Gehörganges als Ursache schwerer Mittelohrleiden.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LI. p. 275.)

Exostosen des Gehörganges können dadurch für ihren Träger gefährlich werden, daß sie eine Anhäufung abgestoßener Epidermismassen im Gehörgange zwischen der verengten Stelle und dem Trommelfell verursachen. Wenn diese Retentionsmassen nicht rechtzeitig entfernt werden, so kann das Mittelohr durch Druckusur des Trommelfells eröffnet werden; das Hinzutreten einer Infektion kann dann unter Umständen zu schweren, das Leben gefährdenden Erkrankungen führen. Zwei Fälle, die M. in der Rostocker Ohrenklinik beobachtete, zeigen diese Gefahren aufs deutlichste. **Hinsberg** (Breslau).

---

15) **Zalewski.** Experimentelle Untersuchungen über die Resistenzfähigkeit des Trommelfelles.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 109.)

Z. hat durch zahlreiche Leichenversuche festgestellt, wie groß die Widerstandsfähigkeit des Trommelfelles unter der Wirkung der allmählich wachsenden Luftverdichtung im äußeren Gehörgang ist. Bei normalem Trommelfell erfolgt die Ruptur in 66% der untersuchten Gehörorgane beim Druck von ein bis zwei Atmosphären, unter einer

Atmosphäre reißt die normale Membran in ca. 11%, über zwei Atmosphären in ca. 23% der Fälle. Pathologische Veränderungen am Trommelfell verändern seine Widerstandsfähigkeit, und zwar wird sie vermindert durch Narben und entzündliche Prozesse, erhöht durch bindegewebige Verdickung, manchmal auch durch Verkalkung. Die Widerstandsfähigkeit ist bei Männern und Frauen annähernd gleich groß. Mit dem Alter nimmt sie ab, am größten ist sie beim Neugeborenen.

Auch über den Sitz, die Größe und Form der Perforation ergeben die Experimente Z.'s interessante Aufschlüsse.

Seine Resultate sind für die Begutachtung indirekter Trommelfellrupturen sehr wichtig. **Hinsberg** (Breslau).

---

16) **Kramm.** Sinusverschluß durch Phlebitis ohne Thrombose bei Kindern.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LIII. p. 111.)

Gelegentlich findet man bei Warzenfortsatzoperationen den Sinus durch einen Thrombus vollständig verschlossen, ohne daß vorher klinisch die Symptome einer Phlebitis nachweisbar waren. Nach K. kann ein Verschluß des Sinus aber auch dadurch zustande kommen, daß durch den Druck eines perisinuösen Abszesses die Zirkulation im Sinus unterbrochen wird, und daß dann die Wände des Sinus miteinander verkleben. Es fehlt hier demnach die eigentliche Thrombenbildung. Nach K. kommen derartige Verschlüsse vorwiegend bei Kindern vor. **Hinsberg** (Breslau).

---

17) **Voss** (Riga). Laßt den Thrombus in Ruhe!

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LIII. p. 315.)

Bei der operativen Behandlung der otitischen Sinusthrombose wird von vielen Autoren eine möglichst vollständige Entfernung des Thrombus aus dem eröffneten Sinus empfohlen. Meist wird dazu der scharfe Löffel verwandt. V. macht darauf aufmerksam, daß dieses Verfahren mancherlei Gefahren mit sich bringt und rät deshalb, den Thrombus selbst möglichst unberührt zu lassen, und nur durch Exzision der Sinuswand im Bereiche der Thrombenbildung für möglichst freien Abfluß der Zerfallsprodukte zu sorgen. **Hinsberg** (Breslau).

---

18) **Hinsberg.** I. Über die Bedeutung des Operationsbefundes bei Freilegung der Mittelohrräume für die Diagnose der Labyrintheiterung. II. Indikationen zur Eröffnung des eitrig erkrankten Labyrinthes.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 95.)

Bei der operativen Freilegung der Mittelohrräume muß stets genau darauf geachtet werden, ob die schützende Knochenwand zwischen Mittelohr und Labyrinth an irgend einer Stelle durchbrochen ist.

Prädilektionsstellen für solche Durchbrüche sind die beiden Fenster, das Promontorium und der Wulst des horizontalen Bogenganges. Während sich eine Zerstörung in der Gegend des runden Fensters kaum dem Auge sichtbar machen läßt, können wir Durchbrüche an den anderen genannten Stellen meist exakt nachweisen. Die Diagnose »Labyrintheiterung« darf jedoch nicht auf Grund des Operationsbefundes allein gestellt werden, vielmehr muß stets das Resultat der vor jeder Operation vorzunehmenden, exakten Funktionsprüfung berücksichtigt werden (vgl. Krotoschiner, dieses Zentralblatt 1906, p. 1076).

Durch Kombination beider Methoden können wir dann meist hinreichend sichere Schlüsse auf die Ausbreitung des Prozesses im Labyrinthinneren ziehen. Das ist für unser weiteres Vorgehen ausschlaggebend: während wir bei einer eitrigen Erkrankung des ganzen Labyrinthes seine Hohlräume möglichst mit eröffnen müssen, wenn wir einer postoperativen Meningitis oder anderen Komplikationen vorbeugen wollen, ist bei einer umschriebenen Erkrankung einzelner Labyrinthteile, vor allem des horizontalen Bogenganges, eine Eröffnung des Labyrinthes zunächst nicht indiziert. Nur wenn der Verlauf nach der Mittelohroperation zeigt, daß der Prozeß im Labyrinth weiter fortschreitet, ist nachträglich dessen Eröffnung vorzunehmen.

(Selbstbericht.)

---

19) **L. Loewe.** Zur Chirurgie der Nase. 2. Heft. Mit 9 Tafeln und 2 Abbildungen im Text.

Berlin, **Oscar Coblentz,** 1907.

Das vorliegende Heft bildet die Fortsetzung und Ergänzung des in diesem Zentralblatt (Bd. XXXII, p. 697) ausführlich besprochenen Werkes. Auch die im 2. Heft beschriebenen Operationsmethoden — zum Teil neu, zum Teil Modifikationen der vom Verf. früher vorgeschlagenen — verfolgen das Ziel, alle Teile der Nase und ihrer Nebenhöhlen, sowie der nasalen Schädelbasis möglichst übersichtlich freizulegen. Auch sie sind anatomisch gut durchdacht und zur Beseitigung schwerer Veränderungen, vor allem zur Exstirpation bösartiger Geschwülste, wertvoll. Zur Beseitigung von Eiterungen in den Nebenhöhlen hält jedoch Ref. auch diese neuen Operationen zum großen Teil für zu eingreifend.

Hinsberg (Breslau).

---

20) **H. Albrecht.** Beiträge zur Nasenprothese.

(Klinisches Jahrbuch 1907. Bd. XVII.)

Verf. gibt eine genaue technische Darstellung der von ihm benutzten Materialien (besonders Obturatorengummi, Kautschuk, Zelluloid, emaillierte Metalle), Modellierung, Befestigung usw. Die beigegebenen Abbildungen zeigen ein hervorragend günstiges Resultat, das von keiner der plastischen Methoden der operativen Chirurgie bisher erreicht sein dürfte.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

21) **J. E. Newcomb.** Septal hematoma and abscess.

(New York med. record 1908. März 14.)

N. sah drei Fälle von Hämatom der Nasenscheidewand, einen unbekannter Ursache, zwei nach Trauma. Die Pat. waren 2, 8 und 18 Jahre alt; zwei Blutergüsse gingen in Eiterung über. Verf. rät daher nach der Inzision die Blutgerinnsel sorgfältig auszuwaschen und die Wundhöhle antiseptisch zu behandeln.

Von 14 vom Verf. beobachteten Abszessen der Scheidewand waren 9 traumatischen Ursprunges; der Zeitraum zwischen dem Trauma und den Erscheinungen eines Abszesses lag zwischen 5 und 21 Tagen.

Die dabei öfter durch Zerstörung der kleinen Knorpel entstehende Deformität ist nicht die der gewöhnlichen Sattelnase, sondern die Einbuchtung liegt mehr nach der Spitze zu. In manchen Fällen ist es schwierig den Zusammenhang zwischen Trauma und Abszeß herauszufinden; leichte Kontusionen, an die nachher nicht mehr gedacht wird, mögen das Hämatom und dann später den Abszeß hervorbringen. Als Infektionsquelle können Typhus, Influenza, Erkrankungen der Sinus, Insektenlarven in der Nase, Tuberkulose, Syphilis, Zahnkaries, Milzbrand, Rotz, Masern, Scharlach, Furunkel und Schnupfen in Betracht kommen. Bei Kindern steht die Zeit der ersten Dentition besonders bei Skrofulose nicht selten im Zusammenhange mit solchen Eiterungen. Auch gewaltsame Tamponade sowie Operationen an der Nase werden beschuldigt, ebenso Erysipel. Nach Influenza wurde öfters akute Perichondritis beobachtet. Während der Menstruation soll die bekannte Neigung der Influenza, Hämorrhagien hervorzurufen, ebenso wie in den Ohren und den Schleimhäuten überhaupt auch Septum-Hämatome hervorrufen können. Durchbruch von Zahncysten mit Vereiterung wurden von Killian und Roe beobachtet. Die Weichteile des Septums werden bei genanntem Leiden nicht zerstört, während sie bei der Syphilis meist mit dem Knochen zusammen einschmelzen. Der Abszeß ist häufig doppelseitig und erfordert zwei Inzisionen. Veranlassung zur Infektion gibt sehr häufig gewohnheitsmäßiges Kratzen in der Nase mit den Fingernägeln.

Anatomisch ist zu beachten, daß der Knorpel aus zwei Platten besteht, die durch das Trauma auseinander gedrängt werden können. Die Blutung breitet sich aber im Perichondrium jeder Seite aus. Bei gleichzeitigen Frakturen der Platten kann eine Kommunikation zwischen rechts und links eintreten.

Loewenhardt (Breslau).

---

22) **W. Uffenorde.** Die Chondrome der Nasenhöhle und Mitteilung eines Falles von Enchondrom des Siebbeins mit allgemeiner Besprechung der Operationsmethoden für die Nasennebenhöhlen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XX. Hft. 2.)

Neben einer genauen Literaturübersicht erwähnt U. einen Fall von Knorpelgeschwulst des Siebbeins, der ihm wegen Protrusio bulbi

von augenärztlicher Seite überwiesen wurde, und dessen Diagnose durch Probeexzision sichergestellt werden konnte. Im Anschluß daran verbreitet sich Verf. in kritischer Darstellung über die für jene Gegend geeignetsten Operationsmethoden; er gibt der Methode von Michaux-Legouest der Jahre 1853/65, die von Moure der Vergessenheit entrissen wurde, den Vorzug; nur ändert er den Schnitt etwas ab, indem er nicht zwischen den Augenbrauen senkrecht, sondern von der Mitte der gleichseitigen Augenbraue bogenförmig hinabgeführt wird. Zweifelsohne ist dieses Verfahren für die Siebbeingegend und ihre Umgebung sehr geeignet, und eingreifendere Methoden, wie die intermaxillaren und palatalen, hier sehr wohl zu entbehren. Am Schluß folgen noch einige kritische Bemerkungen über Killian's Stirnhöhlen- und Denker-Friedrich-Kretschmann's Kieferhöhlenoperation. Manches hiervon werden sicherlich viele Spezialkollegen unterschreiben, im großen und ganzen sind aber wohl doch diese kleinen Abweichungen unwesentliche und durch die Eigenart des jeweiligen Falles ein zu strenges Schematisieren hinderlich. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

23) **W. Albrecht.** Die Bedeutung der Röntgenographie für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XX. Hft. 2.)

Bekanntlich haben nach mehrfachen fruchtlosen Versuchen Goldmann und Killian vor einigen Jahren zum ersten Male brauchbare Röntgenaufnahmen von Nebenhöhlenerkrankungen geliefert; und zwar wurden dieselben im sagittalen Durchmesser ausgeführt, Stirn und Nase fest gegen die Platte gedrückt, die Blende auf die Protuberantia occipitalis eingestellt. Diese beiden Autoren kamen zu dem Ergebnis, daß das Röntgenverfahren als ein Hilfsmittel für die Diagnose anzusehen sei. Im Anschluß hieran hat Verf. an 36 Pat. und 16 Leichen Aufnahmen gemacht und faßt seine Resultate dahin zusammen, daß die Röntgenographie am wertvollsten bei Erkrankungen der vorderen Siebbeinzellen, ganz wertlos bei solchen der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle sei, eine Tatsache, die anatomisch ganz erklärlich sein dürfte. Bei Stirnhöhlenaffektionen, speziell einseitigen, ist sie ein wichtiger Faktor; jedoch bei beginnender Stirnhöhlenerkrankung (Katarrh mit mäßiger Schleimhautschwellung und Infiltration, sowie beginnender Eitersekretion) versagte sie. Bei Kieferhöhlenaffektionen erschien die Durchleuchtung mittels Röntgenstrahlen wertvoller bei Geschwülsten, wie bei Empyemen, wo die bequemere Probepunktion, bzw. Probespülung zur Verfügung stehen. Zweifelsohne ist die Röntgenographie der Durchleuchtung überlegen. Immerhin dürfte eine exakte endonasale Untersuchung mit Erweiterung durch Kokain usw., Rhinoscopia media und posterior auch weiterhin für eine genaue Diagnose unerläßlich sein. Technisch ist zu bemerken, daß Verf. im Gegensatz zu Goldmann-Killian mittelweiche bis harte Röhren,

sehr starke Ströme und eine Expositionsdauer von 2,5 bis 3 Minuten anwandte, eine Erfahrung, die Ref. übrigens auch gemacht hat.

F. Alexander (Frankfurt a. M.)

---

24) **Hajek** (Wien). Über Indikationen zur operativen Behandlung bei der chronischen Stirnhöhleneiterung.

(Wiener med. Wochenschrift 1908. Nr. 26.)

Die meisten akuten Stirnhöhlenentzündungen heilen spontan, eventuell nach Lüftung des mittleren Nasenganges, Lufteinpressung, Kokainisieren. Bei intensiver Stauung ist die Resektion der mittleren Muschel, in seltenen Fällen die einfache Trepanation der Stirnhöhle von außen notwendig.

Bei chronischen Entzündungen der Stirnhöhle wendet H. zunächst die endonasale Behandlung mit möglichst ausgiebiger Resektion der mittleren Muschel an. In einigen Fällen tritt schon nach kurzer Zeit völlige Heilung ein. In vielen Fällen hört der Kopfschmerz bei fortbestehender Eiterung auf; in vielen Fällen bleibt beides bestehen. Auch dann wartet H. noch monatelang, bis er sich zu radikalem Vorgehen entschließt, weil er das Auftreten zerebraler Komplikationen bei zweckmäßiger endonasaler Behandlung für unwahrscheinlich hält. Bei Miterkrankung des Knochens, jedoch oder Verdacht auf zerebrale Komplikationen, führt H. primär die Radikaloperation aus. Dazu sah er sich bei einem Material von 7—8000 neuen Fällen jährlich nur 5—7mal genötigt.

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

---

25) **Citelli.** Über eine neue Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen. (Experimentelle und histologische Untersuchungen.)

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 2.)

Auf Grund von drei Tierversuchen glaubt Verf. bewiesen zu haben, 1) daß in der gesunden Stirnhöhle Jodoform-Paraffinplomben nach Art der Mosetigmischung reaktionslos zur Einheilung gelangen, 2) daß bei experimentell mit Staphylokokkus aureus erzeugter Stirnhöhleneiterung nach Auskratzung und nachfolgender Plombierung Ausheilung erfolgt. Ein Hinunterfließen des Paraffins in die Nase durch den Ductus naso-frontalis kann hierbei vermieden werden. Die Versuche ermuntern nach Ansicht des Verf.s zur Nachprüfung am Menschen.

Engelhardt (Kassel).

---

26) **Kramm.** Was können wir bei chronischen Eiterungen der Stirnhöhle, des Siebbeines und der Keilbeinhöhle mit der intranasalen Therapie leisten?

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 76.)

K. betont, daß ein Eingriff von außen her zur Heilung von Stirnhöhlen-, Siebbein- und Keilbeinhöhleneiterungen erst dann indiziert

sei, wenn eine sachgemäß durchgeführte intranasale Behandlung nicht zum Ziele führe. Die Technik dieser intranasalen Operationen, wie Verf. sie auf Grund von Versuchen an der Leiche ausgebildet hat, wird genau beschrieben; sie muß im Original nachgelesen werden.

Häufig führt diese Behandlungsmethode zur Beseitigung aller Beschwerden. Wenn nicht, ist ein Eingriff von außen notwendig, doch ist auch dann nach K.'s Ansicht die vorherige intranasale Behandlung nicht unnütz, da sie die Verhältnisse für die Operation günstiger gestaltet.

Hinsberg (Breslau).

---

27) **Andereya.** Zur Diagnose und Behandlung der Oberkiefercysten.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XX. Hft. 2.)

Verf. erörtert hier vor allem die periodontalen Cysten, die infolge einer Periodontitis chronica von den erbsengroßen Neubildungen an Zahnwurzeln entstehen und mit Flüssigkeit gefüllte und mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidete Hohlräume darstellen. Ihre Entwicklung erfolgt meist nach dem Antrum und später nach außen, seltener nach dem Nasenboden oder der lateralen Nasenwand hin. Da das Cystenepithel dem Mundschleimhautepithel identisch ist, wie Partsch betont, so besteht die rationelle Behandlung darin, durch Entfernung der vorderen Wand die breite Verbindung zwischen Cyste und Mundschleimhaut zu schaffen; durch Verwachsung der Schleimhäute beider werde die Ausheilung erreicht. Die genaue Kenntnis dieser Verhältnisse sei noch nicht genügend verbreitet, denn einer der sechs Fälle des Verf.s wurde unter der Diagnose Sarkom von chirurgischer Seite der Oberkieferresektion unterzogen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

28) **Legueu.** Sur les parotidites postopératoires.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 1044.)

Im Anschluß an einen von Morestin vorgestellten Fall, der durch regelmäßige Ausstreichung des Ductus stenonianus zur Ausheilung gekommen war, bespricht L. die Ätiologie dieser Erkrankung.

Er setzte mehrere Tage lang Hunde unter den Einfluß von Atropin und konnte danach leicht postoperative Parotitiden erzielen. Beim Menschen wirkt ebenso die häufig vor Operationen notwendige Entziehung fester Nahrung und dadurch bedingte Unterdrückung des Kauaktes, ferner die durch Abführungen und Blutverlust verursachte Wasserverarmung des Organismus. Hunde, denen einige Zeit Flüssigkeiten entzogen wurden, bekamen denn auch Parotitiden nach einem Aderlaß. Zum Beweis zieht Verf. andere Formen der Parotitis heran bei langdauernder Appendicitis, bei Magengeschwür, bei Extra-uterin-Schwangerschaft. Daß die postoperativen Parotitiden gerade nach Laparotomien, nach Operationen an den Organen des Beckens vorkommen, liegt also nicht an diesen Operationen selbst, sondern an den sie begleitenden Nebenumständen, bzw. den notwendigen Vor-

bereitungen. (Daß die Parotissekretion, ohne direkt zu Entzündung zu führen, nach Bauchoperationen fast regelmäßig stockt, wies schon Pawlow im Tierexperiment nach. Ref.) **Kaehler** (Duisburg-M.).

---

29) **Vohsen.** Operation bösartiger Mandelgeschwülste.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 2.)

Verf. beschreibt eine Methode, die in gewissen Fällen die von Küster und Mikulicz zur Entfernung bösartiger Mandelgeschwülste angegebene zu ersetzen geeignet ist. Da sie sicherlich berufen ist, die Normalmethode für bösartige Mandelgeschwülste zu werden, die nicht auf die Gegend zwischen Ober- und Unterkiefer übergreifen, und auch zur Entfernung von Geschwülsten am Zungengrund und Kehlkopfeingang sowie im Cavum pharyngis geeignet erscheint, so sei sie hier ausführlicher wiedergegeben. Statt der Resektion des aufsteigenden Kieferastes mit der nachfolgenden unvermeidlichen Durchschneidung der Mm. stylohyoideus, geniohyoideus und des N. hypoglossus erfolgt die Verschiebung des zwischen 2. und 3. Molaris schräg durchsägten Unterkiefersegments mit der unverletzten Fascia parotideomasseterica nach außen, oben und vorn. Das Operationsfeld liegt dann zwischen dem verschobenen Unterkiefersegment und dem vorderen Rande des Kopfnickers, der zusammen mit dem M. biventer, stylohyoideus und dem N. hypoglossus nach hinten gezogen wird. Unterbunden wird nur die A. alveolaris inf. und die V. facialis post. und ihre Anastomose mit der Facialis ant.; die Maxillaris ext. ist gleich bei Beginn der Operation am vorderen Masseterrand aufgesucht und nach vorn verschoben. Den Beschluß macht eine exakte Rachen- und Kiefernaht. Das Endresultat war ein sehr gutes.

Engelhardt (Kassel).

---

30) **Gluck.** Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 2.)

Zusammenfassende, äußerst interessante Darstellung der Entwicklung der modernen Chirurgie des Kehlkopfes und des Rachens und Schilderung der vom Verf. geübten Operationsmethoden, ihrer Indikationen und ihrer Resultate. Es sei hier nur ganz kurz auf die Resultate eingegangen, die Verf. bei einem Material von 300 Fällen gehabt hat, und die allerdings geradezu verblüffend genannt werden müssen. Wenn G. für die Laryngofissur, für die Hemilaryngektomie und ebenso für die einfache unkomplizierte Larynxexstirpation 0% Mortalität herausrechnet, und seine Statistik inklusive der eingreifendsten Operationen am Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre nur eine Gesamtmortalität von 13% aufweist, so dürften diese Erfolge einzig dastehen. Weniger allgemeiner Zustimmung dürfte sich vielleicht die vom Verf. in geeigneten Fällen, nach gründlichster Erwägung, empfohlene Methode der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose erfreuen. Ist doch die Kehlkopftuberkulose nicht weniger als 11mal Gegenstand des radikal-

sten Eingriffes, der früher nur auf Grund falscher Diagnose ausgeführt worden war, nämlich der Totalexstirpation, geworden. Es wäre von größtem Interesse, die genauen Krankengeschichten mit Schilderung des Lungenbefundes zu erfahren, da Verf., der an 24 Pat. äußere Eingriffe ausführte, wohl die größte Erfahrung auf diesem Gebiete besitzt und so die Erfahrung anderer wirksam zu ergänzen vermöchte. Die Tracheotomie hat aber in Übereinstimmung mit anderen Autoren (Henrici, Hinsberg u. a.) als »sicherste Schweigekur« günstige Erfolge ergeben. Als neue Operationsmethode empfiehlt Verf. nochmals bei Bronchostenosen verschiedenster Herkunft die Ausschaltung der oberen Luftwege durch Anlegung einer Lungenfistel.

Engelhardt (Kassel).

---

31) **Gutzmann.** Stimme und Sprache ohne Kehlkopf.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 2.)

Verf. gibt eine lichtvolle Darstellung der verschiedenen Bedingungen, unter denen bei Ausschaltung des Kehlkopfes eine Sprache zustande kommt, und entwickelt des weiteren anschaulich, wie die Pseudo- oder Rachenstimme entsteht, und wie er bei laryngektomierten Pat. vorzugehen pflegt, um diese Rachenstimme auszubilden.

Engelhardt (Kassel).

---

32) **C. A. Elsberg.** Pneumothorax and posture; the importance of the abdominal posture in operations on the pleura and lungs.

(New York med. record 1908. Mai 23.)

E. meint, daß die Apparate von Sauerbruch und Brauer nur eine beschränkte Ausbreitung gefunden hätten, weil sie zu kompliziert und teuer sind. Er hat daher Versuche unternommen, um auf anderem Wege die Gefahren des Pneumothorax bei Operationen zu vermindern, und kam zu dem Resultat, daß auf dem Bauch liegende Hunde eine breite Öffnung einer Pleura sehr gut vertrugen, während Umlagerung auf den Rücken sofort schwere Dyspnoe und Asphyxie hervorrief.

Zur Erklärung dieses großen Unterschiedes der Stellung, meint E., müsse man sich vorstellen, daß bei Bauchlage das Herz an der vorderen Brustwand liegt und so das vordere Mediastinum schütze, während in der Rückenlage bei forcierten Atembewegungen sehr leicht ein Durchbruch des vorderen Brustseptums und ein doppelter Pneumothorax entstände.

E. will das auch dadurch bewiesen haben, daß nach vorheriger Anheftung des Pericardiums an die vordere Brustwand auch in Rückenlage der einseitige Pneumothorax nicht verhängnisvoll wurde, während umgekehrt nach Anheftung des Perikards an die hintere Brustwand auch in der Bauchlage sofort schwere Erscheinungen eintraten, sowie die Pleura eröffnet wurde, die aber sofort verschwanden, nachdem die Anheftungsnaht gelöst war und das Herz auf das Brustbein fallen konnte.

Auf Grund dieser Versuche wurde nun eine ganze Reihe von Pat. mit Empyem, zwei mit Leberabszessen, drei mit subphrenischen Abszessen und einer mit bronchiektatischer Kaverne der linken Lunge, alles Fälle, bei denen die Pleura geöffnet werden mußte, in Bauchlage ohne erhebliche Störungen operiert.

Außer in einem Falle, blieb auch bei Empyem die gewöhnliche Atemstörung und der Husten nach Eröffnung vollständig fort.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

33) **J. W. Silberberg.** Weitere Beobachtungen über Lumbalanästhesie.
(Russ. Archiv f. Chirurgie 1908. [Russisch.])

S. ist nach wie vor ein Anhänger der Methode, die er auch bei Magen- und Gallenblasenoperationen anwandte. Er stützt sich zurzeit auf 916 Fälle, die ihn zu der Überzeugung gebracht haben, daß die Lumbalanästhesie zwar die anderen Anästhesierungsverfahren nicht verdrängen kann, wohl aber eine wertvolle Ergänzung jener ist.

Einen Todesfall hat S. erlebt: Ein 56jähriger arteriosklerotischer Gewohnheitssäufer wurde stark cyanotisch in trunkenem Zustande mit eingeklemmtem Bruch eingeliefert. Aus der im zweiten Lumbointervertebralspatium eingestochenen Nadel flossen 5 ccm Liquor in schwachem Strahl ab. $1^1/_2$ ccm einer 5 %igen Novokainlösung wurden mit Liquor gemischt injiziert. Pat. wurde für 5 Minuten unter einem Winkel von 45° gelagert, worauf vollkommene Anästhesie der Leistengegend eintrat. Die Operation verlief glatt. Bei der Hautnaht erbrach Pat. plötzlich, die Blutung stand, unter Aussetzen der Atmung trat starke Cyanose ein, die Pupillen erweiterten sich maximal, Stuhlabgang. In 25 Minuten war Pat. trotz aller Bemühungen tot. — Die gerichtliche Sektion ergab: Im Sinus long. reichlich dunkles flüssiges Blut. Hyperämie der ödematösen Pia. Die Ventrikel enthielten wenig, leicht gerötete Flüssigkeit. Gefäße des nach Alkohol riechenden Gebirns stark gefüllt. Atherom der Herzklappen und der Aorta. Herzmuskel in brauner Atrophie. Die Lungen waren hyperämisch und stark ödematös. Auf der Visceralpleura einzelne Petechien. Die Obduzenten nahmen als Todesursache Lungenödem an.

S. bedauert, daß in dem Protokolle keine Notizen über das Rückenmark, über den Kehlkopf und die Bronchien sich finden. Er denkt daran, daß die Asphyxie infolge Aspiration eingetreten sein könnte. Der Kranke hatte auch schon vor der Operation erbrochen. Ein zwingender Beweis dafür, daß der Tod der Lumbalanästhesie zur Last zu legen sei, ließ sich also nicht erbringen.

V. E. Mertens (Kiel).

34) **G. Lasio** (Mailand). La rachi-anestesia nella chirurgia delle vie genito-urinarie.
(Clinica chirurgica 1907. Nr. 9.)

L. hat zur Feststellung der Spinalanalgesie bei Operationen der Urogenitalsphäre 52 einschlägige Eingriffe gemacht.

Technik und Instrumentarium der Anästhesierung schlossen sich fast ganz der Bier'schen Methode an. Doch spricht Verf. sich für Platinnadeln mit kurzem Schnabel aus, weil es möglich ist, daß durch die lang und spitz zugeschliffenen Nadeln nur ein Teil der Injektionsflüssigkeit zur Wirksamkeit kommt, während der andere sich im epiduralen Raum wirkungslos verliert. L. kocht in physiologischer Kochsalzlösung und wäscht in Stovain nach. Die Punktion erfolgt im Reitsitz des Pat. auf dem Operationstisch in der Mittellinie meist zwischen 3. und 4. Lendenwirbel, seltener zwischen 4. und 5. L. verwendet 6 %ige Stovainlösung in destilliertem Wasser mit einem Zusatz von 4 mg Milchsäure auf 2 ccm Lösung.

Es handelte sich um 2 Nephrektomien, 3 Lithotripsien, 2 suprapubische Cystotomien wegen Blasenstein, 1 wegen einer Geschwulst, 16 Prostatektomien nach Freyer, 9 perineale Prostatektomien, 4 transversale Perineotomien wegen Prostataabszessen und -geschwülsten, 1 Orchidektomie, 1 Resectio epididymidis, 4 Radikaloperationen der Hydrokele, 9 Resektionen des Plexus pampiniformis mit einer Radikaloperation nach Bassini. Hierbei genügten fast immer 4—5 cg Stovain, die nach 5—7, spätestens nach 20 Minuten zu wirken begannen. Die Dauer der Anästhesie erstreckte sich bis zu einer Stunde. L. möchte dem Umstande, daß er die Pat. möglichst lange in Beckenhochlagerung erhält, viel Bedeutung zumessen. Ernstere oder gar bedrohliche Vorfälle konnte L. nicht registrieren. In vier Fällen war die gewünschte Anästhesie nicht oder so unvollständig eingetreten, daß zur Verabreichung von Äther geschritten werden mußte.

Von besonderem Interesse sind die Funktionen der Blasenmuskulatur. Alle Pat. L.'s hatten irgendeinen dysurischen Zustand von wechselnder Schwere und Dauer, alle verließen aber geheilt die Anstalt. Ein Todesfall trat ein unter den Erscheinungen schweren Kollapses und von Hämorrhagien nach einer Freyer-schen Prostatektomie. Die Autopsie ergab ein Fibrosarkom des Kleinhirns und der Meningen, in dessen Innern eine mächtige Hämorrhagie stattgefunden hatte. L. urteilt, daß die Spinalanalgesie für die Urogenitalchirurgie nebst unbestreitbaren Vorteilen gewisse Nachteile aufweist: eine Unbeständigkeit der Wirkung, welche eventuell zwei Gifte einwirken läßt (Stovain und Äther); Möglichkeit der Infektion besonders gefährlicher Organsysteme, auch auf dem Wege des Kreislaufs von septischen Herden im Harntrakt; die gefäßerweiternde Wirkung des Stovains.

J. Sternberg (Wien).

35) **Carle.** Notes sur l'influence comparée des générateurs dans l'hérédo-syphilis.

(Ann. de dermat. et de syph. 1908. p. 93.)

Verf. teilt drei Fälle mit, wo Männer kurz nach der Infektion gesunde Kinder zeugten und ihre Frauen nicht ansteckten. Die lesenswerten Mitteilungen bringen manches Interessante. Verf. schließt sich der allgemeinen Ansicht an, daß die Syphilis der Väter weniger gefährlich sei für die Nachkommenschaft als die der Mütter.

Klingmüller (Kiel).

36) **Burgsdorf.** De la transmission héréditaire de la syphilis à la troisième génération (Kératite interstitielle comme symptome de la syphilis héréditaire à la troisième génération).

(Ann. de dermat. et de syph. 1908. p. 18.)

Bei einem $5^1/_2$ Jahre alten Mädchen bestand eine mehr als 2 Jahre alte Keratitis parenchymatosa. Pat. war sehr klein und schwach entwickelt und zeigte von sonstigen verdächtigen Erscheinungen eine säbelscheidenartige Veränderung der rechten Tibia. Durch eine Einreibungskur wurde sowohl die Keratitis geheilt, wie auch das Allgemeinbefinden in kurzer Zeit wesentlich gebessert. Verf. stellte fest, daß der Vater des Kindes offenbar an einer hereditären Lues gelitten hatte und deshalb von Kindheit an in Behandlung gewesen war.

Klingmüller (Kiel).

37) **Hamel.** Traitement des syphilides par les injections mercurielles locales.

(Ann. de dermat. et de syph. 1908. p. 280.)

Verf. berichtet über günstige Erfahrungen mit Einspritzungen von löslichen Hg-salzen (Hg cyanat. 1:2000) unter die syphilitischen Herde. Diese örtliche Behandlung empfiehlt Verf. besonders für ulzeröse Prozesse. Sie soll die allgemeine Behandlung nicht ersetzen, sondern unterstützen. **Klingmüller** (Kiel).

38) **W. F. Burgsdorf.** Ein Fall von Syphilisreinfektion mit Konstatierung der Schaudinn'schen Spirochäte.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 13.)

Ein Student erkrankte vor 2 Jahren zum erstenmal an Syphilis (Sklerose im Sulcus coronarius, später Roseola). Er unterwarf sich einer dreifachen Injektionskur. 1 Monat nach Beendigung derselben — neue Infektion — wieder Sklerose im Sulcus coronarius. Die Untersuchung des nach Bier gewonnenen Saftes aus dieser Sklerose zeigte zahlreiche Spirochäten. Später erschien eine Roseola. Es war hier also zweifellos eine Syphilisreinfektion 2 Jahre nach der ersten Erkrankung entstanden. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

39) **L. D. Bulkley and H. H. Janeway.** A study of 400 cases of epithelioma, in private practice, with remarks on treatment and results.

(New York med. record 1908. März 21.)

B. und J. berichten aus der 35jährigen Privatpraxis des ersten Autors über 417 Fälle von Epitheliom unter 15000 Hautkranken. Darunter befanden sich doppelt soviel Männer wie Frauen. Einigermaßen überraschend ist die fast gleichmäßige Häufigkeit vom 30. bis 70. Lebensjahre in der Tabelle. Die absolut größte Anzahl befand sich im Alter von 35—40 Jahren; der jüngste Pat. war 19, der älteste 92 Jahre alt. 128 Fälle kamen auf die Nase, 94 auf die Wange; 32 Erkrankungen der Unterlippe betrafen nur Männer, dagegen acht Fälle von Paget der Brust nur Frauen. 26mal wurden mehrfache Affektionen festgestellt, darunter ein Mann mit ungefähr einem Dutzend Stellen am Kopf. Die Dauer der Erkrankung betrug bis zu 20 Jahren, dagegen bei 47 Pat. 6 Monate und darunter. Es ist aber dabei zu bemerken, daß gewöhnlich erst ein fortgeschrittenerer Zustand, also eine Ulzeration oder Wucherung, zur Beobachtung seitens des Kranken führt, wo der eigentliche Beginn schon viel weiter zurückliegen mag. 38 Fälle wurden operiert, 53 mit Röntgenstrahlen behandelt, davon 29 Fälle 3 Monate lang und darunter, die übrigen länger, bis zu einem Jahr und darüber.

Unter verschiedenen Lokalbehandlungen gab die Arsenikpaste hin und wieder gute Dauerresultate. Die Ausschabung, in 59 Fällen angewendet, erwies sich als sehr brauchbar, erforderte jedoch Nachbehandlung, besonders zweckmäßig mit Ausfüllung der Wunde durch Pyrogallussäurepulver und Watteverband. Wenn auch die in früheren Jahren angewendete kaustische Behandlung hin und wieder zu Heilungen führte, wurden manche Mißerfolge und auch Verschlimmerungen dabei beobachtet; ganz besonders ist vor dem Höllensteinstift zu warnen. Als das beste und sicherste Mittel hat sich unbedingt die richtige Anwendung der Röntgenstrahlen herausgestellt, während Radium durchaus nicht so befriedigend wirkte. In einzelnen Fällen bleibt die operative Entfernung notwendig.

Loewenhardt (Breslau).

40) **Bodin.** Sur un nouveau champignon du favus (Achorion gypseum).

(Ann. de dermatol. et de syph. 1907. p. 585.)

Verf. züchtete aus einem Fall einen eigenartigen Favuspilz (Achorion gypseum), der noch nicht beschrieben ist und den er selbst bei mehreren hundert Fällen von Favus beim Menschen noch nicht gesehen hat. Er gibt eine genaue Beschreibung des Aussehens der Kulturen, der morphologischen Eigentümlichkeiten und Inokulationsversuche. **Klingmüller** (Kiel).

41) **Bonnet.** Un cas de sporotrichose.

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 680.)

Beschreibung eines Falles von Sporotrichose mit zwei syphilisähnlichen Ulzerationen, zwei kalten Abszessen, kleinen ulzerierten und nichtulzerierten Gummen, welche teils wie skrofulöse, teils wie ekthymatöse aussahen. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab keine einwandsfreien Befunde, während die Kulturen immer angingen. Heilung durch Jodkali innerlich.

Klingmüller (Kiel).



42) **Bodin.** Botryomycose du sillon rétro-auriculaire.

(Ann. de dermat. et de syph. 1908. p. 28.)

Auf einer Kratzwunde entstand in 18 Tagen eine gestielte, elastische, schmerzlose, haselnußgroße Geschwulst (14—15 zu 8—10 mm) mit unregelmäßiger Oberfläche, bedeckt mit einer bräunlichen Kruste, stellenweise eingerissen und aus den Spalten Eiter sezernierend. Bakteriologisch fanden sich gewöhnliche Staphylokokken, histologisch gefäßreiches Bindegewebe mit sehr reichlicher leukocytärer Infiltration. **Klingmüller** (Kiel).

43) **Constantin et Levrat.** Sur un nouveau cas de dyskératose pseudofolliculaire de Darier.

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 337.)

Verf. geben die genaue Krankengeschichte und histologische Untersuchung eines Falles von sogenannter Darier'scher Psorospermose.

Klingmüller (Kiel).

44) **Audry.** Sur un cas de Xeroderma pigmentosum de Kaposi sans pigmentation.

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 199.)

Der 24jährige Pat. (Landwirt) zeigt alle Charakteristika des Xeroderm, nur fehlen die sonst vorhandenen Pigmentierungen. Er kam wegen eines inoperablen Epithelioms der Unterlippe in die Klinik. **Klingmüller** (Kiel).

45) **Spitzer.** Association de lupus érythémateux et de lupus tuberculeux.

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 189.)

Gleichzeitiges Vorkommen bei demselben Fall im Gesicht. Die histologische Untersuchung (Tuberkelbazillen im lupösen Gewebe) bestätigte die klinische Diagnose. **Klingmüller** (Kiel).

46) **Nicolas et Gauthier.** Cuti-réaction et ophthalmo-réaction dans diverses dermatoses d'origine tuberculeuse ou non.

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 705.)

Verff. prüften an 67 Fällen von Hautkrankheiten die Kutanreaktion. Der negative Ausfall scheint ihnen wertvoller zu sein, ebenso wie bei der Ophthalmoreaktion, die sie bei 19 Hautkranken anstellten. An 13 Kranken prüften sie zuerst die Ophthalmoreaktion und 12 Tage später die Kutanreaktion; dabei versagte die erste in einem Falle von Lupus vulgaris, während die letztere positiv war. Verff. ziehen die Kutanreaktion vor, weil die Ophthalmoreaktion für den Kranken lästiger ist und Komplikationen verursachen kann. **Klingmüller** (Kiel).

47) **Bénaky.** Neurofibromatose généralisée avec molluscum pendulum de la moitié gauche de la face et ptosis du pavillon de l'oreille atrophie du membre supérieur gauche et syndactylie.

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 728.)

Das Wesentliche dieser kasuistischen Mitteilung ist im Titel enthalten. Einen ähnlichen Fall hat Verf. bereits in den Annales 1904 p. 977 veröffentlicht.

Klingmüller (Kiel).

48) **R. L. Herzenberg.** Stauungsblutung nach schwerer Rumpfkompression.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Es handelt sich hier um den ersten in der russischen Literatur niedergelegten Fall, dem H. zur Aufklärung nichts hinzufügen kann.

Ein 15jähriger Junge wurde beim Kohlenräumen durch große Massen Kohle derart verschüttet, daß nur der Kopf frei blieb. Er lag ca. 20 Minuten um Hilfe

rufend da. Nach seiner Befreiung fiel er in Ohnmacht und blutete beim Erwachen stark aus der Nase. Er atmete schwer und klagte über Schmerzen in der Brust und der linken Schulter. Am anderen Morgen war das Gesicht — zumal links — gedunsen. An den Lidern und um die Augen — besonders links — reichliche Blutaustritte. Zusammenhängende Ekchymose der Conjunctivae bulbi bis in die Umschlagsfalten. Ekchymosen an der Unterlippe, dem Kinn und der linken Thoraxhälfte, hier in Gestalt kleiner Punkte. Subkutanes Thoraxemphysem trotz Mangels eines Rippenbruchs. Blutung am Hinterhaupt. Auf der linken Zungenhälfte stecknadelkopfgroße Ekchymosen, die auf der Mundschleimhaut entsprechend dem linken Oberkiefer die Gestalt von Flecken hatten. Die Atmung war oberflächlich und mühsam; links hinten waren feuchte Rasselgeräusche zu hören. Augenhintergrund normal. Drei Petechien auf dem weichen Gaumen links; Ekchymosen auf dem linken Trommelfell; Schwellung der Nasenschleimhaut. (Der Kehlkopf scheint frei gewesen zu sein; wenigstens wird er hier nicht erwähnt. Ref.) Im Auswurf zeigten sich in den nächsten Tagen einige Blutgerinnsel.

Pat. wurde bedeutend gebessert nach 20 Tagen entlassen.

V. E. Mertens (Kiel).

49) **Blan** (Görlitz). Kasuistischer Beitrag zur Meningoencephalitis acuta.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 129.)

Bei einem $2^3/_4$jährigen Kinde, das von B. auf Grund unklarer Hirnsymptome, die im Anschluß an eine Otitis media eintraten, operiert wurde, fand sich bei der Sektion eine enorme Erweiterung der Ventrikel, die von wasserklarem Liquor angefüllt waren. Keine Spur einer eitrigen oder tuberkulösen Meningitis. B. faßt die Erkrankung als Meningitis serosa auf. **Hinsberg** (Breslau).

50) **G. L. Peabody.** Preliminary report of a case of cerebrospinal meningitis of streptococcus. Origin apparently cured by subdural injection of anti-streptococcus serum.

(New York med. record 1908. März 14.)

P. beschreibt einen Fall von Zerebrospinalmeningitis bei einem 37jährigen Mann mit Symptomen von Sepsis. Bei der Lumbalpunktion fanden sich Streptokokken. Daraufhin entschloß sich P., Antistreptokokkenserum 4 Tage hintereinander in Menge von je 10 ccm an Stelle einer durch Lumbalpunktion jedes Mal entleerten Quantität Zerebrospinalflüssigkeit subdural zu injizieren. Nachdem in Pausen von je einem Tage diese Methode noch 2mal wiederholt war und schon bei der allerersten Einspritzung ein Temperaturabfall, sowie Nachlaß der Kopfschmerzen und Nackenstarre festzustellen war, konnte Pat. in 14 Tagen herumgehen und genas.

Loewenhardt (Breslau).

51) **W. W. Graves.** A clinical study of a case of brain tumor: operation; complete recovery.

(New York med. record 1908. Mai 23.)

G. beschreibt einen mit völligem Erfolg operierten Fall von Hirngeschwulst, bei dem die gewöhnlichen Symptome von Kopfschmerzen, Neuritis optica usw. fehlten. Dagegen zeigte sich bei der 50jährigen Pat. Jackson'sche Epilepsie mit nachfolgenden Erschöpfungszuständen, Paralyse der rechten Extremitäten und Symptome von Aphasie. Es wurde eine hühnereigroße Cyste in der Gegend der Fossa Rolandi entfernt.

Während der ersten 24 Stunden nach der Operation beklagte sich Pat. über heftige Schmerzen im rechten Arm. An den Fingerspitzen trat zuerst Hyperämie, dann Ischämie, schließlich Bildung von Blasen auf, die zwar nach einigen Tagen schrumpften, doch blieben aber noch monatelang unangenehme Empfindungen in dieser Extremität zurück. **Loewenhardt** (Breslau).



52) **F. van Fleet.** An intradural tumor of the optic nerve removed by the Krönlein method.

(New York med. record 1908. Juni 27.)

van F. beschreibt eine Geschwulst des N. opticus, die in der Augenhöhle saß und den Augapfel hervortrieb. Das 14jährige Kind wurde nach der Krönlein-schen Methode mit gutem Erfolg operiert. (Temporäre Knochenresektion an der Außenseite, Durchschneidung des N. opticus und Ausräumug der Geschwulst.)

Die als bösartig erklärte Geschwulst des N. opticus scheint ein Gliom gewesen zu sein. Bewegungen der Lider und des (natürlich ohne Sehvermögen) erhaltenen Augapfels blieben später normal. **Loewenhardt** (Breslau).

53) **Daae** (Christiania). Primäre Ohrdiphtherie.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 249.)

D. beobachtete bei einem 11jährigen Knaben eine sehr schwer verlaufende, anscheinend durch Sinusphlebitis komplizierte Otitis med. acuta, als deren Erreger bakteriologische Diphtheriebazillen festgestellt wurden. Auffallend ist, daß anderweitige diphtherische Erkrankungen, vor allem im Rachen, nicht vorausgegangen waren, und daß auch im Rachensekret keine Diphtheriebazillen gefunden wurden. Heilung nach Aufmeißelung des Warzenfortsatzes. **Hinsberg** (Breslau).

54) **A. M. Putschkowski.** Zur Kasuistik der Pseudomastoiditis.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 22.)

In der Literatur fand P. nur einen Fall beschrieben: von Monnier — Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1902. Einen ähnlichen Fall beobachtete P. bei einem 24 Jahre alten Soldaten nach Abdominaltyphus. Schwellung und Schmerzhaftigkeit der rechtsseitigen Submaxillar- und Halsdrüsen, Ohrmuschel nach vorn verdrängt, Abszeß hinter derselben, Eiter aus dem Gehörgang. Trommelfell gesund, Gehör normal. Bei genauerem Zusehen fand man 2—3 mm vom Trommelfell eine Spalte an der hinteren unteren Wand des Gehörganges, aus welcher der Eiter hervorquoll. Schnitt nach Wilde; eine Sonde gelangt aus dem Abszeß in den Spalt im Gehörgang. Rasche Heilung. Es handelte sich also um Eiterung der Halslymphdrüsen (Parotis intakt) mit Durchbruch ins Ohr, die eine Mastoiditis vortäuschte. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

55) **Schroeder.** Ein weiterer Fall von otogener, eitriger Sinusphlebitis mit fieberfreiem Verlauf.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 357.)

Das Eintreten einer Infektion des Sinus im Gefolge von Ohreiterung wird fast stets durch hohe Temperatursteigerungen, meist von pyämischem Typus, angezeigt. In dem von S. mitgeteilten Falle fehlte Fieber während der klinischen Beobachtung vollständig, trotzdem man bei der Operation die Lichtung des Sinus in der Ausdehnung von ca. $1^1/_2$ cm von Eiter erfüllt fand. Der infizierte Bezirk war zentral- und peripherwärts durch solide Thromben gegen den Kreislauf abgeschlossen. Nach der Operation (Freilegung der Mittelohrräume, Spaltung des Sinus) erfolgte glatte Heilung. **Hinsberg** (Breslau).

56) **Muck.** Ein geheilter, mit Stauungshyperämie (durch Saugwirkung vom Gehörgang aus) behandelter Fall von beiderseitiger Mittelohrtuberkulose.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LIII. p. 132.)

Daß es sich in dem von M. beschriebenen Falle wirklich um Tuberkulose handelte, wurde wiederholt durch Probeexzision festgestellt. Die durch die Tuberkulose gesetzten ausgedehnten Defekte vernarbten vollständig.

Hinsberg (Breslau).



57) **Wittmaack.** Ein neuer Wundsperrer für Mastoidoperationen.
(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LIII. p. 234.)

Der von W. angegebene Wundsperrer besteht aus vier miteinander verbundenen Haken, die durch Schraubenwirkung gespreizt werden können. Er legt, wie Ref. auf Grund vielfacher Erfahrung bestätigen kann, das Operationsgebiet ausgezeichnet frei, stillt die Blutung aus den gespannten Weichteilen fast vollständig und spart zwei Assistentenhände. Zur exakten Beleuchtung der tieferen Teile der Operationshöhle läßt sich ein kleines elektrisches Lämpchen am Sperrhaken anbringen.

Hinsberg (Breslau).

58) **G. Cohn.** Adenoide Vegetationen und Schwerhörigkeit.
(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 246.)

C. fand bei der Untersuchung von 1573 Schulkindern 315mal, d. h. in 18% der Fälle, Schwerhörigkeit. Die Hörstörung war in ca. 60% durch eine vergrößerte Rachenmandel verursacht, eine Zahl, die die ja schon längst bekannten Gefahren der Rachenmandelhyperplasie für Hörvermögen deutlich genug beweist.

Hinsberg (Breslau).

59) **Cohen.** Four frontal sinuses.
(Journ. amer. med. assoc. Bd. L. Nr. 23.)

Bei einem Leichenschädel wurden vier Sinus frontales gefunden, von denen die überzähligen hinter den regelmäßig vorhandenen lagen und durch besondere Ausführungsgänge mit der Nase verbunden waren. Sie waren durch eine lückenlose knöcherne Scheidewand von den normalen getrennt. C. weist auf die Schwierigkeit der Diagnose und Therapie bei Erkrankung solch abnorm gebildeter Stirnhöhlen hin. Von anderen Anomalien fand er noch: gänzlichen Mangel der Stirnhöhle; nur eine mit einem Ausführungsgang; drei Höhlen, von denen zwei durch eine senkrechte Scheidewand getrennt waren und einen gemeinsamen Ausführungsgang hatten.

Trapp (Bückeburg).

60) **Kuelbs.** Über Mikulicz'sche Krankheit.
(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 5.)

Bei einem 21jährigen Manne traten Schwellungen beider Parotiden, der Submaxillar- und Tränendrüsen bei normalem Blutbefund auf. Unter Jodnatriumbehandlung besserte sich der Zustand wesentlich in 6 Monaten. Nach weiteren 6 Monaten vergiftete sich der Kranke mit Lysol, so daß die Speichel- und Tränendrüsen mikroskopisch untersucht werden konnten. Es fand sich in ihnen diffuse oder herdförmige Leukocyteninfiltration, Epitheldegeneration, riesenzellenähnliche Gebilde, erhebliche Bindegewebsentwicklung, keine Käseherde. Die lymphatischen Apparate zeigten keine Veränderung, mit Ausnahme einer einzigen Halsdrüse. Es bestanden also keine Beziehungen zur Pseudoleukämie, von der nach K. einstweilen das Bild der Mikulicz'schen Krankheit abzusondern ist.

Erwähnt wird noch ein weiterer Fall von chronischer Schwellung der Parotiden, welche unter Einfluß eines Erysipels erheblich zurückging, dann aber wiederkehrte.

Haekel (Stettin).

Berichtigungen. In dem Artikel von De Witt Stetten: »Zur Frage der sog. Madelung'schen Deformität usw.« in Nr. 31, p. 952, Zeile 9 und 10 von oben muß es statt mit »Luxatio posterior des Ulnaendes« »Luxatio anterior des Ulnaendes« heißen.

In Nr. 35 dieses Zentralblattes (Beilage) p. 2 und 24 muß es A. Peiser statt A. Preiser, Breslau, heißen.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 38. Sonnabend, den 19. September 1908.

Inhalt.

1) Laewen. Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten röntgenisierter Tiere gegen bakterielle Infektionen unter besonderer Berücksichtigung der Bildung spezifischer Antikörper.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Chirurgie u. Medizin Bd. XIX. Hft. 1.)

Während man auf Grund der bisher vorliegenden Untersuchungen glaubte, daß die Röntgenstrahlen bei ihrer Einwirkung auf den Tierkörper durch Auflösung von Leukocyten bakterienfeindliche Stoffe ins Blutplasma übertreten lassen und zu einer Resistenzsteigerung der bestrahlten Tiere gegen die eingeführten Bakterien führen, zeigen die zahlreichen Experimente, welche L. an Kaninchen, weißen Mäusen, Meerschweinchen und Ratten vornahm, das Gegenteil. Auch nach lange ausgedehnten Röntgenbestrahlungen und nach einer dadurch bewirkten Zerstörung eines erheblichen Teiles der Leukocyten gelang

es nicht, die bakterizide Kraft des Serums der Tiere irgendwie zu verändern. Bei der Auflösung der Leukocyten durch die Röntgenstrahlen im Blute und in künstlich geschaffenen Anhäufungen werden keine bakteriziden Endoenzyme frei, die sich in ihrer Wirkung zu der der Serumalexine addieren könnten. Dementsprechend erwies sich die Resistenz ausgiebig röntgenisierter Tiere gegen verschiedene Bakterien immer herabgesetzt. Wenn die Bestrahlung nicht zulange ausgedehnt war, folgte auf die Infektion mit geeigneten Bakterien in der Regel noch eine relative Leukocytose, die in einer Vermehrung der polymorphkernigen Leukocyten bestand. Nur bei vorhergehender sehr ausgedehnter Röntgenisierung fielen die Leukocytenzahlen nach der Infektion ziemlich rasch zum Nullwert ab.

Auf die Normalagglutinine zeigten die Röntgenstrahlen keine Wirkung; dagegen hemmten sie die Bildung der spezifischen, auf die Infektion hin gebildeten Agglutinine und wahrscheinlich, wenn auch in geringerem Grade, der spezifischen Bakteriolysine. Bei einigen Tieren blieb die Agglutininbildung ganz aus. Man darf aus den Versuchen schließen, daß als Bildungsstätte der spezifischen Agglutinine die blutbereitenden Organe und in ihnen die mit der Leukocytenbildung in Zusammenhang stehenden Zellgruppen anzusehen sind.

Haeckel (Stettin).

---

2) **L. Burkhardt.** Untersuchungen über die Einwirkung reinen Sauerstoffs auf Wunden und Infektionen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 182.)

B. hat zahlreiche bakteriologische und Tierversuche zwecks Prüfung der zuerst von Thiriar hervorgehobenen Wirksamkeit des Sauerstoffs auf Wunden und Infektionen angestellt, die sowohl durch die Art ihrer Anordnung als ihre Resultate von Interesse sind. Zur Orientierung darüber diene die Wiedergabe der von B. gelieferten Zusammenfassung seiner Arbeit nebst kurzen erläuternden Zusätzen:

1) Die Berührung mit reinem Sauerstoff ruft auf Wunden eine starke Gefäßinjektion hervor, es entsteht ein Zustand arterieller Hyperämie. Die Wunden bleiben feuchter, die Granulationsgewebsbildung wird befördert. (Technik: Wundanlegung an Kaninchenohren, die, in ein mit Gummimanschette abschließendes Glasgefäß gesteckt, einem übergeführten Sauerstoffstrom ausgesetzt wurden.)

2) Kulturen fakultativ aerober Bakterien bleiben auf künstlichen Nährböden bei Züchtung in reiner konzentrierter Sauerstoffatmosphäre in ihrem Wachstum erheblich zurück, werden aber nicht abgetötet. (Auch die Virulenz unter Sauerstoff gezüchteter Kulturen ist kaum vermindert. — Injektion von Kulturen mit und ohne Sauerstoffzüchtung beim Kaninchen.)

3) Im Tierkörper scheint auch die Zufuhr von sehr reichlich Sauerstoff zum Infektionsherd das Wachstum der Bakterien nicht nennenswert zu hemmen; ebensowenig ist dies bei Allgemeininfektion der Fall, wenn man den ganzen Körper des Versuchstieres mit Sauer-

stoff überschwemmt. Indes sprechen Tierversuche dafür, daß eine, wenn auch wohl nur geringe Virulenzminderung der Bakteriengifte erfolgt. (Den zu infizierenden Tieren wurde mehrere Tage lang täglich mehrmals Sauerstoff intravenös, subkutan und intraperitoneal infundiert, so daß sie Sauerstoff sogar im Überfluß in den Geweben hatten. Die Giftstärke der Kokkentoxine und Proteine nach Kulturzüchtung unter Sauerstoff geschah mittels Einverleibung von mit den betreffenden Präparaten gefüllten Kapillarröhrchen beim Versuchstiere.)

4) Am Bauchfell wird durch die Berührung mit reinem Sauerstoff ein Zustand leicht entzündlicher Reizung erzeugt. Es entsteht eine ziemlich bedeutende Hyperleukocytose, besonders bei gleichzeitiger Anwesenheit von Flüssigkeiten in der Bauchhöhle; die Resorption in der Bauchhöhle wird verlangsamt. (Bei den zahlreichen Versuchen B.'s am Bauchfell wurde den Tieren Sauerstoff bis zu ziemlich stark meteoristischer Auftreibung des Bauches infundiert. Das Verfahren wurde auch bei Tieren mit artefizieller septischer und tuberkulöser Peritonitis angewandt. Bei letzterer schien ein günstiger Einfluß der Sauerstoffzufuhr konstatierbar.)

5) Mehr als der gewöhnliche Sauerstoff scheint Ozon imstande zu sein, Infektionen besonders in Körperhöhlen, die sich leicht mit dem Gase füllen lassen, zu bekämpfen. (Die Umwandlung des infizierten Tieren in die Bauchhöhle infundierten Sauerstoffes in Ozon geschah mittels bis zu $^3/_4$ Stunden lang fortgesetzter Röntgenbelichtung.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **R. Milner.** Historisches und Kritisches über Knochencysten, Chondrome, fibröse Ostitis und ähnliche Leiden.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 328.)

Die sehr fleißige, umfangreiche Arbeit eignet sich zu einem Referate nicht, da sie selbst mehr den Charakter eines kritischen Sammelreferates hat. Ganz kurz sei angeführt, daß nach M.'s Darlegungen Entstehung wirklicher Cysten aus Geschwülsten, insbesondere Chondromen, niemals bewiesen ist, daß auch Virchow's bekannter Fall nichts mit Chondrom zu tun hat. Bislang erscheint die Herleitung der Knochencysten aus einer fibrösen Ostitis ungleich wahrscheinlicher, doch ist die Geschwulsttheorie der Knochencysten auch nicht ganz abzulehnen und noch weniger die traumatische Entstehung derselben.

Das der Arbeit angehängte Literaturverzeichnis weist 146 Nummern auf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **C. F. Painter** (Boston). The plan of operative surgery in the treatment of chronic arthritis.

(Amer. journ. of orthop. surg. 1908. April.)

Die genauere Einteilung der chronischen Gelenkentzündung, welche namentlich in den letzten Jahren auf Grund sorgfältiger Studien und

nicht zum mindesten infolge der röntgenologischen Forschung Platz gegriffen hat, hat auch die Therapie vielfach beeinflußt. Unter dem Schutze der Asepsis — und Gelenkeröffnungen verlangen die denkbar sorgfältigste — wagen wir heutzutage mehr als früher. Immerhin dürfte der Standpunkt P.'s vielen Chirurgen wenigstens in Deutschland zu radikal sein. Bei den infektiösen Formen, u. a. auch bei gonorrhoischen, eröffnet er das Gelenk breit, spült mit heißer Kochsalzlösung aus und näht sorgfältig wieder zusammen. Hypertrophische Villi sucht er um so mehr zu entfernen, weil sie oft infektiöses Material enthalten. Hyperplastische Periostwucherungen entfernt er nach Ablauf des akut entzündlichen Stadiums.

Bei den atrophischen und hypertrophischen Formen operiert er, wenn Größe der Villi oder des Gelenkergusses bzw. Periostwucherungen oder freie Gelenkkörper eine spezielle Indikation dazu geben.

Bei vorhandenen Deformitäten räumt er den gewaltsamen Manipulationen in Narkose ein breites Feld ein, greift aber in schweren Fällen, namentlich wenn das Allgemeinbefinden stärker in Mitleidenschaft gezogen wird, zu Osteotomie, Exzision und ähnlichen Maßnahmen. Bei hypertrophischen und atrophischen Formen macht er häufig von Apparaten Gebrauch.

Leider sind dem Bericht keine Krankengeschichten beigefügt, so daß es nicht möglich ist, sich ein genaues Bild über die Resultate P.'s zu machen. Wir sind bei vielen infektiösen Prozessen an den Extremitäten, namentlich seit Bier, vorsichtiger mit breiten Inzisionen geworden, so daß ich eine so allgemeine Empfehlung einer radikalen Therapie nicht ohne weiteres als einen Fortschritt betrachten möchte.

H. Buchholz (Boston).

---

5) **R. Klapp.** Die Behandlung der Sehnenscheidenphlegmone.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 15.)

Während man früher die ergiebige Spaltung der Sehnenscheide als das beste Mittel ansah, die Sehne zu erhalten, dann tamponierte oder drainierte, auch die Sehnenscheide mit antiseptischen Mitteln ausspülte, ist nach Bier's Vorschlägen für die Behandlung akuter Entzündungen ein Umschwung eingetreten. Durch Stehenlassen von Hautbrücken zwischen den kleinen Inzisionen, durch Verzicht auf Tamponade und Drainage unter Anwendung der Dauerstauung wird dem Austrocknen und dem Absterben der Sehne vorgebeugt.

Die Erfolge dieser Methode, die K. an dem Bonner und Berliner Material erprobte, waren geradezu glänzende im Vergleich zu den früheren Resultaten. Die Anzahl der Mißerfolge war von etwa 80 bis 90% auf etwa 30% herabgedrückt. Weit über die Hälfte der Sehnen konnte gerettet werden.

K. suchte nun zu erforschen, ob die guten Resultate der Bierschen Methode auf die Stauung oder auf die physiologische Behandlung zurückzuführen seien. Er eröffnete daher die Sehne niemals von der Beugeseite, sondern stets von der Seitenfläche des Fingers; der

Hautschnitt hatte nicht ganz die volle Länge der entsprechenden Phalange (Blutleere, Ätherrausch). Das Sehnenscheidenfach wurde lang eingeschnitten, eine Hohlsonde durch die Sehnenscheide gegen die andere Seite des Fingers geführt und von außen mit gleichlangem Schnitt eingeschnitten. — War das an allen Phalangen ausgeführt, so wurde noch an den mittleren drei Fingern von der Handfläche aus in schräger Ebene auf das zentrale Ende der Sehnenscheide eingeschnitten und ebenfalls nach der anderen Seite geöffnet. An den langen Scheiden der Beugesehnen von Daumen und kleinem Finger wurden je nach Bedarf noch 1—2paarige Schnitte von der Länge der vorigen angebracht. Die Sehnenscheide wurde schließlich mit warmer physiologischer Kochsalzlösung sehr reichlich ausgespült, die Wunden weiterhin mit Salbenlappen bedeckt. Eventuell Alkoholverband für Hand und Arm. Horizontale Lagerung des Armes im Bett. Täglicher Verbandwechsel. In den ersten 2—3 Tagen ein halbstündiges Bad in physiologischer Kochsalzlösung, darin Bewegungsübungen, die auch sonst vom ersten Tage an ausgeführt werden. Nach Versiegen der Eiterung und Abklingen der Entzündungserscheinungen Heißluftbehandlung.

Ergebnisse: 1) 15 Fälle von reiner Sehnenscheidenphlegmone: Geheilt 14, teilweise nekrotisch 1 Fall.

2) 2 Fälle von subkutanem Panaritium, bei welchen infolge von Hautnekrose die Sehne längere Zeit freilag: Geheilt 1 Fall, teilweise nekrotisch 1 Fall.

3) 6 Fälle von Panaritium tendinos., kompliziert mit Knochenveränderungen: Geheilt 2 Fälle, teilweise oder ganz nekrotisch 4 Fälle.

4) 1 Fall, septisch 12 Tage nach Infektion aufgenommen. Tod.

Auf Grund dieser Ergebnisse glaubt K., daß es auch allein mit der systematisch durchgearbeiteten physiologischen Behandlung gelingt, ebenso gute Resultate zu erzielen wie mit der Stauung, doch bleibt abzuwarten, ob sich durch Hinzufügung der Stauung nicht die Resultate noch weiter verbessern lassen.

Langemak (Erfurt).

6) **Gouteaud.** Traitement esthétique des fractures de la clavicule par la position.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 644.)

Besonders bei Frakturen im äußeren Drittel des Schlüsselbeines wird folgendes Verfahren empfohlen (das dem alten Hippokratischen die Grundidee entlehnt): Der Kranke liegt in horizontaler Rückenlage am äußersten Rande des Bettes der erkrankten Seite, der Arm hängt senkrecht herab. Nach einigen Tagen kann der Unterarm rechtwinkelig flektiert auf eine Unterlage gelegt werden. Die Schultermuskulatur erschlafft, das Gewicht des Armes zieht das laterale Frakturende zur Seite und dorsalwärts. Nachteile sind die doch immerhin recht unbequeme Lage und die Nötigung zur Bettruhe. Die kosmetischen und funktionellen Resultate sollen ausgezeichnet sein.

Kaehler (Duisburg-M.).

7) **Montaudon.** Die Theorie der verschiedenen Mechanismen der Lunatumluxation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 9.)

Nach einigen statistischen Ausführungen über die Verletzungen im Bereich des Handgelenkes überhaupt und über die Verrenkung des Mondbeines im besonderen bringt die Arbeit an der Hand von instruktiven Röntgenpausen sechs Fälle, von denen einer die seltene Form der dorsalen, alle anderen die gewöhnliche der volaren Verrenkung des Mondbeines wiedergeben.

Mit Unterstützung von Zuppinger studierte Verf. die Mechanismen dieser Verrenkungen, worüber Näheres im Original nachzusehen ist.

Im ganzen kommt die Arbeit zu dem Schluß, daß die Mondbeinverrenkung fast stets eine volare, nur ganz selten eine dorsale ist. Die volare kommt in der Regel durch Dorsalhyperflexion der Hand, nur ausnahmsweise, wie in einem Falle des Verf.s, durch Volarhyperflexion zustande.

Die gewöhnliche volare Verrenkung erfolgt in der Regel bei ulnar-dorsaler Hyperflexion der Hand als direkte zweizeitige Verrenkung; sie wird durch dorsale Verschiebung des Caput ossis capitati eingeleitet, indem die volaren Bindenzüge zwischen Lunatum und Radium nicht zerreißen. Es kann aber auch zu einem einzeitigen direkten Austritt des Mondbeines durch Druck der benachbarten Knochen kommen, wenn alle Verbindungen des Mondbeines zerrissen sind.

Reich (Tübingen).

---

8) **Pers.** Über chirurgische Behandlung der Ischias.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 29.)

P.'s Methode beruht auf der Lösung des Ischiadicus bis hinauf zum Foramen ischiadicum aus allen etwaigen Verwachsungen. Er schreibt die Ischias einer Perineuritis oder den durch dieselbe bedingten Verwachsungen zu. Eine Lösung des erkrankten Nerven, Sprengung der Verwachsungen mache die Schmerzen aufhören. Bei langer Dauer, beim Versagen der anderen Behandlungsmethoden soll operiert werden. Das Resultat ist beinahe in allen Fällen als ein Dauerresultat zu betrachten. Die 4,8% Rezidive bei 49 Operationen sind vorläufig nur einer mangelhaften Lösung zuzuschreiben.

Borchard (Posen).

---

9) **K. Henschen.** Die Extensionsbehandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche auf physiologisch-mechanischer Grundlage.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 616.)

In der vorliegenden, auf Zuppinger's Ideen sich aufbauenden Arbeit bringt Verf. neue Prinzipien in der Frakturlehre und -Behandlung zum Ausdruck, die berufen sein dürften, die bisher geläufige Anschau-

ung und Praxis gründlich zu reformieren und an Stelle der auch heute noch keineswegs idealen Resultate eine anatomische und funktionelle Reparation der gebrochenen Gliedmaßen zu setzen.

Wesentlich in der neuen Behandlungsmethode ist die Semiflexionslage, d. h. die durch Beugung der Gelenke erzielte Abspannung aller Muskeln der Extremität auf eine mittlere Gleichgewichtslage, ein Prinzip, das, von Pott bereits inauguriert, infolge technischer Schwierigkeiten sich in der Praxis nicht lange halten konnte und der älteren, bis heute ausschließlich angewandten Frakturbehandlung in extremer Streckstellung weichen mußte.

Wie eine eingehende, im Referat schwer wiederzugebende Würdigung der bisher zu sehr vernachlässigten mechanisch-physiologischen Verhältnisse der Muskeln und des Bindegewebsapparates in ihrer Beziehung zur Knochenbruchlehre zeigt, wird die Verschiebung der Bruchstücke hauptsächlich durch die elastische Zugkraft der Muskeln bewirkt und erhalten. Um diese soweit als möglich zu vermindern, muß das Glied in eine mittlere neutrale, der Ruhelage annähernd gleichkommende Stellung gebracht werden, in der sich die Spannungen aller Muskeln das Gleichgewicht halten, was nur bei einer korrelaten Winkelstellung aller zwischengeschalteten Gelenke erreichbar ist. Der durch die Lage allein nicht zu beseitigende Rest von elastischer Spannung muß durch Extensionskraft beseitigt werden. Ist die Gesamtmuskelspannung schon durch die Lage auf die Hälfte und mehr herabgesetzt, so läßt sich der Rest sehr leicht und mit geringer Kraft überwinden und zur Ausschaltung des interfragmentalen Druckes etwas überkompensieren, während der Extension in extremer Streckstellung die gesamte Muskelspannung entgegensteht, die, wenn überhaupt, dann nur durch enorm hohe Kraft sich ausgleichen läßt.

Durch eine physiologisch wirksame Extension wird die Schädigung der Muskulatur, soweit wie möglich, eingeschränkt. Da die neue Methode nicht nur eine wirksame Extension möglich macht, sondern auch durch Verzicht auf eine starre Immobilisation ein aktives Muskelspiel in mäßigen Grenzen gestattet, das alle passive Massage an Wirksamkeit weit übertrifft, so begünstigt sie die Zirkulation und die Abfuhr des Abbaumaterials, gibt den reparativen Vorgängen eine funktionelle Richtung, verhindert Luxusproduktion von Knochen und Bindegewebe, beschränkt die Atrophie der Muskeln sowohl wie der Knochen und verleiht dem gesamten Bindegewebsapparat denjenigen Grad von Spannung, der zu seiner Erhaltung in ursprünglicher Ausdehnung und Verschieblichkeit erforderlich ist.

Praktische Methoden, die den skizzierten Anschauungen Rechnung tragen, stammen von Mojsisovics (Äquilibrialmethode), Middeldorpf (Hebelschwebe), Lorinser (zugverhindernde Semiflexion) und von Hennequin. Den Mängeln, welche diesen Methoden noch anhaften, hat Zuppinger abgeholfen durch automatische Apparate zur Permanentextension, die für Knochenbrüche an Ober- und Unterschenkel je eine eigene Konstruktion besitzen. Wesentlich an diesen ist die

Semiflexion sämtlicher Gelenke und die rein automatische Extension, bedingt durch die leicht regulierbare Wirkung der Schwere des Unterschenkels und des Oberschenkelteiles des Apparates, während die Rumpfschwere die Gegenextension besorgt. Die nähere Konstruktion der Apparate sowie die Technik ihrer Anwendung ist aus dem Original zu ersehen, das hierfür gute Abbildungen besitzt.

Die Apparate wurden in der Züricher Klinik an 35 teils offenen, teils subkutanen Brüchen des Unterschenkels und 13 des Oberschenkels auf ihre Leistungsfähigkeit geprüft und haben sich nach den beigegebenen Übersichten über die anatomischen und funktionellen Resultate (röntgenologische Nachuntersuchungen) sehr gut bewährt. Bei richtiger Technik ist Dekubitus ausgeschlossen. Dauernde Gelenkversteifungen wurden ebensowenig beobachtet wie Schädigungen des Kniegelenkbandapparates durch die Extension.

Eine technisch noch etwas einfachere Anwendungsform des gleichen Prinzips gibt Verf. in seiner Hängemattenextension an, wobei der gebeugte Oberschenkel in einer Rinne liegt und der durch Beugung im Kniegelenk horizontal gestellte Unterschenkel mit einem Gewichtszug extendiert und in einer improvisierten Hängemattenvorrichtung suspendiert wird.

Weitere Erfahrungen werden zurzeit in der Züricher und Tübinger Klinik gesammelt.

Reich (Tübingen).

---

10) **Stich.** Über die Erfolge der operativen Behandlung der Fußgelenkstuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 28.)

Garrè ist immer mehr ein Anhänger der operativen Therapie geworden; er hält sich prinzipiell nicht mit konservativen Maßnahmen auf, sondern operiert, wenn ein nachgewiesener Knochenherd entfernt werden kann, bevor er in das Gelenk durchbricht. Ist eine Gelenkerkrankung bereits vorhanden, so kann man in frischen Fällen ohne Fisteln bei gutem Allgemeinbefinden und jugendlichem Alter dann konservative Maßnahmen versuchen, wenn das Röntgenbild keine ausgedehnteren Knochenzerstörungen aufweist. In allen anderen Fällen wird konservativ operiert, sofern nicht allgemeine Kontraindikationen vorliegen. Die streng konservative Behandlung führte kaum beim vierten Teile zum Ziele. 77% mußten operiert werden. Die typische Resektion des Sprunggelenkes ist die Methode der Wahl. S. hat durch Nachuntersuchungen an der Hand von Röntgenbildern die Überzeugung gewonnen, daß der Verlust des Talus nach der Resektion durch Veränderungen des Calcaneus und anderer Knochen zu einem großen Teile wieder ausgeglichen wird.

Borchard (Posen).



11) **Abbot.** Hypertrophy of the synovial fringes of the knee joint.

(Journ. amer. med. assoc. Bd. I. Nr. 21.)

Zur Beseitigung der Wucherung synovialer Zotten in der Gegend der Kniescheibe hat A. folgendes Vorgehen erprobt gefunden: Beiderseits von der Kniescheibe wird durch 5 cm langen Schnitt und Abpräparieren die Kapsel des Gelenkes freigelegt. In der Mitte des Schnittes wird sie zipfelförmig hochgehalten, mit passendem Instrument (Klemme) in der Längsachse des Gliedes eine Falte abgehoben, zwischen der Klemme und dem Gelenk diese Falte abgenäht, dann zwischen Klemme und Naht abgetragen. Die feine Schnittlinie, die innen von doppelter Synovialis gesäumt ist, wird noch einmal mit feiner Naht übernäht, die Wunde versorgt und das Glied gestreckt auf eine Schiene gelagert. — Durch sein Vorgehen zieht A. die Synovialzotten aus dem Bereich des Gelenkes, in welches sie sich einklemmen, heraus, ohne die Kapsel zu eröffnen. Er will sehr gute Erfolge gehabt haben. — Das angegebene Verfahren erscheint einer Nachprüfung wert. **Trapp** (Bückeburg).

---

12) **Brandes.** Über die Behandlung der Kompressionsfrakturen des Calcaneus.

(Inaug.-Diss., Berlin, 1908.)

Die Erfolge der üblichen unblutigen Behandlungsmethoden der Calcaneusbrüche mit Ruhe und Gipsverbänden sind, wie Verf. an der Hand von 15 im Hildesheimer Krankenhaus (Med.-Rat. Dr. Becker) beobachteten Fällen darlegt, nicht befriedigend; die zurückbleibende, meist hochgradige Plattfußform, die Schmerzen beim Gehen usw. und leichte Ermüdbarkeit bedingen meist eine beträchtliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. Der Hauptgrund hierfür ist die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit, die Bruchstücke — es handelt sich meist um Zertrümmerungsfrakturen — zu reponieren und die Bruchflächen richtig aneinander zu halten. Um dies zu erreichen, ist Becker in zwei Fällen blutig vorgegangen, die beide schwere Kompressionsbrüche mit Splitterung betrafen. Nach Resorption des Blutergusses (am 10. bzw. 14. Tage) wurde von einem kleinen Einschnitt an der medialen Fußseite ein Elevatorium an der unteren Fläche der Knochen entlang quer durch den Fuß geführt und dicht unterhalb des äußeren Knöchels nach Anlegung eines kleinen Hautschnittes durchgestoßen. Durch kräftigen Zug an den beiden Enden des Elevatoriums nach oben wurde überraschend leicht eine gute Wiederherstellung des Fußgewölbes erreicht. Um diese zu erhalten, wurde nun von hinten unten nach vorn oben in der Mittelebene des Fersenbeines ein Drillbohrer durch Haut und Knochen bis in die Nähe des Fersenbein-Würfelbeingelenkes — die Entfernung wird vorher am Röntgenbild gemessen und am Bohrer markiert — eingetrieben und liegen gelassen. Nun wird das Elevatorium entfernt, die Wunden vernäht. Entfernung des

Bohrers nach 6 Wochen. In dem ersten Falle ragten noch einige Knochenstücke in die Planta hinein, welche nach 6 Wochen bei noch liegendem Bohrer abgemeißelt wurden. Das anatomische und funktionelle Resultat war in beiden Fällen ein vorzügliches. B. will nur die schweren Kompressionsbrüche der operativen Behandlung zugewiesen haben.

Vorderbrügge (Danzig).

---

13) **K. Lengfellner** (Berlin). Die Behandlung des Knickfußes mit Einlagen und orthopädischen Apparaten.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 18.)

L. ergänzt die Hoffa'sche Lehre vom Knickfuß in dem Sinne, daß er seine Beziehungen zum Fußgewölbe erörtert und feststellt, daß es auch einen fixierten Knickfuß geben kann. Er kann mit Plattfuß und Genu valgum kombiniert sein, und alle drei Deformitäten können für sich das primäre Leiden sein. Verf. bespricht dann die Therapie des Knickfußes als Deformität für sich und dann in seiner Verbindung mit Plattfuß und Genu valgum. Als Drittes folgt die Besprechung des traumatischen Knickfußes. An der Hand einer Reihe von Abbildungen gibt L. spezielle Anweisungen für die Therapie.

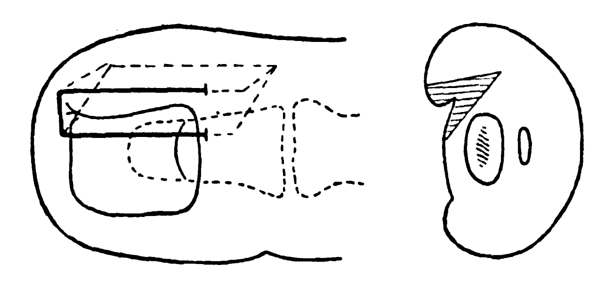
Schmieden (Bonn).

---

14) **P. Sick.** Zur Radikaloperation des Unguis incarnatus.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 12.)

S. rollt den Nagel, ohne ihn zu spalten, ab und exzidiert den erkrankten Nagelfalz samt dem anstoßenden Teil des Nagelbettes und



der zugehörigen Matrixecke in Form eines nach unten und außen gerichteten Keiles (s. Fig.). Die Wundflächen werden sofort oder nach anfänglicher Tamponade aufeinander geklappt, was die Heilung wesentlich beschleunigt.

Gutzeit (Neidenburg).

Kleinere Mitteilungen.

Bemerkung zu der in Nr. 15 p. 470 ds. Zentralblattes von Dr. Hoffmann in Schweidnitz mitgeteilten Fußverletzung.

Von

Geh. San.-Rat Dr. Reismann in Haspe.

Gegen die Natur der Verletzung, das eingeschlagene Heilverfahren und schließliche Korrektur der nach der Reposition verbliebenen Valgusstellung des Fußes sind keinerlei Einwendungen zu machen.

Nur möchte ich ein Bedenken dagegen aussprechen, daß der Fall bezeichnet wird als »Pronationsluxation« des Fußes. Diese Bezeichnung dürfte nicht geeignet sein, die Lehre über das immerhin schwierige Kapitel der Fußverletzungen zu klären.

Wir bezeichnen als »Pronationsluxation« doch diejenige Fußverletzung, die vor sich geht im Pronationsgelenk des Fußes, die Luxation unterhalb des Talus, d. h. die Verschiebung des Tarsus, des Os naviculare, cuboideum und calcaneus mitsamt dem Vorfuße nach hinten und außen im Gegensatze zu der Supinationsluxation, bei der die Verschiebung des Tarsus nach hinten und innen stattfindet.

Mit dem Pronationsgelenke hat also die in Betracht kommende Verletzung nichts zu tun, die Verletzung fand statt im Beugegelenke des Fußes, der Articulatio talo-cruralis, also über dem Talus.

Daß die Verletzung zustande kam unter starker Pronation, der Drehung des Fußes nach außen, berechtigt nicht, sie als Pronationsluxation zu bezeichnen.

Auch konnte diese starke Drehung des Fußes um mehr als 100° nach außen unmöglich allein auf die Pronationsbewegung bezogen werden; denn bei einer solchen Bewegung des Fußes nach außen über 20—25° findet durch Anstemmung des Processus anterior calcanei an den Taluskörper eine so hochgradige Knochenhemmung statt, daß eine weitere Außendrehung unmöglich wird. Diese konnte nur erfolgen unter gleichzeitiger Drehung des Talus mit dem ganzen Fuß in der Malleolengabel unter Erhaltung der festen Verbindung des Talus mit dem Calcaneus. Begünstigt und ermöglicht wurde nun diese starke Drehung durch den Abbruch des Malleolus internus.

Der Vorgang der Verletzung erklärt sich dann wohl in folgender Weise. Die Frau glitt mit dem rechten Fuße aus, der linke Fuß geriet dabei in Pronationslage, sie kam zum Fallen, d. h. sie knickte im Hüft- und Kniegelenke ein und fiel mit dem ganzen Körpergewicht auf den unter ihr befindlichen Fuß, bzw. den unteren Teil des Unterschenkels, und zwar auf die äußere Seite desselben. Diese wurde von den Tubera ischii mit einem Fallgewicht von 100 Kilo getroffen. Es kam zunächst zum Abbruch des Malleolus internus. Aber damit war der Fallstoß nicht erschöpft. Es wurde die Gelenkfläche der Tibia nach innen von der Rolle des Talus zum großen Teil abgestoßen, und dies konnte, da der Malleolus externus dabei standhielt, nur erfolgen unter einer eintretenden Diastase der Tibia gegen die Fibula bzw. der beiden Malleolen, wie sie sich bei der Operation herausstellte und die Anwendung der Drahtverbindung notwendig machte.

Die Verletzung konnte also nur bezeichnet werden: als partielle Luxatio pedis supratalea mit Fractura malleoli interni.

In dem Falle Hoffmann hatte also bei dem Verletzungsvorgange das Talotarsalgelenk standgehalten. Ganz anders lag die Sache in dem schönen Gegenstück, welches in den vorhergehenden Seiten derselben Herr Dr. Franz Link, Karlsbad, uns bringt. In diesem Falle hatte das Talocruralgelenk standgehalten, und die Verletzung vollzog sich unterhalb des Talus im Talotarsalgelenk als

Luxatio pedis sub talo, wie sie auch vom Verf. aufgefaßt und beschrieben ist, und zwar als Luxatio pedis sub talo supinatoria. In dieser Hinsicht, also in den Gegensätzen zwischen Fußverletzungen oberhalb und solchen unterhalb des Talus, nehmen beide mitgeteilten Fälle im hohen Maße das Interesse des Chirurgen in Anspruch. Beide Verletzungen legen auch ein Zeugnis ab über die ungemein große Festigkeit, mit der der Talus im Fußskelett eingefügt ist. Denn auch in dem Falle Hoffmann blieb der Talus unbehelligt an seiner Stelle, und das gestörte Lageverhältnis des Talus gegen die Tibia beruhte lediglich auf Verschiebung der Tibia gegen die Talusrolle, was auch aus dem im übrigen mit sehr mangelhaften Schattenkontrasten versehenen Röntgenbilde unzweifelhaft hervorgeht. Diese Festigkeit des Talus darf bei Beurteilungen von Fußverletzungen, namentlich von Luxationen, niemals außer acht gelassen werden. Das Weitere hierüber siehe meine Ausführung in »Talusluxation oder Luxatio pedis sub talo?« in Bd. XCIII, p. 218 u. f. der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 1908.

---

15) **M. Kaehler.** Epithelisierung von Wundflächen unter Scharlachsalbe (nach Fischer-Schmieden).

(Med. Klinik 1908. p. 837.)

K. verwandte Scharlachsalbe (in etwas weicherer Konsistenz als von Schmieden angegeben und ohne Bedeckung durch wasserdichten Stoff) bei Defekt nach Brustdrüsenkarzinom-Exstirpation, auf Transplantations-Entnahmestellen, bei Ulcus varicosum des Unterschenkels usw. Es bildete sich auffallend schnell eine widerstandsfähige Oberhaut. Auch stärker absondernde Wundflächen werden einigermaßen günstig beeinflußt. **Georg Schmidt** (Berlin).

16) **C. Ritter.** Zur Diagnose der Knochenechinokokken.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 166.)

R. beobachtete und operierte zwei Fälle von Knochenechinokokkus, in denen das Röntgenbild so charakteristisch war, daß in dem einen Falle daraufhin die Wahrscheinlichkeitsdiagnose richtig gestellt werden konnte — in Fall 2 wurde das Röntgenogramm erst nach erfolgter Operation fertig gemacht, so daß es nicht mehr diagnostisch verwertet werden konnte. In beiden Fällen zeigten sich die befallenen Knochen (einmal der Oberschenkel, das zweitemal das Schlüsselbein) — dem klinischen Tastbefund entsprechend — aufgetrieben, die sich scharf abhebende Corticalis sehr dünn, die Markhöhle fächerig, wie wenn »große Hohlräume (Cysten) im Knochen lägen«. Sonst gaben beide Fälle wenig oder keine Anhaltspunkte zur Diagnose. Der Pat. mit Oberschenkelerkrankung litt bereits seit 14 Jahren an Schmerzen im Knie bzw. Oberschenkel. In zwei Krankenhäusern wurde an ihm außer den neuralgischen Beschwerden nichts Besonderes nachgewiesen. Die Operation räumte durch Aufmeißelung und Ausschabung des spindelig verdickten Knochens dicke gelbliche eitrige Flüssigkeit, untermischt mit teils erhaltenen, teils zerfallenen kleinen und kleinsten Bläschen, heraus. Dicht über den Kniekondylen zerbrach die stark verdünnte Knochenschale. Die Heilung erfolgte sehr langsam im Verlauf mehrerer Monate unter Oberschenkelverkürzung um 7,5 cm und starker Einschränkung der Kniebeugefähigkeit, aber mit leidlicher Gehfähigkeit und starker Gewichtszunahme. Im zweiten Fall (Echinokokkus des Schlüsselbeines) lagen bei dem 58jährigen geschwächten Pat. ober- und unterhalb des Knochens gegen faustgroße, teigig konsistente, etwas fluktuierende Geschwülste vor, die angeblich seit 8 Jahren nach einem Bruche des Knochens entstanden waren. In der oberen Geschwulst waren zahlreiche, bis haselnußgroße bewegliche Knochenstücke fühlbar; eine Probepunktion ergab einen atheromartigen Brei. Bei der Operation ließ sich der obere Geschwulstsack bis an den Knochen heran gut auslösen; als er von letzterer gelöst wurde, entleerten sich gewaltige Atherommassen aus in den Knochen führenden Löchern. Nach operativer Vergrößerung letzterer gelangt man in die Höhle der unteren Geschwulst. Bei der Operation



wird die richtige Diagnose gemutmaßt, die sich bei sorgfältiger Durchmusterung des »Atherombreies« durch Auffindung einiger kleiner klarer Echinokokkusbläschen bestätigt. Das Mikroskop zeigt den Brei nur aus Cholestearinmassen, Fettropfen und Echinokokkusmembrantrümmern bestehend; die gefühlten Knochenstückchen waren Sequester des Schlüsselbeines; die Balgmembran, deren Bau näher beschrieben und abgebildet wird (Spindel- und Riesenzellen), stellt das veränderte Schlüsselbeinperiost dar. Zur Nachbehandlung der ausgeräumten Höhle tat die Benutzung von Sauggläsern gute Dienste; sie brachte noch zahlreiche Blasen zutage und führte rasch zu guter Granulationsbildung. Auch erholte sich Pat. rasch, eine vor der Operation bestehende Eosinophilie des Blutes ging zurück, ebenso Schwäche und Schmerzen im Arm und eine erhebliche, mit der Erkrankung anscheinend im Zusammenhange stehende Sehschwäche. Die Knochenhöhle soll später plombiert werden.

Die Röntgenbilder beider Fälle, auf die es bei der Mitteilung wesentlich ankommt, sind beigegeben (die Deutlichkeit ihrer Reproduktion ist mäßig).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Borchard.** Zur Frage der konservativen Operationsmethoden bei den Sarkomen der langen Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 1.)

Der Artikel bringt die Ausarbeitung eines von B. auf der vorjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrages, über den der Autor in unserem Blatte 1907, p. 1327, selbst ein Referat geliefert hat. Es genüge, auf dieses zu verweisen und zu bemerken, daß die Arbeit die Krankengeschichten der von B. behandelten Fälle sowie zum Schluß ein Literaturverzeichnis von 37 Nummern bringt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

18) **S. N. Lissowskaja.** Allgemeine gonorrhoische Infektionen mit multiplen Knochenherden.

(Russ. Archiv für Chir. 1907. [Russisch.])

Die Verf. berichtet über einen 5jährigen Bauernsohn, der vor 3 Wochen mit Fieber akut erkrankte.

Es fanden sich 1) ein Abszeß am unteren Ende der rechten Fibula, deren Mark nicht vereitert war; 2) eine Fistel am oberen Ende der linken Tibia, deren Mark weithin vereitert war; 3) ein Abszeß auf dem linken Fußrücken, wo der fünfte Metatarsalknochen teilweise entfernt werden mußte; 4) ein Abszeß auf dem linken Handrücken und 5) einer im Bereich des rechten Schulterblattes und des Halses, die oberflächlich nur in den Weichteilen waren. Von Tibia und Fibula stießen sich Sequester ab, der Metatarsalknochen kam vollständig heraus, worauf alles heilte.

Im Eiter fanden sich Gonokokken, die auf Hydrokelenagar gezüchtet werden konnten. Auch im Präputium und in der Harnröhre des Kindes wurden die Kokken gefunden. Über die Infektionsquelle war nichts zu eruieren.

V. E. Mertens (Kiel).

19) **W. Baetzner.** Zur Behandlung der Arthritis gonorrhoica der großen Gelenke mittels Stauungshyperämie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 46.)

Die Mitteilung ist sehr beachtenswert, da sie, aus der Klinik von Bier hervorgegangen, über die in derselben seit 1904 (zunächst noch unter v. Bergmann's Direktion) gesammelten einschlägigen Erfahrungen berichtet und zugleich die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen mittels Stauung in maßgeblicher Weise nach Seite der Technik und ihrer klinischen Wirksamkeit hin bespricht. In der Berichtszeit kamen im ganzen 40 Fälle von gonorrhoischer Entzündung großer Gelenke zur Behandlung. Davon standen 13 Fälle im Frühstadium (3.—6. Krankheitstag). Meist waren es schwere phlegmonöse Formen. Die Behandlung um-

faßte 8 Tage bis 6 Wochen. Alle Gelenke sind mit unbeschränkter Funktion ausgeheilt. Die übrigen 27 Fälle gelangten erst 10 Tage bis 21 Wochen alt in Behandlung. Die Dauer der letzteren erstreckte sich über einen Zeitraum von 6 Tagen bis 3 Monaten. 12 Fälle sind mit voller Funktion ausgeheilt, 9 mit geringer Bewegungsbeschränkung, 6 mit einer größeren Einbuße an Funktion, aber Ankylosen sind nie eingetreten.

Die Behandlung, deren Technik als bekannt vorauszusetzen ist, ist nicht zu früh auszusetzen und nicht eher, als die Entzündungserscheinungen abzuklingen beginnen. Ein Merkmal hierfür ist, daß keine »heiße« Stauung mehr erreichbar ist. Die Wirksamkeit des Verfahrens zeigt sich in erster Linie durch Linderung der Schmerzen, die auch bald zu gutem Schlafe verhilft. Ferner werden durch sie die Gelenke frühzeitig mobilisierbar, zu welchem Zwecke in der Weiterbehandlung die Heißluftbehandlung und Massage mit Erfolg mit heranzuziehen sind. Der ganze Verlauf der Erkrankung wird durch die Stauungsbehandlung milder gemacht und abgekürzt. Die funktionellen Endresultate sind bei ihr wesentlich günstiger als bei der früheren Behandlungsmethode mittels Immobilisation. Die Methode ist einfach, technisch nicht schwierig, billig und sehr wohl ambulant durchführbar.

Die klinischen Details des Berichtmaterials sind aus einer tabellarischen Übersicht und den beigefügten kurzen Krankengeschichten ersichtlich. Zum Schluß steht ein 12 Nummern führendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **E. Lexer.** Über Gelenktransplantation.

(Med. Klinik 1908. p. 817.)

L. bevorzugte beim Beweglichmachen knöchern versteifter Gelenke die freie Verpflanzung von Gelenkknorpel in das künftige Gelenk, derart, daß zwei Gelenkknorpelscheiben, die demselben Kranken aus der Kniescheibenfläche des Oberschenkelknochens oder aus amputierten Gliedern entnommen wurden, je eine Trennungsfläche des verknöcherten Gelenkes bekleideten.

Bei Gelenküberpflanzungen handelte es sich entweder nur um den Ersatz von halben Gelenken oder um den Ersatz beider mit Gelenkknorpel bekleideten Epiphysen oder schließlich um die Verpflanzung von Gelenken mit ihrer Kapsel. Das erstere Verfahren ist vollkommen geglückt bei einem vor 8 Monaten operierten Manne: Sein wegen myelogenen Sarkoms reseziertes oberes Schienbeinende wurde durch ein entsprechendes Tibiastück ersetzt, das samt Knochenhaut und Gelenkknorpel dem gleichzeitig amputierten Bein eines an Altersbrand leidenden Mannes entnommen war. Nach glatter Heilung wurde schließlich eine aktive und passive Beugungsfähigkeit fast bis zum rechten Winkel erzielt. In gleicher Weise wurde bei anderen Kranken die obere Hälfte des Oberarmknochens, die untere Hälfte der Elle, der Grundgliedknochen am vierten Finger mit Erfolg ersetzt.

Nach dem zweiten Verfahren wurde das rechtwinkelig verwachsene Kniegelenk eines Mädchens durch Epiphysenstücke samt Kreuzbändern aus dem gleichzeitig amputierten Beine eines an Altersbrand Leidenden ersetzt. Die Kniescheibe, die nicht mit Weichteilen unterfüttert worden war, heilte fest und wurde nach 3 Monaten entfernt; dabei zeigte sich, daß die Epiphysenscheiben richtig angewachsen und makro- und mikroskopisch normal und nicht abgestorben waren. In weiteren 4 Monaten wurde passive Beweglichkeit bis zu 45° erreicht. — Ganz ähnlich gestaltete sich Kniegelenksoperation und Verlauf bei einem zweiten Mädchen. — Um aber noch größere Beweglichkeit zu erzielen, eröffnete L. bei dem ersten Mädchen das Kniegelenk nochmals und nähte ein Stück der Tunica vaginalis einer gleichzeitig operierten Hydrokele mit der Wundfläche auf die des Lappens. In späteren Fällen wird diese Serosaverpflanzung z. B. auch durch Netzstücke sogleich bei der ersten Operation vorzunehmen sein. Für weitere Mobilisierung kommen auch noch Muskelverpflanzungen in Frage.

Das dritte Verfahren kam zur Anwendung bei der Verwachsung eines kindlichen Kniegelenks, das durch ein mit der ganzen Kapsel und den Knorpelfugen versehenes Kniegelenk eines völlig gelähmten, stark atrophischen und erheblich

verkürzten Beines eines anderen Kindes ersetzt wurde. Des letzteren Knie wurde versteift. Über das Endergebnis der Verpflanzung wird später berichtet werden.

Die Gelenkverpflanzung ist da am Platze, wo schwere Zerstörungen der Gelenkvorrichtung durch Krankheiten, besonders durch Tuberkulose und Eiterung oder durch Verletzungen mit oder ohne Kontrakturstellung zur knöchernen Versteifung geführt haben, oder wo durch Verletzungen wichtiger Gelenke ein Schlottergelenk veranlaßt worden ist, oder schließlich, wo wegen Geschwülsten im Gelenk oder in den Gelenkenden der Knochen größere Resektionen mit Fortfall des halben oder ganzen Gelenkes nötig werden. Lange Behandlungsdauer, reichliches Amputationsmaterial, unter Umständen mehrfache Operationen, sind erforderlich.

Georg Schmidt (Berlin).

21) **Dreesmann.** Über chronische Polyarthritis im Kindesalter.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 5.)

Beschreibung eines 15jährigen Mädchens, das im Alter von 6 Jahren plötzlich Schwellung der Gelenke bekam, die zu Ankylosen in ungünstigen Stellungen führten. Es kam zu knöchernen Ankylosen sämtlicher Gelenke mit Ausnahme der Kiefer-, Finger- und Zehengelenke. Mit diesen Gelenkveränderungen sind starke Knochenverbiegungen an den Extremitäten und an der Wirbelsäule kombiniert. Diese Kombination ist äußerst selten; nur ein Fall ähnlicher Art konnte von D. in der Literatur gefunden werden; doch begann in diesem das Leiden mit Knochenveränderungen, denen die Gelenkerkrankung erst folgte. Ätiologisch muß man an irgend eine Infektion denken. Das Leiden schien still zu stehen; wenigstens war während des Jahres, in welchem D. seine Pat. verfolgen konnte, kein Fortschreiten zu sehen.

Haeckel (Stettin).

22) **Gaudiani.** Dei tumori a mieloplassi delle guaine tendinee.

(Policlinico, sez. chir. 1908. Nr. 6.)

Bei einem 43jährigen Manne wurde seit 12 Jahren eine nußgroße Geschwulst an der Beugeseite des rechten Ringfingers beobachtet, die langsam wuchs und als Myelom der Sehnenscheide betrachtet und exstirpiert wurde. Die histologische Untersuchung ergab dichtes, maschenbildendes Bindegewebe mit zahlreichen kleinen Rund- und Spindelzellen, polynukleäre und Riesenzellen, zahlreiche Hämorrhagien und sklerosierte dickwandige Gefäße. Die Riesenzellen waren durch Konglomeration von Rundzellen entstanden. Verf. kommt auf Grund dieser Befunde zum Schlusse, daß es sich bei diesen sogenannten Myelomen nicht um besonders charakterisierte Geschwülste handelt, sondern um gutartige Riesenzellenfibrosarkome, analog der Epulis.

Strauss (Nürnberg).

23) **Mason.** The treatment of dislocation of the shoulder-joint complicated by fracture of the upper extremity of the humers.

(Annals of surgery 1908. Mai.)

M. beschreibt zunächst einen Fall von doppelseitiger Schulterverrenkung, in dem rechts außer der Verrenkung der Kopf im chirurgischen Halse abgebrochen war. Nach Eröffnung des vorderen Schultergelenkes wurde der abgebrochene Kopf vermittels eines Elevatoriums an seine richtige Stelle gebracht, da auf andere Weise eine Einrenkung nicht gelingen wollte. Das Gelenk wurde 4 Wochen ruhig gestellt und durch diese Art der Behandlung ein sehr gutes funktionelles Resultat erreicht. — Aus der Literatur stellte Verf. 64 Fälle (einschließlich seinem eigenen, von Bruch des Oberarmkopfes und Verrenkung desselben zusammen. In 23 durch Arthrotomie behandelten Fällen wurde 14mal = 70%, in 21 mit Resektion behandelten 9mal = 42% ein gutes Resultat erreicht. Verf. hält die Gelenkeröffnung mit Hereinhebelung des verrenkten und abgebrochenen Kopfes in die Pfanne für die beste Behandlungsmethode. Peinlichste Asepsis ist bei dieser Operation notwendig.

Herhold (Brandenburg).



24) **Buchanan.** Fracture through the anatomical neck of the humerus with dislocation of the head.

(Annals of surgery 1908. Mai.)

Verf. beschreibt kurz 44 Fälle von Brüchen des anatomischen Halses des Oberarmknochens. 29mal war die Ursache angegeben, darunter 22mal Fall auf die Hand. Verf. stellt sich das Zustandekommen dieses Bruches folgendermaßen vor: Durch den Fall auf die Hand findet zunächst eine Verrenkung des Oberarmknochens nach unten statt, so daß der Kopf unterhalb des Proc. coracoid. und der Gelenkpfanne liegt. Wirkt jetzt die Gewalt weiter, so drückt der scharfe Proc. glenoid. auf den Kopf und durchschneidet ihn. Die beste Behandlung dieser Fraktur besteht nach B. in der Exstirpation des abgetrennten Kopfes, da eine Adaption und künstliche Fixierung desselben am Schaft schwierig ist und ungenügende Resultate liefert. **Herhold** (Brandenburg).

25) **L. P. Marjantschik.** Zur Behandlung der Frakturen der oberen und unteren Extremitäten.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Auch M. klagt, daß auf dem Gebiete chirurgischer Hilfeleistung im letzten Kriege auf russischer Seite »nicht einmal den primitivsten Forderungen Genüge geleistet« sei. Er selbst leitete eine Abteilung des Lazaretts der Stadt Kiew auf der Station Mandjuria der Ostchinesischen Bahn.

Er berichtet über 56 Kranke, die ihm wegen Frakturen zugingen. Vier kamen $^1/_2$ Stunde nach der Verwundung, die meisten — 19 — zwischen dem 21. und 40. Tage; die längste Frist waren 141 Tage. Die Gliedmaßen befanden sich natürlich in allen Stadien der Zerstörung bis zur Gangrän, so daß 43 Eingriffe nötig waren. Die eigentliche Frakturbehandlung wurde nach Wolkowitsch gehandhabt (vgl. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. LXIII und dieses Zentralblatt 1902, p. 555 und 892). Es handelt sich dabei um Gips-Kartonschienen und einen Gehapparat für die untere Extremität, die es gestatten, die Fragmente zu fixieren, zugleich aber den Pat. früh aus dem Bett zu bringen, zu bewegen und zu massieren. M. empfiehlt das Verfahren eindringlich, nicht ohne bei der Verurteilung anderer Methoden etwas zu weit zu gehen. **V. E. Mertens** (Kiel).

26) **E. Martini.** Über einen neuen Apparat für die Frakturen des Schenkels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 230.)

27) Derselbe. Über einen neuen Apparat für die Behandlung der Frakturen des Armes.

(Ibid. p. 389.)

Die beiden Arbeiten sind vom Verf. in der medizinischen Akademie zu Turin gehaltene Vorträge, von Dr. Kühl (Turin) übersetzt. Sie behandeln von ihm in der chirurgischen Abteilung des Turiner Stadthospitales (Vorstand: Prof. Dr. M. Anglesio) konstruierte Verbandapparate für Frakturen des Femur bzw. Humerus, die auf Einwirkung von Extension berechnet sind. Die Apparate bestehen aus zwei ringförmigen, mit kurzen Schienchen armierten Bandagenstücken, von denen das eine oberhalb, das andere unterhalb der Bruchstelle an die Extremität mittels eines Gipsringes (»Muffe«) befestigt wird. (Am Arme wird die Schulter und der Ellbogen, am Beine das Fußgelenk mit in die Verbandfixierung hineingenommen). Oberer und unterer Bandagenring werden durch zwei seitlich angebrachte Eisenstäbe, an den Bandagenschienen in Schraubengewinden laufend, miteinander derart in Verbindung gesetzt, daß mittels Benutzung der Schraubengewinde die Eisenstäbe die Bandagenringe und damit die Bruchstücke auseinander drängen. Photogramme von Pat., denen die Apparate angelegt sind, veranschaulichen die Methode, der der Verf. mannigfache Vorzüge nachrühmt (Anlegbarkeit schon in den ersten Tagen nach der Verletzung, Möglichkeit, durch die Schrauben-

wirkung eine allmählich zunehmende Distraktion auszuüben, Zugänglichbleiben der Bruchstelle für Beobachtung, event. Massage, Brauchbarkeit besonders für komplizierte Brüche usw.). Doch werden exakte Berichte über mit diesen Apparaten erzielte Resultate nicht mitgeteilt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **Blecher.** Die Schädigung des Nervus medianus als Komplikation des typischen Radiusbruches.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 34.)

In einer eigenen einschlägigen Beobachtung B.'s, betreffend einen 23jährigen Kaufmann, handelt es sich um eine »primäre« Medianusschädigung nach Radiusbruch, entstanden durch 4—5 m hohen Sturz von einem Wagen auf den vorgestreckten linken Arm. Die Hand war sehr stark dorsalwärts, die schräg abgebrochene Radiusepiphyse stark nach radial und nach der Beugeseite verschoben, auch der Proc. styl. ulnae abgebrochen. Reposition des Knochens, Verband nach Lexer. Bei der ersten Revision in den nächsten Tagen zeigte sich bereits behinderte Beugung des zweiten und dritten Fingers, verminderte Opposition und Adduktion des Daumens, ferner Gefühllosigkeit an der Spitze des Mittel- und Zeigefingers. Behandlung mit Bädern, Massage, Faradisation. Langsame Besserung im Verlaufe von (6, Monaten mit Rückbleib leichter Atrophie des Daumenballens und leichter Gefühlsänderung der Fingerspitzen. — Dem eigenen Fall stellt B. aus der Literatur neun Parallelfälle zur Seite. Das gesammelte Material zeigt, daß nach dem typischen Radiusbruch Medianusstörungen sowohl alsbald dem Bruch folgend »primär« eintreten können, als auch im späteren Verlaufe der Bruchheilung »sekundär«. Im ersteren Falle ist anzunehmen, daß der Nerv gleich bei der Verletzung geschädigt wurde, sei es durch direkten Druck durch ein verlagertes Bruchstück sei es durch Überdehnung. Bei der sekundären Schädigung wird dagegen der Nerv erst durch den raumbeengenden Knochencallus gestört, der ihn drückt oder überdehnt, ähnlich einer über den Steg gespannten Geigensaite. Die zweite Art der Nervenschädigung ist die häufigere. Die Prognose der primären Schädigung ist unsicher, sie ist nicht immer von völliger Regeneration gefolgt. In diesen Fällen ist ein operativer Eingriff zwecks Revision des Nerven usw. angezeigt, sonst nicht. Bei den sekundären Nervenschädigungen durch Callus ist operative Behandlung (Abmeißelung des Callus) häufiger ratsam und gibt erfahrungsgemäß völlig befriedigende Resultate.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **Zehn.** Die späteren Schicksale einiger Frakturen im Bereiche des Ellbogengelenkes.

(Rostock 1907. 58 S.)

Der Arbeit liegen 18 Fälle aus dem Becker'schen Krankenhause in Hildesheim zugrunde, von denen 6 suprakondyläre Frakturen waren, während 12 die Kondylen und Epikondylen betrafen; 10 waren blutig, 8 unblutig behandelt. Auf Grund anatomischer Betrachtungen und der gemachten klinischen Erfahrungen fordert Z. bei den suprakondylären Brüchen den blutigen Eingriff, wenn mehrfache Repositionsversuche nicht zum Ziele führten; es ist dann häufig der Humerusschaft so durch den M. brach. int. durchgespießt, daß dieser sich wie eine Schlinge um das Bruchstück legt und die Einrichtung unmöglich macht. Eine zweite Indikation ergibt sich, wenn nach der Heilung des Bruches die Beugemuskulatur in den Callus eingewachsen ist und dadurch eine ganz erhebliche Funktionsbeschränkung vorliegt. Bei den Brüchen im Bereich der Kondylen und Epikondylen können 1) funktionelle, 2) kosmetische Rücksichten die Operation indizieren. Nicht selten beobachtet man nach anscheinend leichten Brüchen schwerste Funktionsbehinderungen, die, wie uns Röntgenaufnahmen zeigen, von Einklemmungen abgerissener Bruchstücke im Gelenk herrühren; hier kann natürlich nur die operative Reposition der eingeklemmten Knochenstücke in Betracht kommen, ein sehr dankbarer Eingriff. Ist ein Epicondylus abgerissen, ohne eingeklemmt

zu werden, wie es beim E. medialis öfter passiert, so heilt er unter der Einwirkung des Muskelzuges nicht an seiner normalen Stelle an, und die Folge ist eine Valgus- oder Varusstellung des Ellbogens ohne nennenswerte Funktionsbehinderung; hier würde man also nur aus kosmetischen Rücksichten operieren. Z. warnt im übrigen davor, die eingeklemmten Stücke zu exstirpieren, um die Muskelansätze zu schonen. nur die sorgfältige Annähung an normaler Stelle verhindert spätere Deformitäten. — Die Krankengeschichten sind ausführlich wiedergegeben.

Vorderbrügge (Danzig).

30) **O. Förster.** Drei Fälle von isolierten Sehnenverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 720.)

Verf. beschreibt folgende drei für die Statik und Kinetik der Fingerbewegungen interessante Fälle von isolierten Sehnenverletzungen.

1) Eine Durchschneidung der Sehne des langen Zeigefingerstreckers, woraus eine unvollkommene Streckung der Mittelphalanx und eine Hyperextension des Endgliedes resultiert und folgt, daß die Streckung der Mittelphalanx nicht allein von den Interossei besorgt wird.

2) Eine subkutane Zerreißung der Sehne des Extensor pollicis longus: unmöglich war die vollkommene Streckung in ihrer Verbindung mit Adduktion, so daß die intendierte Endstellung etwa der normalen Ruhestellung entsprach. Die operative Vereinigung des distalen Sehnenendes mit der Sehne des Extensor pollicis brevis erzielte die Geradstellung der Endphalanx.

3) Eine perkutane Durchschneidung der Sehne des Extensor pollicis longus, welche die typischen Lähmungserscheinungen wie im ersten Fall zur Folge hatte, wozu als ungewöhnliche Beschränkung hinzukam, daß die Endphalanx von keiner Stellung aus ganz gestreckt werden konnte. Die Sehnennaht führte zur Heilung mit vollkommener Funktion.

Reich (Tübingen).

31) **A. Ohly.** Luxation des Os lunatum. Pathologische Anatomie und blutige Reposition desselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 208.)

O. bringt zwei operierte Fälle von Mondbeinverrenkung aus dem Wiesbadener Diakonissenhause, von denen namentlich der erste anatomisch genau beschrieben ist. Er betrifft einen 23jährigen Mann, der erst 45 Tage nach seiner Verletzung zugegangen war. Die Verletzung war durch Fall auf die Vola manus bei ausgestrecktem Arm entstanden. Die vorhanden gewesene Schwellung war zurückgegangen, zurückgeblieben aber Beugestellung der Finger mit Schmerzen bei Bewegung, Kraftherabsetzung, etwas Ulnarflexion der Hand. In der Tiefe der Handfläche der verrenkte Knochen fühlbar, und zwar, wie Röntgen zeigt, so gelegen, daß seine distale konkave Fläche distal radialwärts blickt. Auch liegt infolge einer Drehung des Knochens um 120° sein dorsales Horn ulnar, sein volares radialwärts. Längsschnitt in die Vola, Beiseiteziehung der Beugesehnen und des N. medianus radialwärts. Man findet einen Längsriß in dem tiefen volaren Bandapparat, entsprechend dem Lig. lunato-triquetrum. Freilegung des Mondbeines auf der ulnaren Seite, Einkerbung der Verbindungen nach dem Dorsum, wonach die Reposition unter Dorsalflexion, Druck auf das Mondbein und nachfolgender Beugung gelingt. Naht, gute Heilung, gutes Endresultat, gute Beweglichkeit, normale Lage des Mondbeines im Röntgenbild. Von besonderem Interesse ist die Drehung, die der Knochen in diesem Falle erfahren hat. O. bringt sie mit der Eigenbewegung welche der Knochen bei Handgelenksbewegungen und Traumen macht, in Zusammenhang. Fall 2 ist einfacher und nur kurz beschrieben. Ein Arbeiter erhält einen starken Stoß gegen die Hand, die stark dorsal flektiert wird. Sofortige Krankenhausaufnahme mit der entstandenen völligen Verrenkung des Mondbeines, das dicht unter der dem Platzen nahen Haut vor den Sehnen liegt. Exzision des Knochens, glatte Heilung, gutes funktionelles Resultat. Zum Schluß gibt O. kurze Notizen über die Therapie der Verletzung (unblutige und blutige Reposition bzw. Exstirpation des Knochens) und die damit erzielten Resultate. Literaturverzeichnis von 16 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **L. W. Ely.** Report of nine cases of fracture of the carpal scaphoid.

(New York med. record 1908. 9. Mai.)

E. berichtet 9 Fälle von Kahnbeinbruch und betont die häufige Verwechslung mit Verstauchungen des Handgelenks. Bei Komplikation mit Verschiebung des Semilunarknorpels ist besondere Sorgfalt in der Behandlung und exakte Korrektion nötig. Diagnostisch sind dann die Schmerzen bei Extension der Finger, besonders des Mittelfingers, wichtig. Die Prognose ist im allgemeinen gut, Behandlung in einfachen Fällen bestand nur in Immobilisierung der Hand.

Loewenhardt (Breslau).

33) **G. Siemon.** Isolierte offene Luxation des vierten rechten Mittelhandgrundgelenkes.

(Med. Klinik 1908. p. 835.)

Durch doppelte stoßende Gewalt wurde der 4. Finger stark überstreckt. Der Knochen des Grundgliedes trat durch die Haut in die Hohlhand. Beugesehnen unverletzt. Nach Reinigung Rücklagerung und glatte Heilung, obwohl die verletzte Hand mit lehmiger Walderde vollkommen bedeckt war.

Georg Schmidt (Berlin).

34) **Nicolas, Durand et Moutot.** Dactylite syphilitique à forme de tumeur des gaînes avec récidive d'apparence sarcomateuse.

(Ann. de dermatol. et de syph. 1908. p. 208.)

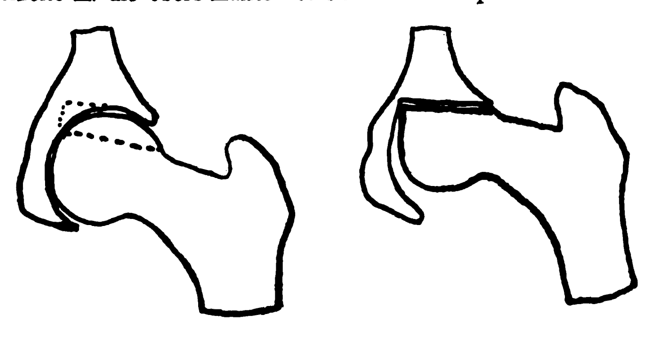
Unter Dactylitis syphilitica verstehen auch die Verff. »alle spezifischen Erkrankungen der Finger mit Ausnahme des Primäraffektes und der sekundären Erscheinungen«. Sie heben die Schwierigkeit der Diagnostik hervor, weil bei dieser Affektion sehr häufig die Syphilis ihre gewöhnliche Physiognomie verliere und andere Krankheiten nachahme. In dieser Hinsicht ist der mitgeteilte Fall besonders lehrreich. Ein 29jähriger Pat., der sich vor 4 Jahren infiziert hatte, kommt mit einer Schwellung der ersten Phalanx des linken Zeigefingers und einem Ulcus auf der Beugeseite zur Behandlung. Tuberkulose wurde ausgeschlossen, weil Röntgendurchleuchtung keine Knochenveränderungen zeigte. Chirurgischer Eingriff zeigt, daß der Prozeß bis auf die Sehnenscheiden der Beuger reicht. Exzision Mikroskopische Untersuchung: Myelom der Sehnenscheiden. Die Wunde heilt nicht, dafür entwickelt sich eine Geschwulst, die die ganze Phalanx einnimmt, und aus dem alten Geschwür ein viel größeres, 5 cm im Durchmesser. Diagnose: Sarkom. Vor der Radikaloperation Versuch mit Hg. und Jod, rasche Heilung.

Klingmüller (Kiel).

35) **Albee.** Arthritis deformans of the hip.

(Journ. amer. med. assoc. Bd. L. Nr. 24.)

Um eine sichere und feste Anklose im Hüftgelenk mit Abduktion zu erzielen, meißelte A. die obere Hälfte des Oberschenkelkopfes in einer Linie parallel



zum Verlauf des Schenkelhalses mit breitem Meißel ab und eine entsprechende Nische aus der Pfanne, so daß bei Abduktion des Beines die beiden Flächen sich

glatt aufeinander legten und leicht knöchern verbanden. Der Mann wurde arbeitsfähig. — A. empfiehlt die Operation bei solchen Kranken, bei welchen die knöcherne Ankylose von selbst und in verkehrter Stellung des Gelenkes einzutreten droht.

Trapp (Bückeburg).

36) **E. G. Abbot.** A report of thirty-one cases of congenital Dislocation of the hip joint reduced by manipulation.

(New York med. record 1908. März 23.)

A. gibt kurze Krankengeschichte von 31 Fällen nach Lorenz behandelter angeborener Hüftverrenkung. 29 Fälle waren einseitig, zwei doppelseitig. Das Alter variierte von 2—3 Jahren. Der Gipsverband wurde prinzipiell bis unter das Knie verlängert. In drei Fällen ging der Reduktion Gewichtsextension voraus. Prognostische Schlüsse aus den Röntgenaufnahmen haben sich dem Verf. oft als trügerisch erwiesen. Resultate: 22 vollständige Wiederherstellungen, zwei Mißerfolge, neunmal »anterior position« (die doppelseitigen Fälle doppelt gerechnet). Die gewiß berechtigte Aufforderung, möglichst frühzeitig zu operieren, sowie die Mitteilung, daß die zuletzt behandelten Fälle wegen größerer Erfahrung des Verf.s bessere Resultate aufweisen, schließt die Abhandlung. **Loewenhardt** (Breslau).

37) **E. Franck.** Zur Beurteilung der Oberschenkelhalsbrüche.

(Med. Klinik 1907. p. 996.)

Zwei Fälle von Oberschenkelhalsbruch. Der verhältnismäßig unbedeutende Unfall hatte zunächst keine gröberen Gebrauchsstörungen zur Folge. Erst nach und nach entwickelte sich ein klinisches Krankheitsbild, das nach mancherlei ärztlichen Irrungen (Annahme von Neurasthenie, Rheumatismus usw.) durch die Röntgenaufnahme richtig gedeutet wurde. Letztere ist deshalb bei allen, auch den unbedeutendsten Verletzungen, welche den Beckengürtel betreffen, frühzeitig vorzunehmen. **Georg Schmidt** (Berlin).

38) **Fortunet-Regnault.** Balle de fusil à aiguille ayant séjourné 38 ans dans le fémur.

(Lyon méd. 1908. Nr. 26.)

Ein französischer Soldat erhielt am 18. August 1870 einen Schuß mit dem Zündnadelgewehr in den linken Oberschenkel; ein Versuch, das Geschoß zu entfernen war vergeblich. Das dauernde Bestehen eitrig sezernierender Fisteln führte schließlich eine derartige Verschlechterung des Allgemeinbefindens (Zeichen von Amyloid!) herbei, daß noch nach 38 Jahren die Amputation am Oberschenkel ausgeführt werden mußte. Das kaum deformierte Geschoß fand sich im Condylus int. femoris. **Boerner** (Rastatt).

39) **Wieting.** Die angiosklerotische Gangrän und ihre operative Behandlung durch arteriovenöse Intubation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 28.)

W. publiziert den ersten erfolgreich operierten Fall. Es handelt sich um einen 40jährigen Mann, bei dem vor Jahren schon ein Bein wegen Gangrän amputiert war, und bei dem Gangrän am anderen Beine drohte. Durch Intubation der Art. femoralis unterhalb des Abganges der Art. profunda in die Vene schwanden alle drohenden Erscheinungen. W. hält trotz aller Gefahren und Bedenken unter bestimmten Vorbedingungen die Operation für berechtigt. Bei dem großen Interesse, das der Fall beanspruchen kann, bei den vielen technischen Einzelnheiten mag dieser kurze Hinweis auf die leicht zugängliche Originalarbeit genügen.

Borchard (Posen).

40) **D. N. Nabarro.** A note of three cases of suppurating bursa patellae due to the pneumococcus.

(Lancet 1908. August 1.)

Verf. beschreibt kurz drei Fälle von reiner Pneumokokkeneiterung der Bursa praepatellaris. Die Infektion geschah teils auf direktem Wege durch eine Nadelverletzung, teils hämatogen.

Eiterungen dieses Kokkus an dieser Stelle sind nach Verf. bislang sehr selten beobachtet bzw. beschrieben. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

41) L. Thomas. Fracture of the patella treated by mobilizing the lower fragment.

(Brit. med. journ. 1908. Mai 16.)

Knöcherne Heilung eines fast 1 Jahr alten Kniescheibenbruches mit 4 cm-Diastase mit gutem funktionellen Ergebnis durch Abmeißelung des Tuberositas tibiae. Nur so gelang es, die Diastase zu überwinden und die Bruchstücke zu vernähen. Die fibrösen Anheftungen des Lig. patellae an der medialen Seite müssen dabei sorgfältig geschont werden. **Weber** (Dresden).

42) J. Mensik. Über einen Fall von angeborenem Genu valgum.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 609.)

Ein bei einem 19jährigen Mann an der Wölfler'schen Klinik beobachtetes Genu valgum mit einem Außenwinkel von 142° war laut Anamnese und durch Ausschluß der gewöhnlichen ätiologischen Ursachen, insbesondere der Rachitis, als angeboren zu betrachten, und beansprucht, wie drei sonst noch publizierte Fälle, diese Ätiologie die Küstner'sche Erklärung, daß als Ursache eine langdauernde intra-uterine Belastung der befallenen Extremität im Sinne der Überstreckung im Kniegelenk anzunehmen sei.

Keilosteotomie mit Knochennaht ergab ein funktionell wie kosmetisch gutes Resultat. **Reich** (Tübingen).

43) C. Bayer. Zur Berechtigung konservierender Operationsversuche bei unheilbaren Unterschenkelgeschwüren.

(Arch. intern. de chir. 1908. Nr. 1.)

In einem Falle von Unterschenkelgeschwür, das sich wegen seiner Größe weder für die plastische Deckung noch für die von Rydygier eingeführte sogenannte osteodermatoplastische Fußamputation, die quere Knochenresektion oder die Verschmächtigung der Tibia durch Ausmeißelung (B.) eignete, operierte B., statt die Amputation des Beines auszuführen, mit Erfolg nach einem Verfahren, das als eine glückliche Modifikation der osteo-dermatoplastischen Methode Rydygier's bezeichnet werden muß. Zur Deckung des vorwiegend seitlich hoch ausgreifenden Unterschenkelgeschwürs schien der bei der Amputation des Fußes nach Pirogoff resultierende Plantarlappen allein nicht ausreichend. Es wurde deshalb aus dem Fußrücken ein großer, bis zu den Zehen reichender, alle Weichteile umfassender Lappen präpariert, am Malleolus internus gestielt und lateral derart gedreht, daß er sowohl vorn wie seitlich über das Geschwür gebreitet werden konnte. Für den im Bereich des Sprunggelenkes vorn dadurch entstandenen Hautdefekt erwies sich der eigentliche Plantarlappen Rydygier's vollkommen ausreichend. Der Verlauf war, abgesehen von einer Randnekrose beider Lappen, nach wochenlanger Behandlung im ganzen glücklich. Die gleichzeitig bestehende Kniegelenkskontraktur wurde durch Hautinzisionen, langsame Dehnung, Transplantation und schließlich durch eine im Kniestück artikulierte, mit einer Kniekappe versehene Doppelschiene behandelt, die mit einem artikulierenden Pirogoff-Schuh verbunden ist. Pat. kann damit vorzüglich gehen. **Revenstorf** (Hamburg).

44) Reismann. Talusluxation oder Luxatio pedis sub talo?

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 218.)

45) Kirchner. Talusluxation oder Luxatio pedis sub talo? Entgegnung auf eben genannten Aufsatz.

(ibid. p. 501.)

Das seinerzeit von K. genau beschriebene Fußverrenkungspräparat aus Göttingen (cf. unser Blatt, laufender Jahrgang p. 286) hat nun auch R. eingehend untersucht; er interpretiert es seinerseits als Luxatio sub talo, nicht als Luxatio

tali, wie es K. getan hatte. K. erwidert in seinem Artikel und hält seine Auffassung R.'s Kritik gegenüber aufrecht. Dadurch, daß R. seiner Beschreibung zwei Abbildungen des Präparates beigibt, gewinnt dieselbe an Interesse und Anschaulichkeit. Bezüglich der Details muß Ref., dem übrigens R.'s Auffassung als die richtigere erscheint, auf die Originalien verweisen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) A. A. Bowlby. An address on nine hundred cases of tuberculous disease of the hip.

(Brit. med. journ. 1908. Juni 20.)

Das Alexandra-Hospital in London wurde 1867 gegründet, mit dem Zweck koxitiskranke Kinder unter 12 Jahren ohne Operation, nur durch gute Pflege, günstige Lebensbedingungen, Ruhe, Extension zu behandeln, und zwar ohne Rücksicht auf die Dauer der Behandlung. In den 21 Jahren seiner Leitung beoachtete B. 900 solcher Koxitiskinder mit einer Sterblichkeit von weniger als 4%, während von 1867 bis 1879 384 Fälle mit 26% Sterblichkeit behandelt wurden. Seine große Erfahrung hat ihn gelehrt, daß kein Fall von kindlicher Koxitis unheilbar ist. Eine Resektion der kranken Hüfte hat er in keinem einzigen Falle ausgeführt, sondern ist mit Ruhe, Extension und allgemeinen Maßnahmen, wie insbesondere Freiluftbehandlung, zum Ziel gekommen. Gehschienen verwirft Verf. Auffallend ist, daß unter allen Fällen nur etwa zehn mit Drüsentuberkulose behaftet gewesen sind. Die überaus günstigen Heilungsergebnisse, die B. auf 96% berechnet, führt er auf zwei Umstände zurück: aseptische Behandlung der Abszesse und Vorrang der allgemeinen Behandluug eines Kindes vor der des Krankheitsherdes. Einspritzungen von Jodoform hat er als nutzlos aufgegeben. Die Hauptstelle in der Allgemeinbehandlung nimmt die Freiluftkur ein, die in schweren Fällen Tag und Nacht durchgeführt wird mit hervorragendem Erfolg.

Die Prognose steht im geraden Verhältnis zum Lebensalter, in dem das Leiden begonnen hatte; unter den 33 Todesfällen waren 24 Kinder, bei denen die Koxtis vor dem 6. Lebensjahr eingesetzt hatte. Ankylosen in Flexionsstellungen sind mit Osteotomie sehr günstig zu beeinflussen, nur darf die Operation nicht zu früh vorgenommen werden.

Von den gemeinhin üblichen Anzeigen von Gelenkresektion bei der Tuberkulose (Nekrose, Sequestration, ausgedehnte Karies, Beckenabszeß, dauernde Eiterung, pathologische Luxation) erkennt Verf. keine einzige an. Exzision des Oberschenkelkopfes ist in der Behandlung der Koxitistuberkulose vollkommen unnötig, vorausgesetzt, daß der Kranke unter günstige Bedingungen gebracht werden kann.

Weber (Dresden).

47) Ohse. Über Dauererfolge bei Behandlung der Fußwurzeltuberkulose durch Resektion mit vorderem und hinterem Querschnitt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVII. p. 275.)

Zur Resektion wegen Fußwurzeltuberkulose wird in der Straßburger Klinik entweder ein vorderer Querschnitt mit Bildung eines dorsalen Hautsehnenlappens oder ein hinterer Querschnitt von einem Knöchel zum anderen geführt und auf die Wiedervereinigung der Sehnen prinzipiell verzichtet. Derartig sind von 1894 bis 1906 115 Fälle operiert worden. In 47% der Fälle handelte es sich um primär ossale, in 49% um synoviale Tuberkulose, bei 4% ließ sich diese Feststellung nicht treffen. Bei einfachen Knochenherden stand der Calcaneus an erster Stelle, bei multiplen war meist der Talus mitbeteiligt.

In 30% der Fälle wurde nach ausgedehnten atypischen Resektionen die sekundäre Amputation notwendig, und zwar mit steigendem Alter der Pat. in zunehmender Häufigkeit, z. B. bei einem Alter von 41—50 Jahren in 67% der Fälle, sowie bei synovialer Form häufiger als bei ursprünglich ossaler.

Durch die Operation und während der Wundheilung kam kein Todesfall vor, im ganzen dagegen waren bei der Nachuntersuchung 19% der Resezierten gestorben, meist an Tuberkulose anderer Organe.

Im ganzen konnten 48 nicht mehr in Behandlung stehende Resezierte nachuntersucht werden mit einer Beobachtungsdauer von 1—12 Jahren. Bei 42 von diesen war der Prozeß völlig ausgeheilt, bei 5 bestanden noch unwesentliche Residuen, 1 Pat. hatte ein schweres Rezidiv. Knochenankylose der Resektionsstelle war 15mal (3mal in leichter Spitzfußstellung), bindegewebige Vereinigung 19mal und ein Schlottergelenk 4mal zu verzeichnen. Von letzteren abgesehen, ist die Art der Vereinigung in bezug auf die Gehfähigkeit ziemlich gleichgültig; diese war bei unbeschuhtem Fuße 16mal sehr gut, 21mal gut, 3mal mäßig und 8mal schlecht. Die Leistungsfähigkeit war von der Ausdehnung der Resektion nicht wesentlich abhängig, wohl aber vom Alter, insofern in höherem Alter auch bei völliger Ausheilung die Funktion doch schlecht wird.

Die Indikationsstellung, nach der operiert wurde, ging dahin, die primäre Amputation nur bei schlechtem Allgemeinzustand und zu großer Ausdehnung des Prozesses auszuführen. In den ersten 5 Lebensjahren wurde prinzipiell konservativ behandelt und in der zweiten Hälfte des ersten Dezenniums nur ausnahmsweise reseziert, wenn einfache Eingriffe ohne Erfolg geblieben waren. Im mittleren und höheren Alter wurde auf konservative Behandlungsversuche meist vorweg verzichtet. Anderweitige tuberkulöse Erkrankungen gelten nicht ohne weiteres als Gegenindikation für die Resektion, maßgebend war nur der Allgemeinzustand; auch wurde eine obere Altersgrenze nicht respektiert. Allein aus den Nachuntersuchungen ergab sich doch die Lehre, bei alten Leuten nicht mehr zu resezieren.

Reich (Tübingen).

48) **E. Kirsch** (Magdeburg). Peroneusersatz durch Seidenplastik.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

Die 14jährige Pat. hatte sich 10 Jahre vorher eine Durchschneidung der linksseitigen Peroneussehnen zugezogen, die nicht vereinigt worden waren. Gegen die entstandene Varusstellung des Fußes hatte später die Sehnennaht nicht zum Erfolg geführt. K. beseitigte zuerst die Kontraktur durch Tenotomie des Tibialis posticus und der Achillessehne und stellte in einer zweiten Operation die Funktion der Peronei wieder her. Da nirgends mehr eine Spur einer zusammenhängenden Sehne zu finden war, entschloß K. sich zur Vornahme der Heteroplastik mit Seide nach Lange's Methode, indem er eine 25 cm lange Fadenschlinge durch die Gewebe vom Gastrocnemius bis zum Cuboideum hindurchzog und knotete. Vollständige Heilung mit guter Funktion unter Apparatbehandlung, Gymnastik, Faradisation usw.

Kramer (Glogau).

49) **Finsterer.** Ein Fall von isolierter Fraktur des Os naviculare pedis.

(Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark 1908. Nr. 4.)

Dem in hockender Stellung arbeitenden Bergmanne fiel ein schwerer Stein auf die Außenseite des linken Fußes. Er ging nach Hause, machte Umschläge blieb aber auf. Nach 8 Wochen Wiederaufnahme der Arbeit, die wegen bald eintretender Schmerzen wieder aufgegeben werden mußte. Nach 5 Monaten klinische Behandlung. Als charakteristische Symptome fanden sich Vorspringen der Tuberositas navicularis, Verkürzung des inneren Fußrandes um 1 cm und eine erhöhte Schmerzhaftigkeit bei Kompression im Sinne der Längsachse des Fußes. Außerdem war das Fußgewölbe eingesunken. Eine Plattfußeinlage machte den Verletzten wieder voll arbeitsfähig. Für die Behandlung in frischen Fällen empfiehlt F. einen Extensionsverband am Vorfuß nach manueller Reposition.

Vorderbrügge (Danzig).

II. Internationaler Kongreß für Chirurgie

in Brüssel vom 21. bis 25. September 1908.

Tagesordnung:

I. Natur des Krebses. Referent Roswell Park (Buffalo).

2) Pathogenese und Behandlung des Epithelialkrebses. Referent Delbet (Paris).

3) Behandlung des Lippenkrebses. Referent v. Bonsdorff (Helsingfors).

4) Behandlung des Krebses der Mundhöhle (Zunge usw.). Referent Collins Warren (Boston).

5) Behandlung des Krebses der Nasenhöhle, des Rachens und Kehlkopfes. Referent Gluck (Berlin).

6) Behandlung des Krebses der Speiseröhre, der Leber, Gallenwege und des Bauchfells. Referent Czerny (Heidelberg).

7) Chirurgie der Leber:

a. Steine. Referent Kehr (Halberstadt).

b. Entzündungen:

1. Cirrhose. Referent Koch (Groningen).

2. Cholangitis. Referenten Quénu (Paris), Duval (Paris).

3. Abszeß. Referenten Legrand (Alexandrien), Voronoff (Kairo).

4. Geschwülste. Referent Payr (Greifswald).

8) Behandlung des Magen- und Pankreaskrebses. Referent Czerny (Heidelberg).

9) Behandlung des Krebses des Dünndarmes, Dickdarmes, Mastdarmes und Afters. Referent Voelcker (Heidelberg).

10) Behandlung des Brustkrebses. Referent Halsted (Baltimore).

II. Anästhesie:

a. Allgemeine. Referent Vallas (Lyon).

b. Medullare. Referent Rehn (Frankfurt).

c. Lokale. Referent MacArthur (Chicago).

12) Hernien:

1. bei Erwachsenen:

Leistenhernien. Referent Alessandri (Rom).

Schenkelhernien. Referent Hildebrand (Berlin).

Nabelhernien. Referent Fraenkel (Wien).

2. bei Kindern. Referent Lorthioir (Brüssel).

3. Operatives Verfahren und Endresultate. Referent Kallionitzis (Athen).

4. Ätiologie der Hernien. Referent Forgue (Montpellier).

Behandlung des Hautkrebses. Referent Morestin (Paris).

Krebs der Nebennieren. Referent Tavel (Bern).

13) Chirurgie der Wirbelsäule:

a. Verletzungen. Referent de Quervain (Chaux-de-Fonds).

b. Tumoren. Referenten Bérard (Lyon), Krause (Berlin).

14) Behandlung des Krebses der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane. Referent Leguen (Paris).

Röntgen- und Radiumbehandlung des Krebses. Referent Sequeira (London).

15) Behandlung des inoperablen Krebses. Referent Morris (London).

Projektionsabend. Referent Krause (Berlin).

16) Behandlung des Krebses der weiblichen Geschlechtsorgane. Ref. Faure (Paris).

17) Endresultate der operativen Behandlung des Krebses. Referent Dollinger (Budapest).

Delegierter für Deutschland und bereit auf die den Kongreß bezüglichen Fragen Auskunft zu erteilen ist Prof. Sonnenburg in Berlin W., Hitzigstr. 3.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 39. Sonnabend, den 26. September 1908.

Inhalt.

1) **J. Schnitzler.** Zur Klinik der Karzinome.

(Med. Klinik 1908. p. 973.)

S. weist auf gewisse häufig vorkommende Abweichungen von dem angeblich typischen Bilde des Karzinoms hin. So ist für dessen Diagnose durchaus nicht das Vorhandensein von Krebskachexie erforderlich. Praktisch wichtig sind ferner die entfernten Karzinomsymptome. Das Auftreten sehr hoher Lymphdrüsen der seitlichen Halsgegend bei älteren Leuten weist in erster Linie auf Epitheliome im Rachen hin. Beim Magenkrebs sind Lymphdrüsenknoten über dem Schlüsselbeine zumeist der linken Seite nicht eben häufig, Achseldrüsenschwellungen sehr selten, aber immerhin zu beachten, die Metastasierung im Douglas'schen Raume nicht genügend bekannt. Auch in Eingeweide-, insbesondere Netzbrüchen kommen Krebsmetastasen vor. Cystische Umwandlungen der Eiterungen in den Metastasen, entzündliche Vorgänge

in der Umgebung des Krebsherdes (Perisigmoiditis beim Karzinom der Flexur, pseudokarzinomatöse Infiltration des Mastdarmes usw.). — Die Annahme, daß jedes Karzinom unaufhaltsam wachse, besteht nicht mehr zu Recht. Die Krebserkrankung verläuft an ein und demselben Körperteile ganz außerordentlich verschieden. Auch für die früheste Operation läßt sich ein Dauer- und Allgemeinerfolg nicht vorhersagen, da die Krankheitskeime bereits generalisiert sein können. Welche Ursachen sie zur Entwicklung bringen, ist unbekannt. Aufregungen jeder Art können das Entstehen eines Krebses und ganz besonders das Hervortreten bis dahin schlummernder Metastasen begünstigen. Die parasitäre Karzinomtheorie ist erledigt.

Georg Schmidt (Berlin).

---

2) **H. G. Wells.** Die alljährliche Starrkrampfepidemie in den Vereinigten Staaten.

(Med. Klinik 1908. p. 879.)

Am nordamerikanischen Unabhängigkeitsfeste (4. Juli), an welchem viel Feuerwerk abgebrannt und aus Revolvern und wohlfeilen Pistolen Millionen von Platzpatronen verschossen werden, kamen im Jahre 1903 unter 4500 Unfällen 415 meist tödliche Starrkrampferkrankungen vor. Vor den üblen Folgen dieses Schießunfuges wurde seitdem öffentlich gewarnt; die Zahl der Unfälle stieg indessen weiter an; immerhin nahmen die Starrkrampferkrankungen ab.

750 Platzpatronen jeder Art, wie sie auf dem Markte erhältlich sind, wurden während verschiedener Jahre von W. und anderen auf das Vorhandensein von Tetanusbazillen in den Papierpfröpfen mit dem Züchtungs- und Impfverfahren untersucht, immer ergebnislos. Sehr oft wurden nicht krankmachende Bazillen gefunden, die in Form und Wachstum denen des Starrkrampfes glichen. Näheres ist über die Art dieser Untersuchungen nicht gesagt.

W. führt die Tetanusinfektion auf die Verunreinigung des verwundeten Körperteiles, insbesondere der Hand, mit Straßenkot zurück und empfiehlt gründliche Desinfektion in Allgemeinbetäubung sowie Antitoxinprophylaxe. Letztere hat die Zahl der Starrkrampferkrankungen nach Platzpatronenschußverletzungen von Jahr zu Jahr eingeschränkt und ist auch bei offenen Knochenbrüchen, Nagelverletzungen u. dgl. angebracht. Heilend wirkt das Serum kaum, höchstens in Form der subduralen Einspritzung.

Die einschlägige nordamerikanische Literatur ist angeführt. — Daß in Deutschland das häufige Vorkommen von Tetanusbazillen in der Fließpappe, die für Militärplatzpatronen (Schjerning) oder für Schrotpatronen (Ref.) verwandt wird, erwiesen worden ist, wird von W. nicht erwähnt.

Georg Schmidt (Berlin).



3) **J. Malis.** Die Kutandiagnose der Tuberkulose bei chirurgischen Leiden.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 252.)

M. hat in der Wilms'schen Klinik zu Basel die kutane Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet bei chirurgischen Kranken einer eingehenden Prüfung unterzogen. Die Technik des Verfahrens besteht darin, daß 2 Tropfen des 25 %igen Alttuberkulin auf die Haut ähnlich wie bei der Vaccination verimpft werden, wobei zur Kontrolle noch eine Skarifikation ohne Tuberkulinapplikation hinzugefügt wird. Die Operation wird in der Morgenstunde vorgenommen, damit in den folgenden Stunden die Erscheinungen der Reaktion beobachtet werden können. Bei zweifellos tuberkulösen Kranken beschreibt M. vier verschiedene Reaktionsformen: 1) eine rasch eintretende und sehr lebhafte Reaktion. Sie beginnt schon nach 6 Stunden, erreicht ihren Höhepunkt nach 48 Stunden, diese Akme hält sich auf gleicher Höhe, um am 5. oder 6. Tage wieder abzufallen. Man beobachtet erst eine Quaddel mit rotem Saum, dann eine Papel mit bohnengroßer zentraler Abhebung, an deren Basis graugelbe, miliar-vesikulöse Erhebungen zerstreut sind. Zum Schluß Abblassung, Eintrocknung, Abschuppung. Diese Form wurde 24mal beobachtet und betraf die kräftigsten Individuen, die meist an einer lokalen Erkrankung litten. Von den geimpften Kindern zeigte die Hälfte diese Reaktion. 2) Eine ebenso rasch eintretende, mittelstarke und länger andauernde Reaktion. Beginn nach ca. 6 Stunden, Höhepunkt nach 48 Stunden, Akme 2 bis 3 Tage lang, sehr langsamer und allmählicher Abfall. Lokalerscheinungen ähnlich, doch schwächer wie bei Form 1. Diese Reaktion zeigten 22 Tuberkulöse, 31 % aller Tuberkulösen. Es handelte sich um weniger widerstandsfähige Individuen als bei Gruppe 1. 3) Eine rasch eintretende, schwach ausgeprägte und schnell ablaufende Reaktion. Sie tritt nach 6 Stunden ein, erreicht den Höhepunkt nach 24 Stunden und verschwindet im Laufe der nächsten 1—2 Tage. Bildung einer blassen Quaddel mit schwachrotem Entzündungshof. Diese Reaktion entspricht etwa der bei Lungentuberkulösen beschriebenen »Schnellreaktion«. Sie wurde bei 11 Pat. notiert, welche sämtlich schwächlich und heruntergekommen, mangelhaft widerstandsfähig erschienen. Mehr als die Hälfte (6) hatten Lungenaffektionen. 4) Eine sehr langsam eintretende, ebenso langsam ablaufende und schwach ausgeprägte Reaktion. Blasse Quaddelbildung nach ca. 24 Stunden, Höhepunkt nach 48 Stunden, der 3—4 Tage anhält, um allmählich zu verschwinden. Die Reaktion ist bereits als »Spätreaktion« bei Phthisikern beschrieben. In seinem Material beobachtete sie M. 13mal (18,3 % aller untersuchten Tuberkulösen). Ein Tuberkulöser zeigte gar keine Reaktion. Von Suspekten zeigten 10 (50 %) gar keine Reaktion, die übrigen 10 eine solche in verschiedener Intensität. Von 15 klinisch Gesunden zeigten 6 keine Reaktion, die anderen aber die »Spätreaktion«. Nach diesen Resultaten ergibt

sich, daß der klinische Wert der Methode noch nicht gesichert ist. Art und Entstehungsweise der Spätreaktion bei klinisch Gesunden ist noch nicht völlig aufgeklärt. Es scheint aber, daß die Stärke der Reaktion mit dem Fortschreiten der Tuberkulose immer mehr abnimmt, bis sie, wie das bei den schwersten Tuberkulösen der Fall ist, endlich ganz erlischt. Auch reagieren, wie sich gezeigt hat, die chirurgisch Tuberkulösen im allgemeinen viel heftiger als die Lungentuberkulösen. Sie zeigen regelmäßig eine Reaktion, die bei Phthisikern selten und ungewöhnlich stark ist. Die Prognose erscheint daher bei ihnen günstiger, was ja auch der Fall ist. Zu bemerken ist noch, daß an Stellen, wo Heißluft appliziert wird, und an Stellen unterhalb einer angelegten Bier'schen Stauungsbinde die Reaktion an Eintrittsschnelligkeit und Intensität verstärkt wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

4) **A. J. Walton.** A consideration of the state of the autonomic nervous system in acute surgical conditions.

(Lancet 1908. Juli 11.)

Verf. beleuchtet hauptsächlich zwei Zustände des Nervensystems in akuten chirurgischen Krankheiten: die Veränderungen der vasomotorischen Zentren mit nachfolgender Gefäßalteration, und die Veränderungen des örtlichen Nervensystems der Baucheingeweide nach Laparotomien. Die Anästhesie betreffend, ist an Kurven praktisch dargetan, daß bei Äther der Blutdruck in guter Höhe gehalten wird, während er bei Chloroform ständig sinkt; die spinale Analgesie hat an sich nicht die geringste Wirkung auf den Blutdruck. Einen erheblichen Einfluß auf die Entstehung des Choks übt der Blutverlust aus; der Umstand, daß bei Schädelverletzungen bzw. -operationen sich stets ein höherer Grad von Chok zeigt, als bei entsprechend großen Eingriffen an anderen Körperstellen, ist mit den meist hier viel erheblicheren Blutverlusten zu erklären.

Die Behandlung der Zustände ist eine präventive und eine kurative. Verf. warnt insbesondere — und nach Ref.s Ansicht mit vollstem Rechte — vor zweierlei: 1) vor dem starken Abführen vor Darmoperationen und 2) vor dem langen Fasten vor den Operationen. Er gibt 8 Stunden vor der Operation ein größtmögliches Frühstück, 5 und 3 Stunden vor der Operation je eine Tasse Beaf-Tea. Während der Operation ist die Körperwärme auf möglichster Norm zu halten, nicht zu niedrig, aber vor allem auch nicht so hoch, daß Schweißausbruch eintritt; gegen plötzliches Sinken des Blutdruckes ist der Crile'sche Gummianzug zu empfehlen. Bei der Behandlung des Choks mit Droguen warnt Verf., wie an Tabellen dargetan, vor der Anwendung von Strychnin, Äther, Alkohol, Digitalis, Strophantus (wie ist es mit Kampfer? Ref.), die nach anfänglicher Stimulation nur zur Paralyse der Nervenzentren führen. Anders ist es mit Ergotin und Morphium; sie mindern fraglos den Grad des Choks, jedoch vermögen sie nicht in dem Grade zu nützen wie die Nebennierenpräparate. Sie hält

Verf. für das Beste zur Kräftigung der autonomischen Nervenzentren. Er verwendet am liebsten das Adrenalin mit physiologischer NaCl-Lösung 1:160000, und zwar läßt er diese Lösung in der Menge von 1 Pint (ca. 550—600 g) pro Stunde kontinuierlich in den Mastdarm einlaufen; graphische Blutdruckkurven illustrieren die enorme Wirksamkeit dieser Maßnahme.

Während der Operation und auch nachher sollte der Blutdruck häufig kontrolliert werden, damit sein Niedergang nicht erst plötzlich im Momente der Gefahr gemerkt wird. In die größeren Nervenstämme ist vor der Durchschneidung eine kleine Menge 2—4%iger Kokainlösung zu injizieren.

Bei Störungen im abdominellen Nervensystem empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: In Fällen akuter Paralyse infolge irgendeiner Toxinwirkung innerhalb des Bauchfells sollte der Darm während der diesbezüglichen Operation ausgiebig drainiert werden. Bei allen anderen Veränderungen ist keine Operation am Platze, und da dann der Zustand auf einer Erschöpfung des Nervenzentrums beruht, so ist jeder Versuch der Stimulation nur bedenklich. Unmittelbar nach der Operation sollte $^1/_{100}$ g (= ca. $^1/_2$ mg) Eserinsalicylat injiziert werden, was alle 4 Stunden bis sechsmal wiederholt wird. Falls kein Stuhl eintritt, ist am nächsten Tage ein Terpentinklysma zu verabfolgen. Da beim Menschen Erschöpfung stets zuerst im Nervensystem auftritt, so sollte die Behandlung der Symptome sich stets zuerst darauf erstrecken, die örtlichen Organe zu stimulieren, so daß sie allein zu funktionieren vermögen bis zu der Zeit, wo die Zentren wieder imstande sind, die Kontrolle der Funktion zu übernehmen.

Ebbinghaus (Dortmund).

---

5) **J. Sternberg.** Das Gebiet der ambulatorischen Operationen.

(Med. Klinik 1908. p. 895.)

Verf. erwägt die Zulässigkeit einer ambulatorisch auszuführenden Operation (nach den Gesichtspunkten der Transportfähigkeit des Kranken und der Art des Transportes, der Nachbehandlung, Pflege, Ruhe, Schonung) und die einzelnen Stufen einer ambulatorischen Operation (vorherige Stuhlregelung, allgemeine Körperreinigung, Reinigung des Operationsfeldes, Betäubungsverfahren, Blutstillung, ruhigstellender und schützender Verband, Beseitigung des Nachschmerzes). Zu letzterem Zwecke wird häufig Orthoform und Anästhesin in die Wundhöhle und auf die Nahtlinie gestreut, später Morphium gegeben.

Ambulatorisch sind die meisten Operationen an den leicht fortzuschaffenden Kindern auszuführen, ferner zahlreiche Ohren-, Nasen-, Kehlkopf-, Augenoperationen, endlich viele chirurgische Eingriffe an Leuten, die daheim ein wenig Pflege und Ruhe haben. Zwei Schranken grenzen das Gebiet ein: Die chirurgische Technik und die sozialen Verhältnisse.

Georg Schmidt (Berlin).

---

6) **Landouzy.** Valeur sémiologique des leucoplasies des joues et de commissures, dites »Plaques des tumeurs«.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 25.)

Diese weißen, perlmutter- oder zwiebelschalenartig glänzenden Streifen, die sich, vom Mundwinkel angefangen, in der Höhe und Richtung des Zahnreihenschlusses von der Wangenschleimhaut nach rückwärts ziehen und mit dem Rauchen ätiologisch in Zusammenhang gebracht werden, sind ausnahmslos untrügerische Zeichen für Syphilis. Sie finden sich auch bei Nichtrauchern. Das Rauchen spielt dabei nur eine fördernde Rolle. — Mehrere Krankengeschichten und Abbildungen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

7) **Solieri.** Transversaler Schnitt des Rückenmarkes, bedingt durch eine Schnittwaffe, in der Höhe des 3. Rückenwirbels.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Einem 36jährigen Manne war ein Messerstich durch den 3. Brustwirbelbogen beigebracht worden mit Erscheinungen der Rückenmarksdurchtrennung. Es wurde sofort das Rückenmark freigelegt und vollkommene, glatte Durchschneidung des Rückenmarkes konstatiert. Die beiden Enden waren 2,5 cm auseinander gewichen, ließen sich jedoch mit Catgut zusammennähen. Es erfolgte Heilung per primam, allein die Leitung im Rückenmarke stellte sich nicht wieder her. 3 Monate später Tod durch Dekubitus und Infektion der Harnwege.

S. vergleicht die in seinem Falle beobachteten Folgen der Rückenmarksdurchschneidung mit den Fällen anderer Autoren und zeigt, daß die sehr verschiedenen Angaben darauf beruhen, daß von den beiden Enden des durchtrennten Rückenmarkes Degenerationsprozesse ausgehen; infolge davon müssen die Erscheinungen verschiedene sein, je nachdem man bald nach der Verletzung oder erst später den Fall beschreibt; denn es gesellen sich auch die degenerativen Symptome hinzu, welche nicht der reinen Markdurchtrennung an sich zukommen. Ferner werden durch Bahnen des Sympathicus vikariierend Innervationen geleistet von Organen, die gelähmt sein sollten.

Als direkt abhängig von der Rückenmarksdurchtrennung ist zu betrachten: 1) die schlaffe motorische und sensible Lähmung; 2) die dauernde Vernichtung der Sehnenreflexe; 3) der Dekubitus. — Dazu können sich mit verschiedener Intensität und in verschiedener Gruppierung, je nach der Beobachtungsperiode und der Mitwirkung anatomischer oder physio-pathologischer Veränderungen, folgende Symptome gesellen: 1) Die anfangs erhaltenen Hautreflexe können später fehlen. 2) Klonische, spontane oder reflektorische Kontraktionen der Glieder, in der Periode der auf- und absteigenden Entartungsprozesse im Rückenmarke. 3) Parästhesien in den unteren Gliedmaßen, durch den Sympathicus geleitet; schmerzhafte Parästhesien im Brustkorb und in den oberen Gliedmaßen durch Reizung der Zellkerne im zentralen Segment vor Einsetzen der Entartung. 4) Priapismus und ge-

steigerte Dermographie in der Initialperiode; später Schwinden dieser Erscheinungen. 5) Anfangs Mastdarm- und Blasenlähmung mit Retention; dann fast normale Mastdarm- und Blasenfunktion mit Empfindung des Entleerungsbedürfnisses durch vikariierende Sympathicusfunktion und lokale Reflexe. Später Stuhl- und Harninkontinenz durch Degeneration im distalen Rückenmarkssegment.

Wenn auch in den meisten Fällen, ebenso wie im vorliegenden, die Naht des durchtrennten Rückenmarkes ohne Erfolg für die Wiederherstellung der Nervenbahnen war, so zeigen die Fälle von Stewart und Fowler, daß bisweilen doch danach die Nervenfasern sich regenerieren können, was nach dem Fallenlassen der Neuronentheorie und der Erkenntnis, daß der distale Teil des Achsenzylinders durch die wuchernden Zellen des Neurilemms und der Schwann'schen Scheide wiederhergestellt wird, verständlich ist. **Haeckel** (Stettin).

---

8) **H. Iselin.** Tetanie jugendlicher Ratten nach Parathyreoidektomie. Steigerung der tetanischen Reaktionsfähigkeit jugendlicher Ratten bei Nachkommen parathyreoidektomierter Ratten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 397.)

9) Derselbe. Wachstumshemmung infolge von Parathyreoidektomie bei Ratten. Ein Beitrag zur Kenntnis der Epithelkörperchenfunktion bei jungen Ratten. (Vorläufige Mitteilung.)

(Ibid. p. 494.)

Die Tierversuche, über deren Ergebnis hier berichtet wird, stammen aus der Baseler chirurg. Klinik (Prof. Wilms).

Die erste Arbeit behandelt die Folgen der Exstirpation der Epithelkörperchen (Glandulae parathyreoideae) bei jungen Tieren, worüber bisher noch wenig gearbeitet ist; die Nebenschilddrüschen wurden mit Schere und Pinzette unter bester Schonung der Schilddrüse exstirpiert, wobei 5—12 Wochen alte gefleckte Ratten zur Untersuchung dienten. Die sieben gesunden Versuchstiere bekamen nach der doppelseitigen Exzision der Epithelkörperchen sämtlich eine akute, innerhalb 2 Tagen tödlich verlaufende Tetanie — mithin sind die jugendlichen Ratten viel empfindlicher gegen die Schädigungen dieses Drüsenapparates als die erwachsenen. Noch viel empfindlicher zeigten sich junge Ratten, die von parathyreoidektomierten Eltern stammten. Diese Tiere überlebten die Operation durchschnittlich nur 4 Stunden und gingen unter epilepsieartiger, foudroyanter Tetanie zugrunde. Für die Menschen haben die Parathyreoidektomieversuche bei jungen Tieren Interesse im Hinblick auf die bekanntlich bösartige Kindertetanie, und auch die veränderte Reaktion junger, von parathyreoidektomierten Eltern abstammender Tiere auf die Operation hat klinische Bedeutung für die Nachkommenschaft kachektisch gewordener strumektomierter Frauen.

Die zweite Arbeit betrifft die Körperentwicklung junger Ratten, die die Parathyreoidektomie überlebten. Von weißen Ratten überlebte

fast die Hälfte diesen Eingriff, viel empfindlicher (vgl. den Bericht über die erste Arbeit) ist die gefleckte Ratte. Wird eine solche aber nur einseitig der Operation unterzogen und ihr gleichzeitig eine Einpflanzung fremder Epithelkörperchen in die Milz gemacht, so kann sie sich von der eingetretenen Tetanie erholen, wird aber hin und wieder rückfällig und gerät in eine chronische Form der Tetanie, die sich durch Apathie, Zittern beim Aufheben an der Nackenhaut und fast fortdauernde Masseterkrämpfe äußert. Durch letztere entstehen Ernährungsstörungen und Abbrüche der Zähne, gefolgt von Alveolarperiostitis und Zahnfistelbildungen. Außerdem bekommen diese Tiere ein struppiges Fell und leiden an ihrer ganzen Körperentwicklung Not, indem sie ungenügend an Gewicht zunehmen und im Wachstum zurückbleiben. J. hatte Gelegenheit, sieben solcher Tiere zu beobachten (Sektion steht noch aus), worüber Näheres mitgeteilt wird. Eine Gewichtstabelle, betreffend die Entwicklung dieser Tiere, denen entsprechend jedesmal ein nicht operiertes Kontrolltier beobachtet ist, dazu Photogramme operierter und nicht operierter Tiere, endlich ein Röntgenbilderpaar — wieder von Versuchs- und Kontrolltier — zeigen deutlich die durch die Epithelkörperchenexstirpation verursachte Entwicklungsstörung, welche für den Menschen in Sachen des kongenitalen Myxödems und der Thyreoaplasie Bedeutung hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **W. Whitla.** The etiology of pulmonary tuberculosis.

(Lancet 1908. Juli 18.)

Die übersichtlich zusammengestellten Ergebnisse der neuen Tuberkuloseforschung unter Heranziehung der Arbeiten aller auf diesem so überaus wichtigen Gebiete tätigen Autoren. Verf.s Resultate gipfeln in den Sätzen: Die alimentäre Infektionsart der Lungentuberkulose spielt eine überaus wichtigere Rolle wie Entstehungsmodus der Krankheit durch Inhalation. Eine prinzipielle Verschiedenheit der Menschen- und Rindertuberkulosebazillen besteht nicht.

Die interessante und eingehende Arbeit kann nur zur Lektüre empfohlen werden, wennschon sie prinzipiell Neues nicht bringt.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

11) **M. Schwab.** Die Vorbereitung der Kranken zur Laparotomie.

(Med. Klinik 1908. p. 863.)

Die operative Prophylaxe verfügt über keine spezifischen Mittel. Daher muß allgemein dem Kräfteverfall, der aufgeregten Herztätigkeit, ungenügenden Nahrungsaufnahme, fehlenden Nervenentspannung entgegen gearbeitet werden durch reichliche und kräftige Ernährung, Einschränkung des bisher vor der Operation üblichen reichlichen Abführens, Schlaf- und Beruhigungsmittel (Veronal, Digitalis, Morphium-Skopolamin usw.). Von den wirksamen Desinfektionsweisen ist die kürzeste die beste (Benzin-Joddesinfektion). Schonende Einleitung und

zweckmäßige Durchführung der Inhalationsnarkose. Vernünftige Mundpflege.

Georg Schmidt (Berlin).

12) **Federmann.** Über die Beurteilung und Behandlung der akuten Peritonitis.

(**Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 28.**)

Die Aussichten der Operation sind um so günstiger, je früher der Eingriff erfolgt. Nur wenn wir in jedem Stadium des Verlaufes das anatomische Bild in seiner bisherigen und weiteren möglichen Entwicklung vor Augen haben, erlangen wir einen Standpunkt für unser therapeutisches Handeln. — Die Schwere der Entzündung hängt von der Intensität der Infektion und von der Reaktionskraft des Organismus ab. Man sollte nur zwischen begrenzter und fortschreitender Peritonitis unterscheiden; die Unterschiede beider Formen sind nur gradueller Natur. In den ersten 24—48 Stunden ist in der größten Mehrzahl aller Peritonitiden das Exsudat ein freies (diffuses) und befindet sich lose zwischen den Därmen; erst sekundär kommt es durch Ablagerung von Fibrin zu Verklebungen (intraperitonealer Abszeß). Aus dieser Genese erklärt sich ungezwungen die mannigfaltige Lokalisation der Abszesse. Zwischen dem Abszeß und der völlig unbegrenzten, freien Peritonitis gibt es zahllose Übergänge. Zwei Gruppen von fortschreitender Peritonitis lassen sich trennen; die exsudative und die trockene; die letztere stellt die allerschwerste Form dar, die peritoneale Sepsis. In ihr Gebiet gehört die größte Zahl der postoperativen Peritonitiden. Die Symptomatologie, die eingehend geschildert ist, kann als bekannt übergangen werden. Die rationelle Therapie der akuten Peritonitis kann nur die operative sein; sie bietet aber nur im Frühstadium günstige Aussichten. Eine Peritonitis befindet sich solange im Frühstadium, als die Widerstandskraft des Organismus einen bestimmten Grenzwert noch nicht überschritten hat. Die Dauer des Frühstadiums schwankt je nach der Dignität der Infektion. Als Höchstgrenze für die Ausführung einer Frühoperation nimmt F. 36 Stunden nach Beginn der ersten erheblichen Krankheitserscheinungen an; bei Magen-Darmperforationen muß innerhalb der ersten 12 Stunden operiert werden, wenn Erfolg erwartet werden soll.

Der operative Eingriff hat zwei Hauptaufgaben: 1) den Ausgangspunkt der Infektion zu beseitigen; 2) vorhandenes entzündliches Exsudat zu entleeren und durch die dauernde Ableitung nach außen die weitere Resorption von Giftstoffen ins Blut zu verhindern. Kleine Schnitte, die bis auf ein kleines Drainloch geschlossen werden, sind ausreichend.

Bei der diffusen gonorrhoischen Peritonitis, die einer spontanen Ausheilung fähig ist, ist die Frühoperation unnötig. Ihre Erkennung ist oft nicht leicht, da sie stürmisch einsetzt und schwere Erscheinungen macht.

Eine besondere Stellung nimmt die Appendicitis ein. Bei der Appendicitis simplex hält F. eine Frühoperation für überflüssig, bei der Appendicitis destructiva (gangr. perfor.) mit eitriger Peritonitis

soll stets in den ersten 36 Stunden operiert werden. Fälle, welche später in chirurgische Behandlung kommen, müssen individuell behandelt werden; ein prinzipieller Standpunkt läßt sich für die im Intermediärstadium befindlichen Fälle nicht formulieren. Verf. macht sein Handeln von der Blutuntersuchung abhängig: bei 20000 Leukocyten und darüber operiert er, bei 15000 oder darunter wartet er ab.

Das beste Mittel, um den Organismus widerstandsfähig zu machen, wenn abgewartet werden muß, sind permanente Kochsalzinfusionen in den Mastdarm, mehrere Liter am Tage. Opium ist zu verwerfen.

Ist ein Abszeß deutlich nachweisbar, so soll er geöffnet werden; der Wurmfortsatz ist dann in der Regel nicht entfernbar.

Langemak (Erfurt).

---

13) **W. H. Battle.** The necessity for the removal of the appendix after perityphlitic abscess.

(Lancet 1908. Juli 11.)

Verf. vertritt folgenden Standpunkt: Die Behandlung des perityphlitischen Abszesses wird am sichersten in zwei Stadien vorgenommen: 1) die Entleerung des Eiters und die Drainage des Abszesses; 2) die Entfernung des Wurmfortsatzes. Die Ansicht derer, die glauben, daß der Wurmfortsatz durch seine Eiterungen obliteriere, erweist sich für einen bedeutenden Prozentsatz der Fälle als irrig. Die Schnittführung Verf.s durch die Rectusscheide mit stumpfer Retraktion des Rectus medialwärts erwies sich zwecks Vermeidung späterer Hernien als die beste.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

14) **Runge.** Appendicitis während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 27.)

Die Appendicitis während der Schwangerschaft ist eine seltene Erkrankung. Der Einfluß der Schwangerschaft auf den Verlauf einer Appendicitis ist kein ungünstiger; da jedoch der Wurmfortsatz mit dem Blinddarm durch die Schwangerschaft in die freie Bauchhöhle verlagert wird, kann die Entzündung verhängnisvoller als sonst werden. Es ist nicht erwiesen, daß die Schwangerschaft zur Rezidivierung einer Appendicitis prädisponiere. Viel ungünstiger ist der Einfluß der Appendicitis auf die Schwangerschaft: in 54,5% wurde dieselbe frühzeitig unterbrochen, und zwar zumeist wenige Tage nach dem ersten Anfall. Die Mütter sind noch mehr gefährdet als die Früchte; von den operierten Fällen starben 45%, von den nichtoperierten 24%. — Obwohl die Adnexentzündungen meist doppelseitig sind, kommen Verwechslungen von rechtsseitiger Adnexerkrankung und Appendicitis nicht selten vor. In verdächtigen Fällen ist stets eine gleichzeitige Messung der Temperatur in der Achselhöhle und dem Mastdarm vorzunehmen; zeigen sich hierbei erhebliche Unterschiede, von 1,0—2,6°, so spricht dies also für Appendicitis. — Die Komplikation von Schwangerschaft

und Appendicitis ist immer eine sehr ernste. Je früher eingegriffen wird, um so besser die Prognose. Die Schwangerschaft wegen einer Appendicitis zu unterbrechen, wäre unbedingt falsch. Der Eintritt der Geburtstätigkeit des Uterus verschlechtert die Prognose der Appendicitis um ein bedeutendes. Selbst wenn schon Symptome einer allgemeinen Peritonitis vorhanden sind, muß noch operiert werden. Daneben gebe man bis zur Operation Morphium in kleinen Dosen, um das Eintreten eines Aborts oder einer Frühgeburt zu verhindern. Tritt die Unterbrechung der Schwangerschaft doch ein, so gestaltet sich die Prognose um so günstiger, ein je längerer Zeitraum zwischen Operation und Geburt bzw. Abort verstreicht.

Besteht eine Appendicitis beim Eintritt einer Geburt, so ist sofortige Operation angezeigt. Die Prognose ist auch hier ernst. Die Indikationen zur Vornahme der Appendektomie im Wochenbett sind die gleichen wie außerhalb desselben. **Langemak** (Erfurt).

---

15) **Christel.** Zur Diagnose der Appendicitis im Bruchsack.

(Straßburger med. Zeitung 1908. Hft. 5.)

C. berechnet, daß in 8—9% der Schenkelbrüche der Wurmfortsatz als Inhalt vorkommt. Häufig gibt er zu Störungen des Befindens Veranlassung, da er sich leicht entzündet, wenn er den alleinigen Bruchinhalt bildet. An den Druckstellen der Bruchpforte kann sich ausgesprochene Atrophie aller Schichten des Wurmes ausbilden. Meist kommt es dann infolge Entzündung zu sekundärer Einklemmung.

Für die primäre Einklemmung kann nicht der Umstand geltend gemacht werden, daß die Entzündung an der Schnürfurche scharf absetzt. Denn es ist sehr gut denkbar, daß die Entzündung nur an dem im Bruchsack gelegenen und somit vielen Schädigungen ausgesetzten Teile sich abspielt. Solch entzündeter Wurmfortsatz kann natürlich nach einer Reposition des Bruches auch intraabdominell ausheilen.

Für eine primäre Einklemmung dürfte nur sprechen: klares oder wenig getrübtes Bruchwasser, nicht verwachsener Wurm, feste Einschnürung, Stauungsfärbung des Organes ohne nekrobiotische Veränderung, Schlingenbruch des Wurmes ohne Verwachsungen, Mangel chronischer Entzündung und Veränderungen in der Schnürfurche infolge Druckes.

Zur Differentialdiagnose ist der Anamnese eine große Bedeutung zuzusprechen. Wiederholte Schmerz- oder Schwellungsanfälle, Schmerzen in gewissen Stellungen, oder gar entzündliche, phlegmonöse Prozesse mit Eiterentleerungen werden für eine Appendicitis im Bruchsack zu verwerten sein.

C. hat in einem Falle die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Appendicitis im Bruchsack richtig gestellt. Bei einer 47jährigen Frau, die seit 4 Tagen Stuhl- und Windsperre hatte, und bei der sich schon früher Eiter aus dem Bruch entleert hatte, fand sich im verdickten Bruchsack ein etwa 3 cm langes Stück des Wurmes,

an der Spitze perforiert. Außerdem kam noch ein dunkel-blaurotes, gut fingerkuppengroßes Darmstück zum Vorschein. Nach Abtragung des Wurmes und Reposition der Schlinge trat Heilung ein.

Der abgeschnürte Darm und der eingeklemmte Processus zeigten deutliche Unterschiede. Bei ersterem sah man nur akute Schädigungen. Bei letzterem konnte man erkennen, daß es sich um eine chronische Entzündung gehandelt hatte.

E. Moser (Zittau).

---

16) **R. W. Murray.** Hernia its cause and treatment. 99 S. London, **J. & A. Churchill,** 1908.)

Nach M. sind die Hernien alle kongenital angelegt. Der kongenital angelegte Bruchsack ist für Ätiologie und Operation der Brüche das Wichtigste. Bei Kindern wird in 11% aller Fälle die Tunica vaginalis offen gefunden. Der Typus des vollkommen von der Tunica vaginalis getrennten Sackes ist also auch angeboren.

M. hat an Leichen Unteruchungen anstellen lassen, ob sich bei Leuten, die keine Hernie haben, noch nicht obliterierte Teile des Proc. vagin. testis finden. In der Tat fand Raw unter 200 Leichen in 47 Fällen einen derartigen Bruchsack; an diesen 47 Leichen waren 68 Divertikel. In einem Falle war ein Leisten- und Schenkeldivertikel auf beiden Seiten. Meistens war der nicht obliterierte Teil des Proc. vagin. ungefähr 1 Zoll lang; die Öffnung nach dem inneren Leistenring war meist äußerst klein.

Der Befund eines Bruchsackes in der Leistengegend beweist also noch nicht, daß der Träger desselben wirklich einen Bruch hat.

Ob nun eine Hernie zustande kommt, hängt einmal von der Weite des inneren Leistenringes und von der Beschaffenheit der Muskulatur ab, die mit dem Poupart'schen Band zusammen einen sphinkterartigen Verschluß des Kanales bildet. Bei enger Öffnung und guter Muskulatur ist die Wahrscheinlichkeit einer Bruchbildung gering, und umgekehrt. Daß in der Pubertät so viele Leistenbrüche entstehen, kommt daher, daß in dieser Zeit die Muskulatur oft überanstrengt wird und nachgibt.

Die Nagetiere leiden bei offenem und weitem Leistenkanal nicht an Hernien, weil die Muskeln den Kanal gut schließen. Bei Pferden nehmen die Tierärzte ohne weiteres an, daß Hernien sich nur in einem schon vorhandenen Bruchsack ausbilden. Die operative Abbindung und Entfernung des Bruchsackes gibt bei Hengsten gute Erfolge.

Direkte Hernien sollen in 55% doppelt vorkommen. Auch hier spielen präformierte Lücken und Ausstülpungen des Bauchfelles eine Rolle. Nabelbrüche müssen auch von der Geburt an als Peritonealausstülpungen angelegt sein, selbst wenn sie erst später, nach Entbindungen u. dgl., zur Beobachtung kommen.

Von den oben erwähnten 68 Peritonealausstülpungen an 200 Leichen waren nicht weniger als 58 den Schenkelbrüchen entsprechend, 14 davon bilateral. Die spätere Entwicklung der Schenkelbrüche aus den präformierten Divertikeln wird durch die seitliche Entwicklung des Beckens und durch Schwangerschaft begünstigt.

Bei Flaschenkindern wählt M. zur Operation möglichst den 3. Monat. Handelt es sich um Brustkinder, so wartet er bis zum Alter von 8 Monaten. Bis dahin wird ein Bruchband getragen. Im Einzelfalle kann natürlich davon abgewichen werden.

Bei der Operation kindlicher Leistenhernien unterbindet und exstirpiert M. nur den Bruchsack möglichst hoch und näht dann die Aponeurose. Die Beziehungen des Bruchsackes kindlicher Brüche zur Tun. vagin. werden eingehend besprochen. Bei Unvollständigkeit des Descensus und der Entwicklung des Hodens hat M. diesen oft abgetragen, bisweilen auch in den Bauch versenkt.

Wenn nur für gründliche Entfernung des Bruchsackes Sorge getragen wird, dann hat man mit allen Operationsverfahren gleich guten Erfolg. M. selbst legt in Trendelenburg'scher Hochlagerung den Bruchsackhals frei, der meistens verdickt ist, befestigt und unterbindet ihn. Dann wird die durchschnittene Aponeurose unter Übereinandernähen der Wundränder wieder vereinigt, derartig, daß sie gerade über dem unterbundenen Bruchsack doppelt liegen. Die Stelle des äußeren Leistenringes wird besonders mit einer Naht gesichert. Bei Isolierung des Bruchsackes soll der Genitocruralnerv nicht beschädigt werden, da sonst der Cremaster gelähmt wird und der Hoden herabhängt.

Nach 2 Wochen läßt M. die Operierten aufstehen und nimmt — wohl im Widerspruch mit vielen anderen Chirurgen — an, daß eine Bassinioperation die Kranken viel länger ans Bett fesselt.

Rückfälle will er bei Leuten unter 40 Jahren nicht, bei solchen über 40 an 2 von 31 Operierten gesehen haben.

Bei großen Brüchen älterer Personen hat M. den Versuch gemacht, den Bruchinhalt mittels eines eingenähten Polsters zurückzuhalten, hat aber keine ermutigenden Erfolge zu verzeichnen.

Bei Schenkelbrüchen wird außer der möglichst hohen Abbindung des Bruchsackes das umgebende Fett sorgfältig entfernt. Bei Nabelbrüchen wird die Aponeurose zusammen mit dem Bauchfell mit einigen Matratzennähten von oben nach unten übereinander genäht, nachdem das Bauchfell grundsätzlich eröffnet ist.

Eine Nachfrage bei Ärzten verschiedener Länder der Welt hat ergeben, daß Hernien bei allen Völkern weit verbreitet sind. In einigen Gegenden kommen Schenkelbrüche seltener vor.

Zum Schluß sind M.'s operative Resultate der letzten 3 Jahre kurz zusammengestellt.

Das kleine Buch ist sehr lesenswert, selbst wenn man in manchem anderer Ansicht ist als der Verf. Eine Reihe guter Bilder erläutern den Text. **E. Moser** (Zittau).

---

17) H. M. W. Gray. Motor functions of the stomach (a) in normal cases, (b) after gastroenterostomy, as demonstrated by X-rays.

(Lancet 1908. Juli 25.)

Die X-Strahlenbeobachtung des Magens nach Wismutmahlzeiten ist nach Verf. als die wahrscheinlich beste Methode für das Studium seiner Motilität zu betrachten. Der Röntgenschirm gibt die brauchbarsten Beobachtungsresultate, und auch eine Zeichnung mit dem Orthoradiographen ist dem Röntgenogramm vorzuziehen. Die Momentphotographie wird nach ihrer röntgenographischen Vervollkommnung wahrscheinlich die besten Resultate zu geben imstande sein. 14 sehr interessante Röntgenogramme und Zeichnungen illustrieren die Beobachtungen Verf.s, der zu folgenden Schlüssen kommt: 1) der Magen ist in seiner natürlichen Form nicht von der allgemein angenommenen Gestalt; 2) der Magen ist ein aus zwei Abteilungen, und zwar aus einem kardialen und einem pylorischen Teil bestehendes Organ; die Grenze zwischen beiden wird durch einen physiologischen Spinkter gebildet; 3) die beiden Magenteile arbeiten zum großen Teil unabhängig voneinander; 4) während der Verdauung behält die kardiale Portion in großer Ausdehnung ihre Sackform, wobei nur ihr distaler Teil sichtbare Peristaltik aufweist; im Gegensatz dazu ist die pylorische Portion von tubulärer Form und zeigt während der Zeit starke peristaltische Wogen in ihrer gesamten Ausdehnung; 5) um die physiologischen Verhältnisse möglichst aufrecht zu erhalten, bzw. wieder herzustellen, sollte die künstliche Gastroenteroanastomose im pylorischen Rohr angelegt werden. Das, was Murphy u. a. als zweckmäßig auf Grund ihrer Erfahrung empfehlen, vermag Verf. durch exakte, direkte Beobachtung zu bekräftigen und als rationell zu beweisen; 6) Verf. bezweifelt sehr, daß bei nicht vorhandener aktueller Striktur des Pylorus der Mageninhalt eher durch den Pylorus zu gehen neigt, als durch eine laterale Anastomose der Pars pylorica. Diese Annahme ist zwar weit verbreitet, erhält jedoch durch Verf.s Beobachtungen keine Stütze.

Verf. verwandte zu seinen Versuchen das reine Bismuth. carbon. Irgendwelche nachteiligen Folgen des Salzes, das natürlich in großen Quantitäten genommen werden muß, sind nicht beobachtet. Verunreinigungen des Salzes haben indessen anderwärts zu Vergiftungserscheinungen geführt.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

18) Roith. Die physiologische Bedeutung der einzelnen Dickdarmabschnitte, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Antiperistaltik.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Experimente und röntgenologische Untersuchungen an Tieren haben bewiesen, daß die verschiedenen Abschnitte des Dickdarmes sich in bezug auf ihre Funktion sehr verschieden verhalten; im Coecum, Colon

ascendens und proximalen Teil des Colon transversum finden antiperistaltische Bewegungen statt, um den Darminhalt lange Zeit festzuhalten bis zu genügender Einwirkung. Der distale Teil des Colon transversum und Colon descendens dienen zum raschen Weitertransport des eingedickten Kotes, und sind frei von antiperistaltischen Bewegungen, während solche wieder im Colon sigmoideum vorzukommen scheinen. R. machte es sich nun zur Aufgabe, diese Tatsachen am Menschen nachzuprüfen, teils durch Untersuchung der Füllungszustände in Leichen, teils am Lebenden, bei denen Darmausschaltungen im Bereich des Dickdarmes ausgeführt worden waren. Er kann die Ergebnisse der Tierexperimente nur bestätigen. Für die Praxis ergibt sich daraus der Hinweis, daß man für die Ausschaltung des Blinddarmes hauptsächlich die Anastomose zwischen Ileum und Mitte des Colon transversum wählen soll. Die Anlegung einer Kolostomie soll, wenn es sich hauptsächlich um Stauung im aufsteigenden Dickdarmschenkel und Querkolon handelt, in der Gegend des Blinddarmes erfolgen. Der dauernde Kunstafter soll in der Nähe der linken Flexur oder am absteigenden Dickdarm angelegt werden. **Haeckel** (Stettin).

---

19) **J. F. Erdmann.** Renal and ureteral calculi complicating or simulating appendicitis.

(New York med. record 1908. März 14.)

E. bespricht die diagnostischen Schwierigkeiten, die sich bei der Unterscheidung zwischen gewissen Fällen von Appendicitis, die ohne typischen akuten Anfall zur Beobachtung kommen, und Steinen in den oberen Harnwegen ergeben können. Wenn der Stein im Beckenteil des Harnleiters liegt oder im Hilus, kann sogar ein reflektorischer Schmerz auf Druck an dem McBurney'schen Punkte ausgelöst werden. Dagegen folgt dem plötzlichen Entfernen der tastenden Hand (Blumenberg's Symptom) nicht der Schmerz wie bei Appendicitis nach dem Nabel hin, sondern nach dem Leistenkanal zu, der Richtung des Harnleiters entsprechend. Auch bei Husten und tiefer Inspiration sollen Steinleiden gewöhnlich nicht schmerzen. Häufig gibt eine exakte Urinanalyse Aufschluß. In der Anamnese muß besonders jede Magen-Darmstörung als für den Wurmfortsatz sprechend angesehen werden. Empfindungen im Gebiet des Genitocruralis, in den Genitalien, der Harnröhre, der inneren Oberfläche der Hüfte und des Oberschenkels, besonders aber gelegentlicher Harndrang sprechen für Stein, Temperaturerhöhung für Appendicitis. Bei der Cystoskopie ist bei Steinleiden meist eine Schwellung der betreffenden Harnleitermündung bemerkbar. Röntgenographie und Gebrauch eines Harnleiterkatheters mit wachsüberzogener Spitze, an der man einen Steineindruck erkennen kann, müssen zur Hilfe herangezogen werden.

Bei Steinen im Beckenteil des Harnleiters zieht Verf. einen transperitonealen Eingriff zur Lokalisierung vor, entfernt aber den Stein durch einen anschließenden kleinen extraperitonealen Schnitt vom

äußeren Rande der ersten Inzision ausgehend. Bei hohem Sitz folgt E. in der Schnittrichtung den Angaben von Israel, untersucht aber auch hierbei, vorausgesetzt, daß die Harnorgane nicht infiziert sind, durch eine Öffnung im Bauchfell jedesmal den Wurm.

Drei instruktive Fälle von Komplikationen der Appendicitis mit Steinleiden vervollständigen die Abhandlung.

Loewenhardt (Breslau).

---

20) **E. Liek.** Experimentelles über Kollateralkreislauf der Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 101.)

Für die Frage nach der Möglichkeit der Wirksamkeit der Edebohls'schen Nierenenthülsung bei Morbus Brightii, desgleichen der der Talma'schen Operation nachgeahmten Netzeinhüllung der enthülsten Niere (»Epiplonephroplastik«) sind die Verhältnisse des Kollateralkreislaufes der Niere von fundamentaler Wichtigkeit; denn nur in dem Falle, daß, wie Edebohls und seine Anhänger annehmen, von den Nierenkapselgefäßen aus eine Ernährung des Nierengewebes stattfinden kann, kann von der Möglichkeit einer Wirksamkeit der Operationen die Rede sein. Zahlreiche sorgfältige, von L. an Kaninchen und Katzen zum Studium der Nierenblutzirkulation ausgeführte Versuche setzen L. instand, zu diesen Fragen ein wohlbegründetes Urteil abzugeben, das aber, kurz gesagt, zuungunsten der fraglichen Operationen und deren hypothetischer Grundlage ausgefallen ist.

L. berichtet zunächst über Vorversuche, die ein Bild von der Art und Ausdehnung der normalerweise vorhandenen Nierenkollateralen geben. Entweder wurden lebenden Tieren beide Gefäße einer Niere doppelt unterbunden und durchschnitten — dann ergab nach verschieden langer Zeit die anatomische Untersuchung, wieviel von solchen Nieren nekrotisch geworden war —, der nicht nekrotisch gewordene Anteil verdankt seine Erhaltung den Kollateralen. Oder man injiziert am eben getöteten Tiere — wieder nach Unterbindung der Nierengefäße — Farbstofflösungen in die Aorta; dann sind die in der Niere zu findenden injizierten Gefäßbezirke durch die Kollateralgefäße gefüllt. L.'s Resultate gehen dahin, daß außer den großen Nierengefäßen im Nierenhilus eine Reihe kleinerer Gefäße eindringen, die teils sich von Gefäßen des Harnleiters abzweigen, teils aber Ästchen der Nierenarterie selbst sind, die diese vor ihrer Verzweigung am Hilus abgibt. Allerdings treten auch von außen, d. h. von der Fettkapsel aus, Ästchen nach der Niere; aber stets sind die Hiluskollateralen viel stärker als die Kapselkollateralen, und ob die Kapselkollateralen der Regel nach mit den Hiluskollateralen anastomosieren, ist sehr zweifelhaft. Jedenfalls erhält aber die Capsula propria vom Hilus aus mehr und größere Gefäße als von der Fettkapsel aus.

Tierversuche verschiedener Autoren zur Prüfung, ob mittels einfacher Nierenenthülsung ein ausgiebiger Kollateralkreislauf zu er-

reichen ist, haben mit wenigen Ausnahmen ein negatives Resultat ergeben. Auch L. hatte bei acht Tieren ein gleiches Resultat, er geht aber auf diese Versuche nicht näher ein. Dagegen berichtet er eingehend über den Verlauf der Versuche mit der »Epiplonephroplastik«. Die Versuchstechnik besteht darin, daß die lumbal freigelegte Niere zunächst enthülst wird. Dann wird das Bauchfell eröffnet, das Netz um die nackte Niere herumgelegt und das Ganze in die freie Bauchhöhle versenkt. Von den Nierengefäßen wurden bald beide, bald nur die Vene unterbunden — teils gleichzeitig mit der Netzplastik, teils verschieden lange Zeit später. Einem Teil der Tiere wurde dann späterhin noch die unverletzte Niere exstirpiert. Die Versuche ergaben, daß die Netzeinhüllung der enthülsten Niere allerdings die Folgen der Gefäßunterbindung für das Organ etwas weniger schwer gestaltet, es werden bei dem Verfahren kleinere Teile des Organes nekrotisch; L. hat aber nicht gefunden, daß dies auf Bildung neuer Gefäßbahnen bzw. Verbindungen zwischen Netz- und Nierengefäßen beruht, niemals hat er auch nur einen Glomerulus von den Kapselkollateralen aus injiziert gefunden. Seinen Befunden widersprechende Ansichten anderer Experimentatoren unterzieht L. genauer Kritik und führt aus, daß es andere Gründe sind, worauf es beruht, daß tatsächlich die Epiplonephroplastik günstig wirkt. Er findet sie darin, daß das umhüllende Netz die Niere oder wenigstens Teile derselben länger lebensfähig erhält, auch ohne direkte Zuführung von Blut, etwa durch Osmose. Während der Zeit, wo die Niere auf diesem Wege vor dem schnellen Absterben geschützt wird, könnten sich die unversehrten Hiluskollateralen genügend erweitern, um wenigstens einige Teile des Organs zu erhalten. Daß sich neue Gefäßversorgungen der Niere vom Netze bzw. der von diesem gebildeten neuen Kapsel herstellen, bestreitet L. entschieden. Wenn auch die Ergebnisse der Tierexperimente nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragbar sind, bezweifelt Verf. doch die Nützlichkeit der gegen die chronische Nephritis bei diesem empfohlenen Operationen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

21) **W. H. Thomson.** Acute invasion of the kidneys by the bacillus coli.

(New York med. record 1908. März 21.)

T. macht darauf aufmerksam, daß nicht nur einige Fälle von chronischer Nierenerkrankung ihren Ursprung wiederholten leichten Infektionen vom Nahrungskanal aus verdanken, sondern daß auch ein ganz besonderer Typus einer akuten fieberhaften Nierenerkrankung von einer Invasion mit Bacillus coli herrühre. Der Beginn setzt plötzlich mit Schüttelfrösten, eventuell mit Delirium und schweren zerebralen Symptomen unter hohem Fieber ein; sehr schlechtes Allgemeinbefinden ist gewöhnlich zu beobachten, Koma kann folgen. Vor allem sei daher eine Gastroenteritis bei bestehender chronischer

Nephritis zu fürchten, weil hier die genannte Infektion ganz besonders nachteilig wirke. Zu beachten ist dabei die anfängliche Oligurie.

Den gewöhnlichsten Anlaß zur renalen Koliinvasion geben die späteren Stadien des Typhus, in denen vermutlich der Darm besonders leicht durchgängig ist. Auch chronische ulzerative Kolitis gibt eine günstige Infektionsgelegenheit ab, ebenso Darmstörungen bei Influenza. Bei der Sektion findet man die Nieren ganz mit Koliherden durchsetzt. Diagnostisch ist wichtig gegenüber anderen Nierenerkrankungen: der weiche Puls, Mangel an Ödemen und Fehlen von Konvulsionen, dagegen häufiges Delirium oder so tiefes Koma, daß dann die vom Verf. erprobte Medikation durch den Mastdarm appliziert werden muß, nämlich zweistündlich ein Klistier von 120 g halbprozentiger Lösung von Urotropin mit $^1/_2$% Natron benzoicum; letzteres soll die Reizwirkung des Urotropins auf die Harnorgane verhindern. Heiße Kochsalzklistiere oder Infusionen gegen die Oligurie sind wiederholt anzuwenden. In allen Fällen, wo der Pat. schlucken kann, ist vorher 0,6 Kalomel gleichzeitig mit einem anderen starken Abführmittel (irgend eine Komposition mit Jalappe) zu verabreichen und die Wirkung abzuwarten.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

22) **Blecher.** Über die Behandlung akut entzündlicher Erkrankungen mit künstlicher Hyperämie (auf Grund von 500 Fällen).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 402.)

B. hat seine Erfahrungen in dem Garnisonlazarett Straßburg i. E. gesammelt, in welchem er im Berichtsjahre 1906/07 alle auf die äußere Station in Zugang gekommenen entzündlichen Erkrankungen nach Bier behandelte, mit Ausnahme der ganz leichten Fälle. In Anwendung kam das Verfahren mit Sauggläsern nur in einem Teile der behandelten Furunkel, sonst wurde die Staubinde benutzt, die, vormittags angelegt, bis zum anderen Morgen liegen blieb, um dann für einige Stunden abgelegt zu werden. Meist wurden die dünnen Binden gebraucht, nur am Oberschenkel dickere Sorten. Für Stauung am Halse wurde die Binde mit einer Tour einer Mullbinde unterfüttert, am Oberarm wurde die Binde bei Ellbogenbeugung angelegt, sonst wird sie, da der Unterarm meist gebeugt getragen wird, leicht zu fest. Die vorhandenen Wunden wurden täglich in einfacher Weise verbunden, daneben von meist halbstündigen heißen Seifenbädern ein ausgiebiger Gebrauch gemacht. B. sieht den Hauptvorteil der Hyperämiebehandlung darin, daß sie es erlaubt, ohne große Inzisionen und ohne Tamponade auszukommen. Sie bewirkt auch ein rasches Nachlassen der Schmerzen, eine rasche Ausstoßung der nekrotischen Teile, schnelles Aufhören der Eiterung und kürzt so die Heilungsdauer ab. Die gleichsam ausspülende Wirkung der Stauung infolge des durch sie erzeugten Ödems ersetzt die Tamponade. Das Endresultat ist eine erfreulich kleine Narbe und selteneres Auftreten von Gelenkversteifung, also auch ein funktionell besseres Resultat. Nebenbei wird auch erheblich an Verbandstoffen gespart.

Nach der allgemeinen Besprechung geht B. die einzelnen Erkrankungen durch. Unter den behandelten 123 Furunkeln sind besonders 9 Oberlippen- und 13 Gesichtsfurunkel bemerkenswert, bei denen durchgehends die Staubehandlung (am Halse) ohne Inzision sehr zufriedenstellend wirkte. Ebenso befriedigte bei Leistendrüsen- und anderen Drüsenentzündungen die Saugglasbehandlung, wo teils nur Stichinzisionen, teils gar keine Einschnitte erforderlich waren. Betreffs der — im ganzen



105 — in Behandlung gekommenen Panaritien, die auch sämtlich mit Staubinde versorgt wurden, interessieren besonders die 16 ossalen Panaritien am Nagelglied. In der Hälfte der Fälle gelang Heilung ohne Sequesterbildung. Von 7 Sehnenscheidenpanaritien, die mit kleinen, die Sehnenbänder schonenden seitlichen Einschnitten behandelt wurden, sind wenigstens 3 mit völliger Beweglichkeit ausgeheilt. Hier ist die seröse Durchtränkung der Gewebe infolge der Stauung von Bedeutung, da sie einer Austrocknung der Sehne entgegenwirkt. Bei drei Fällen von Osteomyelitis war der Behandlungserfolg mäßig, B. glaubt, daß die Gefäße des Knochens und Knochenmarkes nicht sicher durch die Staubinde beeinflußt werden können. Dagegen ist wieder Günstiges von dem Stauverfahren bei eitrigen Bursitiden (zehn präpatellare Fälle) zu sagen, wo Schwellung und Schmerzen rasch zurückgehen und Eiterentleerung durch kleine Stichinzision gelingt. Auch heilten mehrere Gelenkeiterungen (Fingergelenke, ein Ellbogengelenk) mit völliger Beweglichkeit aus. Mangelhafte Erfolge finden sich durchgehends nur bei Streptokokkeneiterungen, bei denen es leicht auch zu sekundärem Erysipel kommt. Doch ist hervorzuheben, daß, wie überhaupt, so auch bei den Streptokokkeneiterungen unter der Staubehandlung niemals allgemeine Sepsis beobachtet ist. B. sieht hierin eine mechanische Wirkung der Staubinde, die durch Absperrung der Blut- und Lymphgefäße eine große Bedeutung für die Verhütung einer Allgemeininfektion hat.

Zum Schluß teilt B. noch 66 Fälle frischer Verletzungen mit, in denen nach aseptischer Wundversorgung prophylaktisch gestaut wurde. Wennschon in sieben Fällen eine Wundvereiterung nicht vermieden wurde, glaubt B. doch, daß das Verfahren nicht nutzlos gewesen ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) **Dieulafoy.** Escarres multiples et recidivantes depuis deux ans et demi aux deux bras et au pied. Amputation du bras gauche. Discussion sur la nature de ces escarres. Pathomimie.

(Bull. de l'acad. méd. 1908. Nr. 23.)

D. behandelt die interessante Geschichte eines 30jährigen Simulanten, welcher sich durch $2^1/_2$ Jahre mittels Wiener Ätzpaste zuerst am linken, dann am rechten Arme und am Fuße künstlich Hautgangrän erzeugte, ohne daß irgendeine eigennützige oder gewinnsüchtige Absicht ersichtlich war. Der körperlich und geistig sonst völlig gesunde Pat. wanderte von Arzt zu Arzt, von Klinik zu Klinik und war vorerst den verschiedentlichsten konservativen Behandlungsmethoden unterworfen worden. Schließlich führte ihm ein Chirurg die blutige Dehnung des Plexus axillaris aus, und als dies auch erfolglos blieb, die Amputation des linken Oberarmes (!).

Da er nicht zu bewegen war, in Krankenhausbeobachtung zu bleiben oder die Art der Entstehung der Geschwüre zu Hause beobachten zu lassen, war ein Ertappen auf der Tat ausgeschlossen. Auch die Möglichkeit eines chemischen Nachweises war durch sorgfältige Entfernung der Reste des Ätzmittels verhindert worden. Schließlich gestand er D. die Wahrheit nach dem Vorhalt, daß er bisher als Kranker betrachtet werde, bei weiterem Leugnen jedoch als Betrüger gelten müsse, dessen sich die Gesellschaft entledigen werde. Er gab nun an, daß er unter stetigem, inneren Zwange gehandelt habe, »wie eine Maschine«, ohne zu wissen warum. Er vergleicht den Zwang mit dem eines Morphinisten und glaubt, daß, wenn es zur Fortsetzung der Simulation nötig gewesen wäre, er sich auch das Bein hätte abnehmen lassen. Jetzt sei er für seine Heilung sehr dankbar.

D. nennt diese Krankheit nach einem Vorschlage von P. Bourget Pathomimie (μιμεομαι = simulieren). **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

24) **Clairmont.** Zur Kenntnis der hyperalgetischen Zone nach Schußverletzungen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

In einem Falle der v. Eiselsberg'schen Klinik konnte 3 Wochen nach einem Schuß in die rechte Schläfe und bei Sitz des Geschosses im hintersten Teile de

rechten Augenhöhle eine symmetrische hyperalgetische Zone des Halses und der Brust beobachtet werden, die mit Wahrscheinlichkeit auf eine Verletzung der Radix sympathica des Ganglion ciliare zurückzuführen war.

In einem zweiten Falle wurde nach leichter Commotio cerebri eine einseitige parästhetische und hyperästhetische Zone am Scheitel gefunden.

Diese Beobachtungen sind eine Bereicherung unserer Kenntnis der zuerst von Wilms festgestellten, später von Vorschütz u. a. bestätigten Erfahrungen. Warum bei einseitiger Sympathicusverletzung die hyperalgetischen Zonen bald einseitig, bald doppelseitig sind, ist unklar.

Der Arbeit beigegeben ist eine sehr instruktive Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle in figürlichen Skizzen, so daß man mit einem Blicke das Gesetzmäßige dieser Hyperalgesien: Freibleiben des Trigeminusgebietes, erkennen kann.

Haeckel (Stettin).

25) **K. Herschel.** Ein Kühlapparat und seine Verwendung bei akuten Warzenfortsatzentzündungen.

(Med. Klinik 1908. p. 829.)

H. führt Leitungswasser durch eine von Eis umgebene Schlangenröhre, von da zu einer sich der Ohrmuschel anschmiegenden und durch Bänder befestigten Bleihohlplatte und schließlich durch ein Endrohr ab (Abbildung). Die gleichmäßige Kälte schränkt die Blutüberfüllung im entzündeten Warzenfortsatz ein und lindert die Schmerzen; die Knocheneiterung, die bei jeder schweren akuten Mittelohrentzündung vorhanden ist, heilt aus, sofern nicht bereits durch Eiterverhaltung Knochenmasse zerstört ist. 21 Kranke wurden so behandelt. Der eine ging an Miliartuberkulose ein, doch hatte sich, wie das Präparat ergab, das örtliche Leiden gebessert. 17 andere heilten ohne Operation aus. Dreien wurde der Warzenfortsatz aufgemeißelt.

Der Kühler paßt auch für Hoden- und Brustwarzenentzündungen.

Georg Schmidt (Berlin).

26) **R. Rister.** Über operative Methoden der Entfernung von Fibromen des Nasen-Rachenraumes.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

R. verficht den Standpunkt, Pat. mit diesen Geschwülsten bis zu dem kritischen Alter, in dem diese Neubildungen sich spontan zurückzubilden pflegen, hinzuhalten mit Methoden, die möglichst geringe Verletzungen bedingen. Zu denen rechnet er naturgemäß die, die auf natürlichem Wege, d. h. durch Mund und Nase vorgehen.

Ein 23jähriger Bauer kam mit einem Fibrom, das zum rechten Nasenloch hervorragte und den weichen Gaumen stark nach unten drängte. Die Nasenwurzel war verbreitert, das rechte Auge beiseite gedrängt. Es gelang du Boucher (Für die Richtigkeit der Schreibweise dieses Namens kann Ref. nicht einstehen, da der Autor ihn mit russischen Lettern so geschrieben hat, wie er ausgesprochen wird) nach »prophylaktischer temporärer (!) Ligatur beider externen Carotiden« die ganze Geschwulst teils mit Unterstützung von der Nase her durch den Mund zu entfernen. Die Blutung stand nach ihrer Entfernung.

V. E. Mertens (Kiel).

27) **Ostwalt.** Quatre années de pratique des injections profondes d'alcool cocaïné dans les névralgies et dans l'hemispasme facial.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 16.)

Verf. hat in 152 Fällen von Gesichtsschmerz gegen 2000 Einspritzungen von Kokainalkohol mit großem Erfolg ausgeführt. Nur in 8% dieser Fälle widerstand das Leiden dieser Behandlung. Auch in 20 Fällen von halbseitigem Gesichtskrampf und bei zahlreichen Neuralgien der peripheren Nerven haben sich diese Einspritzungen bewährt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).



28) **J. K. Spisharny.** Zur Frage von der Nervenplastik bei Facialislähmung.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 25.)

Pat. erhielt am 20. August 1906 mehrere Schußwunden, u. a. eine 3 bis 3,5 cm unter dem rechten inneren Augenwinkel mit Verletzung des rechten Ohres und Facialis. Im November fand man das Geschoß hinter dem rechten Ohr unter der Haut und entfernte es. Vollständige Lähmung des rechten Gesichtsnerven. 14. Dezember 1906 Operation. Schnitt am vorderen Rand des Kopfnickers, man findet den Facialis am Eintritt in die Parotis, dann den N. accessorius; letzterer wird durchschnitten, ersterer bloß längs gespalten und das zentrale Ende des Accessorius in die Spalte hineingelegt und die Nervenscheiden vernäht. Vom 10. Januar begann man mit der Elektrisation. März 1908: Funktion der Facialis wieder hergestellt, das Auge wird gut geschlossen, alle Bewegungen des Gesichts sind möglich, nur die Stirnmuskeln arbeiten in begrenztem Maße. Auch das Platysma myoides wird gut kontrahiert. — In der Literatur sind jetzt 77 Fälle beschrieben. —

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

29) **F. König.** Weitere Erfahrungen über Kieferersatz bei Exartikulationen des Unterkiefers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 237.)

Die Arbeit knüpft an eine frühere desselben Verf.s an, über die wir in unserem Blatte 1907 p. 1022 referierten. Die Pat., über welche damals berichtet wurde, und bei der für die eine exartikulierte Unterkieferhälfte eine im Kiefergelenk artikulierende, an dem Unterkieferstumpf durch Anklammerung an Zähnen befestige Metallprothese hergestellt war, befindet sich gut, und ihre Prothese funktioniert nach wie vor tadellos.

In einem zweiten Falle, 20jähriger Mann, wurde nach einseitiger Unterkieferexartikulation wegen Spindelzellensarkoms vom Zahnarzt Roloff in ähnlicher Weise für eine Prothese gesorgt: unmittelbar nach der Operation provisorische Hartgummiprothese, später definitive Prothese, wobei nur zu bemerken, daß die provisorische Hartgummischiene nicht direkt mit Draht an den frisch durchsägten Kieferstumpf befestigt ist; vielmehr wurde schon vor der Operation ein Klammergerüst für die Zähne im zu konservierenden Kieferstumpf konstruiert, mit einer Goldgabel zur Aufnahme der Hartgummiprothese, die dann mit dieser Goldgabel durch Draht verbunden wird.

Noch interessanter ist das neue und sicher einen weiteren Fortschritt darstellende Verfahren, das K. in einem dritten, eine 68jährige, zahnlose Frau betreffenden Fall anwandte. Bei dieser wurde an die Kieferexartikulation sofort die Implantation einer elfenbeinernen Prothese gefügt, die unten mit einem nagel- oder stiftartigen Fortsatz in die Markhöhle des Kieferstumpfes eingespießt wurde, während sie oben mit ihrem gelenkkopfartigen Ende in die Kiefergelenkpfanne gesetzt und in ganzer Länge durch die genähte Mundhöhlenschleimhautwunde bedeckt wurde. Es erfolgte gute Heilung, in der 2. Woche allerdings leichte entzündliche Schwellung der Schleimhautwunde, die aber auf eine kleine Inzision und Behandlung mit Saugung und Hyperämisierung (warme Breiumschläge) zurückging. Das Verfahren, das K. der Einlegung von Elfenbeinstiften bei Frakturen nachgebildet hat, hat sich also völlig bewährt. Der künstliche Kiefer funktionierte vom 1. Tage nach der Operation an bis zu dem nach 1/2 Jahr an Herzschwäche erfolgten Tode der Frau vortrefflich, das Kinn stand in der Mitte, von einem Einfallen der Wange war nichts bemerkbar (cf. Photogramme). Die natürlich schon vor der Operation fertiggestellte Elfenbeinprothese war auf Grund einer Röntgenaufnahme geformt — von drei angefertigten Stücken wurde das passendste ausgewählt. K. glaubt, daß solche Prothesen vom Kieferperiost arrodiert werden, daß neuer Knochen in sie hineinwächst, daß sie mithin wirklich einheilen und zu dauernden Schienen werden können, und empfiehlt bei zahnlosem Munde diese Versenkung eines Elfenbeinersatzes als Normalverfahren bei der Unterkieferexartikula-

tion. — Die Unterbindung der Carotis externa hat K. stets ausgeführt, in dem letzten Falle hat er in die Kiefergelenkhöhle Muskulatur eingeschlagen, zum Schutze des Gelenkknorpels. Außer den Photogrammen der behandelten Frau sind auch solche der Elfenbeinprothese der Arbeit beigegeben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) P. Paterson. The treatment of spina bifida by drainage of cerebral subdural space.

(Lancet 1908. August 15.)

Verf. operierte ein ca. 2 Monate altes Kind mit großer Meningomyelokele zunächst in der typischen Weise, indem er den Sack exstirpierte. Der Erfolg war unbefriedigend, die Zerebrospinalflüssigkeit sickerte binnen kurzer Zeit aus den Stichkanälen hervor. Nunmehr trepanierte P. das rechte Scheitelbein und klappte einen Duralappen auf und um, den er über die Knochenkante an das Perikranium anheftete; primärer Verschluß der Wunde. Nach erheblichem Ödem in der Wundgegend, das einige Tage währte, primäre Heilung und Aufhören jeglicher Flüssigkeitsabsonderung im Rücken. Leider litt das Kind auch noch an Hydrocephalus, der ständig zunahm. Zu dem Zweck eröffnete P. auch noch die linke Schädelseite, um von hier aus mit Hilfe einiger durch die Hirnsubstanz vor den motorischen Zentren in die linken Hirnventrikel durchgeführten Seidenfäden eine ständige Ventrikeldrainage in das perikranielle Gewebe einzuleiten.

Das Kind starb, örtlich gebessert, nach 3 Wochen; insbesondere die Spina bifida war in bestem Zustande mit Heilungs- und Ossifikationsneigung. Die Operation stand nach Verf. nicht mit dem Tode in Zusammenhang.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

31) W. Hinrichs. Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu große Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde. Operation. Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 17.)

Die Diagnose wurde vor der Operation gestellt. Längsschnitt über der Mitte der Incisura jugularis. Nach stumpfer Ablösung der Thymus von der Kapsel wird ein ca. 2mandel großes Stück entfernt, danach ruhige Atmung, weshalb der Rest der Drüse zurückgelassen wird. Dieses Vorgehen ist nach Verf. zu empfehlen, der auf Grund der von anderen Autoren gemachten Erfahrungen (Wiedergabe der Krankengeschichten von sieben Fällen) noch folgende Ratschläge für Thymusoperationen gibt: Möglichste Schonung des Thymusgewebes; zunächst soll man versuchen die Thymus in ihrer Kapsel vorzuziehen und festzunähen (Ektopexie). Wo dies nicht ausreicht, Eröffnung der Kapsel und sparsame Enukleation von Gewebe. Erweist sich auch dies Vorgehen als unzulänglich, soll man durch Resektion eines Teiles des Brustbeines günstigere räumliche Verhältnisse zur Entfaltung des Thymusgewebes schaffen, nicht die ganze Drüse entfernen.

Langemak (Erfurt).

32) Grünberg. Über den günstigen Einfluß des innerlichen Gebrauches von Jodkali auf die Tuberkulose der oberen Luftwege.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LIII. p. 346.)

G. teilt eine Reihe von Fällen aus der Körner'schen Klinik in Rostock mit bei denen auf Grund des makroskopischen Befundes und der histologischen Untersuchung exzidierter Stückchen Schleimhauttuberkulose diagnostiziert wurde, und bei denen die Anwendung von Jodkali neben schonender Lokalbehandlung Heilung herbeiführte. Wenn nun auch einzelne Fälle von Schleimhautlupus spontan ausheilen können, und wenn auch andererseits Jodkali keineswegs alle Fälle von Schleimhauttuberkulose günstig beeinflußt, so hält G. doch das Jod für ein wichtiges Hilfsmittel bei der Behandlung der genannten Erkrankung.

Hinsberg (Breslau).

33) R. Sievers. Ein Fall von Embolie der Lungenarterie, nach der Methode von Trendelenburg operiert.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 282.)

S. hatte Gelegenheit, in der Leipziger Klinik die von Trendelenburg zur Entfernung von Embolis aus der Lungenarterie erdachte Operation beim Lebenden, einer 48jährigen Frau, zur Ausführung zu bringen, wobei er sich genau an die von Trendelenburg in d. Ztbl. 1908 p. 92 beschriebene Methode hielt. Die glückliche programmäßige Vollendung dieser neuen imponierenden Kunstleistung der Chirurgie verdient von jedem Fachmann im Original studiert zu werden. Die Kranke hatte eine entzündliche Unterleibserkrankung (Perityphlitis oder Gallensteinaffektion?) nebst Pneumonie durchgemacht und wurde als Rekonvaleszentin von der Embolie betroffen. Der sofort herbeigerufene Arzt konnte 20 Minuten später mit der Operation beginnen, durch die er aus dem linken Pulmonalisaste zwei fingerdicke und 21 bzw. 15 cm lange Blutgerinnsel entfernen konnte. Atmung und Herzaktion wurde wiederhergestellt, waren aber beschleunigt und blieben ungenügend, so daß Pat. nach 15 Stunden freilich unterlag. Eine völlige Sektion durfte nicht gemacht werden; doch ergab eine Revision der Wundgegend auch einige Emboli der rechten Pulmonalisverzweigung, die mutmaßlich der Grund der voraufgegangenen rechtsseitigen Lungenentzündung bzw. Infarzierung gewesen sind. Die Operation hatte ohne Sauerbruch'schen bzw. Brauer'schen Apparat stattgefunden und einen linksseitigen Pneumothorax bewirkt, der aber bei der Leichenuntersuchung bereits ganz geschwunden befunden wurde. Demnach sind die genannten Apparate für Trendelenburg's Operation auch nicht notwendig, unentbehrlich aber für sie ist natürlich die Gegenwart sachkundiger Krankenpflege, die, sofort die Situation bei von Embolie betroffenen Kranken erkennend, den Arzt alarmieren kann, die stete Dienstbereitschaft eines für die Operation eingeübten Chirurgen und endlich ein für die Aufgabe ausreichendes und aseptisch gehaltenes Instrumentarium.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) C. Goodman and S. Wachsmann. The surgical treatment of alveolar pulmonary emphysema.

(New York med. record 1908. Mai 16.)

W. bespricht die operative Behandlung des auf Thoraxdilatation beruhenden alveolären Emphysems.

Auf den Zusammenhang gewisser Lungenkrankheiten mit primären Rippenknorpelanomalien machte vor 50 Jahren bekanntlich Freund speziell für Tuberkulose aufmerksam. Zuletzt wurden auf der Dresdener Naturforscherversammlung 1907 von Pässler und Seidel und von Stieda den beiden bisher bekannt gewordenen Fällen von Freund'scher Operation bei Lungenemphysem zwei neue Fälle hinzugefügt.

Verf. fügt nach einem kurzen Resümee den bisherigen (Fall Kraus; Fall Mohr-Bramann-Haasler) vier neue eigene Fälle hinzu. Schließlich wird noch der von M. Cohn in der Berliner klin. Wochenschrift 1908 Nr. 10 beschriebene neunte Fall erwähnt.

Zur Vermeidung von Rezidiven, die in den ersten operierten Fällen vom Verf. beobachtet wurden, wird eine Plastik des stehengebliebenen Perichondriums der resezierten Knorpel empfohlen, indem dasselbe über den Rippenstumpf gezogen und dort befestigt wird.

Loewenhardt (Breslau).

35) F. Wisshaupt. Ein Fall von Hypertrophie der Brustdrüse in der Gravidität.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 26.)

W. berichtet über einen Fall von Hypertrophie beider Brustdrüsen in der Schwangerschaft. Die betreffende Frau war zum dritten Male schwanger. In der zweiten Schwangerschaft nahm die Hypertrophie bereits solche Dimensionen an, daß im 7. Monate die Einleitung der Frühgeburt vorgenommen werden mußte.

W. entschloß sich diesmal im 4. Monate zur Amputation beider Brüste; die rechte wog 5700 g, die linke 6500 g. Heilverlauf normal. Pat. wurde von einem lebenden Kind entbunden. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

36) **Thévenot et Alamatrine.** Contribution à l'étude de la maladie kystique de Reclus.

(Province méd. 1908. Nr. 25.)

Die Reclus'sche Geschwulst, d. h. das doppelseitig auftretende Fibroadenokystom der Brustdrüse, von dem Reclus über 160 Fälle beobachtet hat, halten Verff. für eine Geschwulst rein entzündlicher Natur. Die Proliferation der Drüsenzellen hat keinen bösartigen Charakter. T. hat zwei Fälle mit gutem Erfolg operiert. Einer ist seit 7 Jahren geheilt. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

37) **L. Marchetti** (Mailand). Un caso di rottura totale sottocutanea dell' intestino per contusione addominale.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 9.)

Auf 69 Darmverletzungen, welche durch Bauchkontusionen entstanden sind, entfielen nach Cahier 1902 nur zwei mit totaler Zerreißung des Darmes, so daß die Publikation einer neuen Beobachtung gerechtfertigt erscheint.

18jähriger Deichgräber wird in einem engen Graben von abrutschender Erdmasse auf der linken Bauchhälfte getroffen, während der Rücken an die harte Wand angepreßt wird. Sofort ins Krankenhaus geschafft, zeigt er folgenden Befund: Kollapserscheinungen nebst Perforationssymptomen in der linken Bauchseite ohne eine äußere Verletzung. Nach Koffein- und Kochsalzinfusionen wird $1^1/_2$ Stunden nach dem Trauma der Leib links von der Medianlinie in lokaler Anästhesie eröffnet. Mäßige Blutaustritte im Unterhautzellgewebe, die tieferen Muskelpartien teilweise gequetscht. In der Bauchhöhle wenig geronnenes Blut, kein Kot, keine Exsudation; auf den ersten Blick auch keine Veränderung der Darmschlingen bis auf leichte Rötung; das große Netz anscheinend normal. Erst in der Fossa iliaca sinistra erscheint plötzlich ein vollkommen abgelöster Ileumstumpf, an einem längsgerissenen Mesenterium hängend, mit ringsum überquellender Schleimhaut. Etwa 15 cm höher oben findet sich nach längerem Suchen der andere Stumpf, von gleichem Aussehen. Einzelne kleine Gekrösgefäße bluten, einige Klümpchen und Tropfen Blutes werden entfernt; kein Kot oder Nahrungsbrei. Vereinigung der Darmenden mit einem Knopfe termino-terminal. Ein kleinerer oberflächlicher Einriß am Ileum, 6 cm abwärts der Rißstelle, wird noch übernäht. — Tod nach 43 Stunden. Nähte intakt. Akute diffuse septische Peritonitis.

M. mißt der besonderen Situation des Verunglückten beim Zustandekommen der Verletzung die Hauptschuld bei. Für die rasche Ausbreitung des Prozesses ist auch zu bedenken, daß die Darmenden sehr auseinander gerissen waren und also große Partien des Bauchfelles infizieren konnten. **J. Sternberg** (Wien).

38) **S. F. Wilcox.** Inunction of jodoform in tuberculous peritonitis.

(New York med. record 1908. Mai 2.)

W. führt drei Fälle von Peritonealtuberkulose an, welche er erfolgreich mit Jodoformeinreibungen auf die Bauchhaut behandelt haben will. Eine 10%ige ätherische Lösung des Mittels wird etwa mit der vierfachen Menge Olivenöl oder Lebertran vermischt und früh und abends längere Zeit eingerieben. In dieser Form soll das Medikament von der Haut absorbiert werden können.

Loewenhardt (Breslau).

39) **O. Klauber.** Fortschritte in der Perityphlitis- und Peritonitisbehandlung.

(Med. Klinik 1908. p. 1056.)

Die allgemeine Erniedrigung der Sterblichkeitszahl bei den Operationen des Lübecker Allgemeinen Krankenhauses (Roth) erklärt sich aus der Zunahme der

Eingriffe am Wurmfortsatz, deren Aussichten immer bessere geworden sind. Das beruht auf Abänderungen der Indikationen und der Technik. Die Appendicitis ist in jedem Krankheitsabschnitt unbedingt sofort, und zwar möglichst gründlich zu operieren. Auch im Spätstadium und bei ausgedehnter Erkrankung der Bauchhöhle gewährleistet den bestmöglichen Erfolg nur der gründliche Eingriff: Entfernung des Wurmfortsatzes, Durchmusterung der Bauchhöhle — ohne Scheu vor der etwaigen Lösung von Verklebungen —, Eröffnung aller Eiterherde, Ableitung der Absonderungen durch an den richtigen Stellen angelegte zweckmäßige Drainage — durch mit Gaze umwickelte starrwandige durchlochte Gummidrains. Dieses Verfahren im Verein mit sorgfältiger Nachbehandlung drückte die Sterblichkeit der im Spätstadium zur Operation kommenden Kranken von 23 auf 4 vom Hundert, die der an Bauchfellentzündung Leidenden von 57 auf 5 vom Hundert herab. Trotz gründlichen Operierens sind auch die Fernergebnisse besser: Die Einschnitte wurden bis auf ein kleines Löchelchen zur Primaheilung gebracht, und Fisteln blieben nie zurück. **Georg Schmidt** (Berlin).

40) **F. Weber.** Appendicitis und Gravidität.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 292.)

W., Dozent an der medizinischen Akademie in St. Petersburg, berichtet über fünf Fälle von Appendicitis bei Schwangeren aus eigener Beobachtung, die sämtlich operiert wurden. In zwei dieser Fälle hatten die im 3. Monate schwangeren Frauen leichtere subakute Entzündungsanfälle, die zunächst exspektativ behandelt wurden. Dann nach ca. 2—3 Wochen Appendektomie, im Intervall, die ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen glatt heilte. Die drei übrigen Pat., Schwangere von 3, 5 und 6 Schwangerschaftsmonaten betreffend, hatten eitrige Appendicitiden und wurden im Anfall operiert. Nur einmal fand sich der Abszeß nebst dem brandigen, perforierten und kotsteinhaltigen Wurm an normaler Stelle. — Die betreffende Kranke befand sich die ersten Tage bedenklich, doch heilte die zunächst stark eiternde Wunde, und wurde die Schwangerschaft ausgetragen, ein zurückgebliebener Narbenbauchbruch wurde durch Operation beseitigt. Im nächsten Falle wurde in der Nierengegend ein extraperitonealer Abszeß eröffnet, nachdem ein Bauchhöhlenschnitt in der Blinddarmgegend außer leichten Verwachsungen am Blinddarm nichts ergeben hatte. Glatte Heilung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft. Im letzten Falle fand sich ein sehr hoch gelegener Abszeß, gut von Därmen und Netz eingekapselt, dessen Situs dadurch erklärt wird, daß der hoch steigende Uterus den Blinddarm mit nach oben genommen hatte. Nach Appendektomie und Gazedrainage Heilung, doch erfolgte in der Nacht nach der Operation eine verfrühte Entbindung. Den Fällen von Schwangerschaftsappendicitis ist noch ein Fall von Appendicitis puerperalis hinzugefügt, der, 2 Wochen nach der Entbindung eingetreten, bei konservativer Behandlung genesen ist.

Der Mitteilung der eigenen Kasuistik hat W. eine Allgemeinbesprechung der Schwangerschaftsappendicitis unter Verwertung der einschlägigen Literatur (Verzeichnis derselben von 36 Nummern zum Schluß der Arbeit) voraufgeschickt, aus der manches Interessante zu entnehmen ist. Im ganzen ist die Appendicitis bei Schwangeren selten, so daß in der letzten statistischen Arbeit über sie nur 104 Fälle vorliegen. Teils werden chronisch appendicitisch kranke Frauen selten schwanger, teils übt eine Gravidität durch die Hyperämie der Bauchorgane eine Art Schutz gegen Wurmfortsatzerkrankung aus. Andererseits könnte allerdings die häufige Stuhlträgheit der Schwangeren zu Appendicitis prädisponieren. Im allgemeinen sind auch speziell die schwereren Appendicitisformen selten. Verursachung von Abort oder Frühgeburt durch Appendicitis, wobei Zerrung vorhandener Verwachsungen, auf die Genitalien übergehende Eiterung oder pyämische Infektion mit Mitbeteiligung des Placentarkreislaufes von Bedeutung sind, kommt vor, braucht aber nicht notwendig einzutreten, und ist über die Häufigkeit dieses Ereignisses nichts Sicheres statistisch feststehend. Jedenfalls verwirft W. den von McArthur aufgestellten Grundsatz, vor etwaigen Operationen stets einen künstlichen Abort einzuleiten. Die Diagnose und Differentialdiagnose wird nicht immer leicht, die

Prognose stets als ernst anzusehen sein. Therapeutisch lehnt W. den Standpunkt, in jedem Fall von Appendicitis bei Schwangerschaft eine Frühoperation zu fordern ab. Nur da, wo mit Wahrscheinlichkeit eine akut eitrige Entzündung anzunehmen ist, soll ohne Zeitverlust operiert werden. Liegen leichtere, subakute Fälle vor, so soll deren Rückgang abgewartet, dann aber im Intervallstadium bei noch bestehender Schwangerschaft appendektomiert werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) **Fiaschi.** The radical treatment of sliding hernia.

(Australasian med. Gazette 1907. November 20.)

Sliding Hernia wird der Vorfall von Eingeweiden oder Eingeweideteilen genannt, die keinen peritonealen Überzug haben. Nach Bull und Coley kam bei der Bassini'schen Methode auf acht derartige Fälle ein Rezidiv, während sonst bei 1076 Bassinioperationen die Zahl der Rückfälle 0,55% betrug. Wahrscheinlich ist die Zahl der Rezidive aber noch größer. Bei drei rezidivierenden Hernien nach Radikaloperation wurden bei der nochmaligen Operation die Bedingungen dieser bruchsacklosen Hernien gefunden.

Die Operation derartiger Hernien muß nach F. darin bestehen, die betreffenden Organe an die Bauchwand zu befestigen. Er benutzt dazu Mc Burney's winkelige »gridiron« Inzision. Die Entblößung der parietalen Wand von Bauchfell braucht nicht weit ausgedehnt zu werden, noch nicht halb soweit, als es nach Lenormant zur Befestigung des vorgefallenen Mastdarmes notwendig ist. Nach unten zu läuft der Schnitt in den zur Bassini'schen Operation notwendigen aus. F. hat auf diese Weise mit Erfolg operiert.

Bei einem 55jährigen Mann mit vorübergehend eingeklemmtem linksseitigen Leistenbruch fand sich ein Teil des vorgefallenen Colon descendens ohne Bruchsack. Außer Bassini wurde noch oberhalb die laterale Oberfläche des Dickdarmes an Fascie und Muskulatur der Bauchwand angenäht.

E. Moser (Zittau).

42) **P. Keimer.** Zur Behandlung der inkarzerierten Hernien, speziell bei Gangrän und Gangränverdacht.

Inaug.-Diss., Rostock, 1908.

Unter 106 Inkarzerationen der Rostocker Klinik war Gangrän des Darmes in 45 Fällen eingetreten = 42%; 33mal bei Schenkel- und 11mal bei Leistenbrüchen. 30 Fälle entfielen auf Frauen, 15 auf Männer. Bei Schenkelbrüchen trat die Gangrän also 3mal so oft ein.

Zum Tode führten von den gangränösen Brüchen 19 = 42%. Bei Kindern fehlten Fälle von Darmbrand ganz; im 8. Jahrzehnt dagegen kam Brand in 70% der Fälle vor mit 80% Mortalität. Nach Übernähung wurde 3mal die Radikaloperation angeschlossen, ohne Todesfall. Überhaupt sind mit der Übernähung günstige Erfahrungen gemacht worden. — Unter vier Vorlagerungen führte einer zum Tode. Dagegen endeten vier Fälle von künstlichem After alle tödlich, bei allen war der After aber als Ultima ratio angelegt worden.

Die primäre Darmresektion wurde 27mal, also in 60% der Gangränfälle, ausgeführt mit 11 Todesfällen = 40%. Neue Fälle erforderten Nachoperationen (Anus praeternaturalis, Enteroanastomose).

Die Operationen wurden in Narkose oder Lumbalanästhesie vorgenommen.

E. Moser (Zittau).

43) **L. Fischel.** Kurzer Beitrag zum Kapitel der Motilität des Magens.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 22.)

F. sucht durch zwei Fälle die Beobachtung zu erhärten, daß der Speisebrei in bezug auf die Motilität des Magens durchaus keine homogene Masse darstellt, sondern daß seine Komponenten ungleich schnell weiter befördert werden. Ferner sucht F. nachzuweisen, daß die Aziditätsbestimmung mit Rücksicht auf die schicht-

weise Ablagerung des Speisebreies keine einheitliche sein kann, wie Koritschan annimmt, sondern daß z. B. bei ein und demselben Probefrühstück, das in vier gesonderten Ausheberungen entleert wurde, die Azidität in jedem von diesen vier Proben ganz erheblich variierte. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

44) **Thelemann.** Beitrag zu den postoperativen Magen-Darmblutungen.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 80.)

T. beobachtete in zwei eigenen Fällen sehr erhebliche postoperative Darmblutungen. In Fall 1 hatte er einem 30jährigen Unteroffizier wegen eitriger Blinddarmentzündung den fest verklebten und perforierten Wurmfortsatz exstirpiert, wobei das Netz in keiner Weise beteiligt war. Durchaus regelrechter Wundverlauf, bis sich am 13. Tage unter heftigem Stuhldrang blutige Stühle einstellten, die mit einer kurzen Unterbrechung bis zum 18. Tage anhielten. Es bestand zeitweise quälender Stuhldrang, die Stühle waren sehr zahlreich, ganz wie bei Ruhr. Puls und Kräftezustand wurden aber nur wenig beeinflußt, und Pat., der früher nie an Darmblutungen gelitten hatte, genas völlig. In Fall 2 war Pat., ein Landmann, dessen Alter nicht angegeben ist, wegen Peritonitiserscheinungen 19 Stunden nach Erleiden eines Hufschlages gegen den Bauch laparotomiert worden. Aus der Bauchhöhle hatte sich überall hin verbreitete eitrige kotvermischte Flüssigkeit entleert, am Colon descendens war eine quere Zerreißung durch die vordere Hälfte des Darmes gefunden, welche nach Abtragung vorgefallener Schleimhautränder durch Naht geschlossen war unter Bildung eines kleinen Hämatomes. Ausgiebige Drainage, Zusammenziehung der Bauchwunde mit Silberdraht. Der stark kollabierte Mann erholte sich unter täglicher Anwendung von Kochsalzinjektionen, erlitt aber ebenfalls am 13. Tage Darmblutungen, und zwar schwerster Art. Er hatte zwei mannsfaustgroße frische Blutgerinnsel ohne Kotbeimengung entleert und war fast bis zur Pulslosigkeit kollabiert. Behandlung mit Kochsalzinjektionen und Einspritzung Merck'scher Gelatinelösung. Die nächsten 3 Tage wiederholten sich noch Blutungen in geringerem Grade, der Endausgang war auch in diesem Falle gut. Der Sitz der Blutung kann bei ihm nur in unmittelbarer Nähe der genähten Darmwunde gesessen haben.

Seine Fälle unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur epikritisch besprechend, erklärt T. dieselben nach v. Eiselsberg durch Annahme von aufsteigenden Thrombosen in venösen oder auch arteriellen Gefäßen nahe der Operationsstelle, gefolgt von Embolien in Darmgefäße, die zu Darmulzeration Anlaß gaben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

45) **T. Voeckler.** Eine seltene Form innerer Inkarzeration.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 381.)

Interessante Beobachtung aus dem städtischen Krankenhause Magdeburg-Altstadt (Direktor Dr. Habs). Die Laparotomie einer 63jährigen Frau wegen Ileus ergab Einklemmung von zwei Dünndarmschlingen in einer von einer Tube gebildeten Schlinge. Die betreffende Tube war stark in die Länge gezogen, der linken Seite angehörig, aber mitsamt dem ihr entsprechenden Eierstock, der in eine fast kindskopfgroße Dermoidcyste verwandelt war, nach rechts herübergeschlagen, wo die Cyste mit der Hinterfläche des breiten Mutterbandes und mit der Beckenwand verwachsen war. Extraktion der kaum veränderten Darmschlingen, Ovariotomie, Heilung. V. hebt das sehr seltene Vorkommen von durch Tuben bewirkten Einklemmungen vor, sowie auch den Umstand, daß hier eine »schlaffe« Darmeinklemmung vorlag, was bei innerer Einklemmung sehr ungewöhnlich ist.
Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) **Becker.** Über den Strangulationsileus (»über dem Band«).
(Med. Klinik 1908. p. 825.)

Geschichte einer akuten, mit Erfolg operierten Dünndarmabschnürung über einem Netzstrange (Abb.). Mehrere Monate vorher waren zwei Anfälle von Schmerzen in der Magengegend und Erbrechen aufgetreten. Vermutlich waren dieses die

ersten Erscheinungen einer nach schleichend und unbemerkt abgelaufener Wurmfortsatzentzündung zurückgebliebenen Netzstrangverwachsung. Der Strang, der breit und beweglich vom Netz herkam, setzte sich nach hinten ohne besondere Eigentümlichkeit spitzwinkelig an der Darmwand, an der dem Gekrösansatze gegenüberliegenden Stelle an. Hier war das Gekröse auffällig verkürzt und verdickt, der Darm so der Wirbelsäule beträchtlich genähert. **Georg Schmidt** (Berlin).

47) E. Schmidt. Über die Entstehung eines Mesenterium ileocolicum commune.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 198.)

S. beschreibt aus dem hygienischen Institut in Posen, pathologisch-anatomische Abteilung, zwei Sektionsbefunde. Der erste betrifft einen 18jährigen Mann, der, in bereits nicht mehr operationsfähigem Zustand im Krankenhause aufgenommen, an Ileus gestorben war. Die Obduktion ergab eine Achsendrehung des Blinddarmes um 360°, dadurch ermöglicht, daß das Colon ascendens zusammen mit dem Ileum an einem gemeinsamen Mesenterium saß. Außerdem fanden sich zahlreiche abnorme Verwachsungen des Dickdarmes unter sich und mit den Nachbarorganen; und zwar verläuft das Kolon von der Pylorusgegend des Magens an hinter diesem und dicht vor der hinteren Bauchwand über die linke Niere hinweg unter Bildung kleiner Schlängelungen, als wäre es durch Narben verschnürt. Auf Grund dieser Befunde nimmt S. eine fötale Peritonitis an, die den Darm vorzeitig festlegte, seine freie Entfaltung hinderte und zur Bildung des gemeinsamen Mesenteriums Anlaß gab. Der zweite Fall betrifft ein einjähriges Mädchen, das, den größten Teil seines Lebens im Krankenhause verbringend, das klinische Bild der Pylorusstenose, beziehentlich übermäßiges Erbrechen nach jeder Mahlzeit gezeigt hatte. Bei der Sektion zeigte sich der Pylorus auch in der Tat unwegsam, aber nicht durch Muskelhypertrophie usw., sondern durch Druck eines Darmes von außen. Der Blinddarm war am Übergange in das Colon ascendens nach oben geknickt und lag mächtig aufgebläht auf dem Pylorus, diesen zusammendrückend. Starke Darmmuskelhypertrophie oberhalb der Knickungsstelle sprach für langes Bestehen dieser Dislokation. Dabei war der geknickte Blind-Dickdarm abnorm beweglich und auch abnorm lang. Denn wenn er der normalen Lage genähert wurde, reichte er noch 4 cm weit unter das rechte Poupart'sche Band hinab. Auch die Flexura coli sinistra und das Colon sigmoideum sind schlingenartig stark verlängert. Das auch in diesem Falle vorhandene gemeinsame Mesenterium ileo-colicum will S. nun auf die zu große Länge des Dickdarmes zurückführen. Er nimmt an, daß die letztere imstande ist, die Verwachsung des Mesokolon, bzw. die retroperitoneale Befestigung des Colon ascendens an richtiger Stelle zu hemmen, was für Erhaltung des Mesenteriums in überabnormer Länge ausschlaggebend ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

48) W. A. Oppel. Über die operative Heilung äußerer Kotfisteln.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

O. bespricht die Frage nach verschiedenen Richtungen und führt im ganzen neun Fälle an, die sämtlich anzuführen sich hier erübrigt.

Einen Beweis dafür, wie fest die Bauhin'sche Klappe schließen kann, bringt folgender Fall S. P. Fedorow's, dem nach O. einzigen in der Literatur bekannten, in dem am Menschen die Monprofit'sche Operation ausgeführt wurde. Wegen Karzinom wurden das halbe Querkolon, Colon descendens und ein Stück der Flexur entfernt. Das Querkolon wurde geschlossen, sodann eine Ileumschlinge durchtrennt und die beiden Enden getrennt voneinander in die Flexur eingepflanzt. Die Folge war, daß das Colon ascendens sich füllte und bei steigender Dehnung die Verschlußstelle des Querkolon nachgab und zum Ausgangspunkt einer Peritonitis wurde. Aus dem Blinddarm in das Ileum hatte nichts übertreten können.

Für Fisteln im Bereiche des Ileum empfiehlt O., gestützt auf die Versuche von S. R. Mirotwórzew, die Anwendung künstlicher Klappen. Er macht eine Ileokolostomie, durchschneidet aber nicht den zwischen der Anastomose und dem

auszuschaltenden Bezirk liegenden Ileumteil, sondern bildet in ihm eine »Klappe«. Über die Technik ist kein Wort gesagt, doch scheint aus einer (stark schematischen) Zeichnung hervorzugehen, daß es sich um eine Strikturbildung durch Einschnürung handelt. Durch die Autopsie konnte O. nachweisen, daß diese Stelle für Kot absolut undurchgängig gewesen war. **V. E. Mertens** (Kiel).

49) **F. Schilling.** Eingeweideprolaps infolge erhöhten Innendruckes.
(Med. Klinik 1908. p. 903.)

Ein Mann, der wiederholt an Blutungen aus äußeren und inneren Hämorrhoiden gelitten hatte und derzeit verstopft war, sprang 4 Stufen einer Treppe herab. Dabei empfand er einen heftigen Schmerz und hatte sich einen nicht unbedeutenden Mastdarmvorfall zugezogen. Die Rücklagerung gelang unschwer.

Die gesteigerte Bauchpresse vermag nur auf entsprechend vorbereitetem Gebiet einen Mastdarmbruch hervorzurufen. **Georg Schmidt** (Berlin).

50) **C. Goebel.** Über Rektumstrikturen.
(Med. Klinik 1908. p. 1014.)

1) Mastdarmverengerung bei einem jungen Mädchen, bei der die mikroskopische Untersuchung und das Forschen nach Spirochäten im Stiche ließ und erst die Feststellung des gleichen Leidens auf luetischer Grundlage bei der Mutter Klarheit brachte. 2) Tuberkulöse Mastdarmstenose ohne Fistel durch submuköse Entwicklung tuberkulösen Granulationsgewebes mit nachheriger Verkäsung; teilweiser Ausheilung und narbiger Schrumpfung. 3) Echte tuberkulöse Trichterstenose des Mastdarmes ohne reichliche Durchfälle. 4) Ausgiebige Stenose des Mastdarmes unbekannter Ursache, geheilt durch Kolostomie ohne Anwendung von Spülungen. 5) Mastdarmverengerung nach gynäkologischer Operation; Kreuzbeinresektion, Längsschnitt in den freigelegten Mastdarm, quere Vernähung, Wegfall der Beschwerden.

Für die Spülbehandlung der Proctitis ulcerosa wird ein dickes doppelläufiges Rohr (H. Haertel-Breslau) empfohlen. **Georg Schmidt** (Berlin).

51) **A. Exner.** Über nichtmelanotische Sarkome des Mastdarmes.
(Med. Klinik 1908. p. 858.)

In den Hochenegg'schen Kliniken wurden in den Jahren 1900—1906 unter 500 bösartigen Mastdarmgeschwülsten 6 Sarkome, darunter 2 Melanosarkome beobachtet. Ein Drittel der Mastdarmsarkome sind nicht melanotisch. Krankengeschichten zweier mit günstigem Ergebnis Operierter; das eine Mal konnte der Erfolg noch nach 1 Jahr bestätigt werden, obgleich die ganze Darmwand von der Geschwulst durchsetzt war (Abbildung des operativ gewonnenen Präparates). Es waren Kleinrundzellensarkome.

Von Hämorrhoidalknoten können Sarkome ausgehen; in zwei Fällen von Myosarkom des Mastdarmes (Krankengeschichten, Abbildungen des Spindelzellengewebes) gelang die Operation; freilich starb der eine Kranke bereits nach mehreren Monaten am Rückfall. **Georg Schmidt** (Berlin).

52) **Lotsch.** Die subkutane Milzzerreißung und ihre Behandlung.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 90.)

L. berichtet über vier in einem (!) Jahre (1907) im Krankenhaus (Magdeburg-Altstadt) beobachtete Milzzerreißungen, von denen zwei durch Laparotomie und Milzexstirpation geheilt wurden. Ein dritter Pat., durch Eisenbahnwagenpuffer verletzt, die auch Rippenbrüche veranlaßt hatten, ist ebenfalls splenektomiert, starb aber an Herzschwäche, und ebenso starb der vierte Kranke, der die Operation verweigert hatte, und zwar an Blutungen aus einem geplatzten Aneurysma der Dickdarmwand, das wahrscheinlich auch durch das erlittene Bauchtrauma veranlaßt war. Als hervorstechendstes Symptom der Milzzerreißung erwies sich eine hochgradige Anämie. Berücksichtigung der Anamnese, dazu Krämpfe der Bauchmuskeln, Dämp-

fung in der Milzgegend, das bildet — neben der Anamnese — ein eine richtige Diagnose sehr wohl gestattendes Bild. Die Operation läßt sich sehr rasch ausführen, L. brauchte in den zwei von ihm selbst versorgten Fällen bis zur Abklemmung des Milzstieles, mit welcher die operative Hauptaufgabe erledigt ist, nur 10 bzw. sogar nur 5 Minuten. Der Schnitt werde am Außenrande des linken M. rectus bzw. durch dessen Substanz hindurchgeführt. Bestätigte sich die Diagnose durch den Befund des Blutergusses in der Bauchhöhle und durch Tastung von Rissen in der Milz, so ist es zweckmäßig, einen ausgiebigen Querschnitt im 8. Interkostalraum hinzuzufügen, wobei die Knorpel der 9. und 10. Rippe unter sorgfältiger Schonung der Pleura zu resezieren sind.

L. geht kurz auf die Statistik der Milzzerreißungen ein. Sie lehrt, daß als einzig rationelle Behandlung die sofortige Laparotomie anzusehen und die Splenektomie der Splenorrhaphie und Tamponade vorzuziehen ist, besonders weil meistens Risse am Milzhilus vorhanden sind, welche mit Naht und Tampon nicht sicher versorgbar sind. Die Blutbildung wird durch die Milzentfernung nur vorübergehend gestört; der eine Genesene L.'s hatte bereits nach 14 Tagen normalen Hämoglobingehalt und normale Erythrocytenzahl; ebenso fand L. bei seinen Rekonvaleszenten weder Lymphdrüsenschwellungen noch Druckempfindlichkeit der langen Röhrenknochen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

53) **V. E. Watkins.** Traumatic rupture of the spleen with report of a case.

(New York med. record 1908. März 14.)

W. berichtet über einen Fall von traumatischer Milzruptur, die mit Erfolg durch Laparotomie und Tamponade behandelt wurde. Von der Splenektomie wurde nach Angabe wegen schlechten Allgemeinbefindens auf dem Operationstisch abgesehen, um den Eingriff möglichst abzukürzen. **Loewenhardt** (Breslau).

54) **E. Bircher.** Die Chirurgie der nichtparasitären Milzcysten.

(Med. Klinik 1908. p. 999.)

An der Hand einiger 50 veröffentlichten Fällen wird das pathologische und klinische Krankheitsbild besprochen. Es wurde 33mal operiert, meist mit gutem Erfolge. Das Verfahren der Wahl ist die Resektion der Cyste oder die völlige Entfernung der Milz mit der Cyste. Der letztgenannte Eingriff ist bei einiger Vorsicht technisch einfach, wurde 15mal vorgenommen und führte stets zu voller Heilung, ohne daß das Fehlen der Milz nachträglich Beschwerden machte. Literaturverzeichnis. **Georg Schmidt** (Berlin).

55) **Couteaud.** Sur un cas curieux d'abcès gazeux du foie compliqué d'hépatoptose.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 24.)

Ein Referat Le Dentu's über obige Beobachtung, einen 59jährigen Tropenoffizier betreffend, der 2 Jahre durch Schmerzen in der rechten Schulter geplagt war. Fieber, Druckschmerzhaftigkeit der von früher her herabgesunkenen Leber und blutiger Auswurf führten schließlich zur Diagnose, die durch Probepunktion bestätigt wurde. Peripleurale Eröffnung von hinten durch den 11. Interkostalraum bei verwachsenen Pleuren.

Der eitrige Inhalt war mit Gas gemischt, das von einer Kommunikation des Abszesses mit einem Bronchus herrührte. Heilung.

Le Dentu bemerkt hierzu, daß der Gasgehalt der Leberabszesse auch idiopathisch auftreten könne und führt hierfür einige Beispiele eigener Beobachtung an.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

56) **Michaux.** Volumineux épithélioma de la vésicule biliaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 658ff.)

Es handelte sich um eine mannskopfgroße Geschwulst, die vor der Operation als vom Eierstock ausgehend angesprochen war. Um sie auszulösen, mußte ein

Leberstück reseziert, Verwachsungen mit Netz, großer Kurvatur, Duodenum und Colon transversum gelöst werden. Das Mikroskop brachte die oben angegebene Diagnose. Pat. überstand die Operation gut. **Kaehler** (Duisburg-M.).

57) **Ashhurst.** Perforation of the gall-bladder during typhoid fever; cholecystectomy; recovery.

(Amer. journ. ot the med. sciences 1908. April.)

Ausführliche Krankengeschichte zweier Fälle von Perforation der Gallenblase bei Typhus. Beide Fälle wurden laparotomiert, davon der eine mit Erfolg. Literaturzusammenstellung. **Levy** (Wiesbaden).

58) **H. Flörcken.** Das Fadenrezidiv nach Gallensteinoperationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 310.)

In der Würzburger Klinik (Prof. Enderlen) kam eine früher von Schönborn wegen Empyem und Steinen cholecystotomierte Kranke zu erneuter Operation, welche diesmal in Ektomie bestand. In der exstirpierten Gallenblase befanden sich außer zwei freien Gallensteinen, die wahrscheinlich bei der früheren Operation zurückgelassen waren, drei Konkremente, in welchen Fäden — offenbar den Fixationsnähten bei der früheren Operation entsprechend — enthalten waren. Die Konkremente bestanden aus gemischtem Cholesterinpigmentkalk. F. stellt die in der Literatur sonst beschriebenen Fälle von Gallensteinbildung um Fäden zusammen, es sind deren nur sieben. Ätiologisch weist er darauf hin, daß die durch ihre Einnähung verringerte Beweglichkeit der Gallenblase die Steinbildung begünstigen wird, daß ferner die die Fäden umgebende kapilläre Flüssigkeitsschicht die Bakterienansiedlung erleichtern, und daß wahrscheinlich auch die Luschka-schen Gänge der Gallenblasenschleimhaut von Bedeutung für die Konkrementbildung sein werden. Im übrigen, meint er, würden die Fadenrezidive der Cholelithiasis bald genug verschwinden, wenn entweder nur Catgut zu Blasennaht genommen wird oder nur lang gelassene Fäden benutzt und später extrahiert werden würden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

59) **A. Dreifuss.** Beiträge zur Pankreaschirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 432.)

D. publiziert drei von Alsberg im jüdischen Krankenhaus in Hamburg mit glücklichem Erfolg operativ behandelte Fälle von Pankreasaffektionen.

Fall I betrifft die subkutane Verletzung des Pankreas bei einem 19jährigen Malergehilfen, der, auf dem Fahrrad sitzend, in voller Fahrt mit der Magengegend gegen eine Wagendeichsel geprellt war. 42 Stunden nach dem Unfalle mußte laparotomiert werden, da bei schlechtem Befinden eine beginnende Peritonitis infolge innerer Verletzung vorhanden zu sein schien. Es fanden sich in den Tiefen der Bauchhöhle Blutmassen, im Netz zahlreiche Fettnekrosen, Ödem und Fettnekrosen im Lig. gastro-colicum, und links in diesem auch ein Loch, durch welches zwei Finger in den Winslow'schen Sack gelangen. Ausräumung von Blutgerinnseln aus letzterem, Vorliegen einer zerquetschten Stelle im Pankreas. Die noch nicht stehende Blutung wird durch provisorische Tamponade gestillt, dann der Herd und die Höhle mit Gazestreifen drainiert. Nach bald eintretender Besserung und einer reichlichen Absonderung, in der nekrotische Gewebsfetzen und Pankreassaft mit entleert wurden, völlige Genesung, wobei die Fistel binnen 56 Tagen nach der Operation sich schloß. D. hält diesen Fall für den ersten, bei dem bei isolierter subkutaner Pankreasverletzung mit Erfolg operiert ist.

Fall II ist bezeichnet als »Pancreatitis haemorrhagica acuta mit Ausgang in Erweichung; Platzen des Exsudates in die freie Bauchhöhle; zweimalige Laparotomie; Heilung«. Pat., 15 Jahre alt, hatte die letzten Jahre öfter Magenschmerzen und war jetzt, nach einer starken Abendmahlzeit, nachts mit sehr starken Leibschmerzen erkrankt. Unter Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Appendicitis Laparotomie mittels Schrägschnittes rechts am 2. Tage. Entleerung blutig-serösen Exsudates;

der Wurm zeigt sich gesund. Oben in der Bauchhöhle findet sich blutige Imbibition des Lig. gastro-colicum, auch Fettnekrosen. Stumpfes Durchgehen durch das genannte Ligament, Einritzung des Bauchfellüberzuges des hämorrhagisch infiltrierten Pankreas, Einlegung eines Gazedrains. Wenig befriedigender Verlauf, Magen- und Leibschmerzen, Unruhe, peritonitische Symptome mit nachweisbarer Flüssigkeitsansammlung im Bauche, weshalb 18 Tage nach der Operation zum zweiten Male laparotomiert wurde. Entleerung reichlicher rötlich-schleimiger Flüssigkeit, Spülung und Austupfen der Bauchhöhle. Links neben und hinter dem Magen, von woher besonders viel Flüssigkeit hervorquoll, findet sich im Bauchfell ein 5markstückgroßes Loch, welches in eine große, zerfetzte, jene Flüssigkeit entleerende Höhle führt, Gazedrainage derselben. Hiernach allmähliche Besserung unter reichlicher Entleerung von nicht eitrigem Sekret, in welchem die Pankreasfermente nachgewiesen wurden, und welches nach Darreichung antidiabetischer Diät mit Natr. bicarbon. an Quantität abnahm. Fistelschluß nach 85 Tagen, völlige Wiederherstellung ohne Diabetes mit starker Gewichtszunahme.

Fall III, »akute Pankreasnekrose mit Ausgang in Abszedierung; retroperitoneale Eröffnung, Heilung«, betrifft eine 48jährige Frau, die jahrelang an Gallensteinkoliken gelitten hatte. Jetzt hatte sich unmittelbar nach angestrengtem Heben ein besonders heftiger Schmerzanfall und darauf rechts in Bauch- und Lendengegend eine mannskopfgroße, kaum druckempfindliche Geschwulst eingestellt. Durch Lendenschnitt, sowie durch Eröffnung der Bauchhöhle wird festgestellt, daß die Geschwulst extraperitoneal sitzt und mit der Niere nichts zu tun hat. Ihre Eröffnung entleert viel stinkenden Eiter aus einer weiten, glattwandigen, nekrotische Gewebsfetzen enthaltenden Höhle. Danach Heilung unter Entleerung reichlichen Sekretes, in welchem ein diastatisches und tryptisches Ferment nachgewiesen ist. Fistelschluß nach 126 Tagen; starke Gewichtszunahme.

Außer den Krankheitsberichten bringt D. klinische Allgemeinbesprechungen über die interessierenden Pankreasaffektionen und ein 33 Nummern enthaltendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

60) **Mauclaire.** Un cas de pancréatectomie partielle pour *épithélioma* de la tête du pancréas.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 871.)

Die Geschwulst saß am unteren Rande des Pankreaskopfes und wurde durch das Lig. gastro-colicum hindurch angegangen. Die Auslösung gelang verhältnismäßig leicht; die Geschwulst hatte die Größe einer halben Mandarine. Eine Cholecystostomie wurde der Sicherheit halber angefügt. Nach Entfernung des Tampons auf der Pankreaswunde ging die Galle wieder den natürlichen Weg. Die histologische Untersuchung ließ ein Epitheliom erkennen. Pat. ging an Kachexie $2^1/_2$ Monate später zugrunde. **Kaehler** (Duisburg-M.).

61) **Vittone.** L'idropolitermo-Vittone.

(Giorn. della R. Accad. di med. di Torino 1908. Nr. 3—5.)

Verf. beschreibt einen neu konstruierten Heißwasserapparat, der gleichzeitig als Instrumenten- und Verbandstoffsterilisator sowie als Inhalationsapparat und Thermostat angewendet werden kann und endlich auch die Herstellung von sterilisiertem Wasser gestattet.

Der kompendiöse Apparat wird von Janetti & Cie. in Turin in den Handel gebracht und dürfte sich für die Bedürfnisse des praktischen Arztes und der Sprechstunde empfehlen, wenn der nicht erwähnte Preis nicht zu hoch ist. **Strauss** (Nürnberg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 40. Sonnabend, den 3. Oktober 1908.

Inhalt.

Aus dem gewerkschaftlichen Krankenhaus in Orlau.

Fixation der Wanderniere und Wanderleber mit Magnesiumplatten.

Von

Dr. Josef Gobiet,
Chir. Ordinarius.

Die immer wieder auftauchenden neuen Vorschläge für die Fixation der Wanderniere sind ein Beweis dafür, daß keine der bisherigen Methoden völlig befriedigt. Eine sichere Fixation der Niere an annähernd normaler Stelle scheitert an der Unsicherheit der Naht. Legt man die Naht durch das Nierenparenchym, so schneidet dieselbe beim geringsten Zuge durch. Legt man die Naht, wie es zumeist geübt wird, nur durch die abgelöste Capsula propria, so reißt dieselbe bei dem Versuche, die Niere halbwegs an ihren normalen Standort hinter die Rippen zu bringen, gewöhnlich bis auf eine schmale Gewebsbrücke

durch. Man beendet die Operation mit einem Gefühle der Unsicherheit bezüglich der Haltbarkeit der Fixation und begnügt sich, um einen stärkeren Zug zu vermeiden, die Niere an einem viel tieferen Punkte zu fixieren, als es ursprünglich beabsichtigt war. Diese Unsicherheit der Naht führte dazu, daß von einigen (Riedel) außer der Naht eine ausgiebige Tamponade, von anderen (Senn) die Tamponade allein ausgeführt wurde. Diese Verfahren erfordern eine ungewöhnlich lange Bettruhe, nach Riedel 10—12 Wochen. Ähnliche Schwierigkeiten treten uns noch in erhöhtem Maß entgegen bei der Fixation der Wanderleber. Auch hier schneiden die durch das Parenchym gelegten Nähte leicht durch, die durch die dünne Leberkapsel gelegten Nähte sind wohl nicht imstande, ein so schweres Organ auf längere Zeit in sicherer Fixation zu erhalten.

Es ist Payr's Verdienst, die resorbierbaren Magnesiumplatten zur Naht von parenchymatösen Organen eingeführt zu haben. Dieselben haben sich bei einer Reihe von Fällen zur Lebernaht nach Resektion oder Verletzungen bestens bewährt.

Ich ging in zwei Fällen von Wanderniere und in einem Falle von totaler Wanderleber in der Weise vor, daß ich das betreffende Organ zwischen Magnesiumplatten und Rippen mittels Silberdraht fixierte. Die Methode erwies sich als leicht und rasch ausführbar. Der momentane Effekt der Fixation war ein guter, wie bei keiner der anderen von mir versuchten Methoden. Auch der Dauererfolg scheint mir, bisher allerdings infolge Kürze der Beobachtungszeit nur auf Grund theoretischer Erwägung, vielversprechend zu sein. Hervorzuheben ist auch die Kürze der Bettruhe, da die Pat. bereits nach 8—10 Tagen das Bett verlassen. Aus diesen Gründen erscheint mir die Veröffentlichung der Methode geboten.

Bei der Fixation der Niere ging ich folgendermaßen vor: Hautschnitt längs des unteren Randes der 12. Rippe, nach vorn zu schräg gegen den Darmbeinkamm abbiegend. Isolierung der 12. Rippe von Muskulatur und Pleura. In der Mitte der Rippe werden in einem Abstande von 3 cm zwei Löcher gebohrt, wobei ein unter die Rippe geschobenes Raspatorium die Pleura vor Verletzung schützt. Freilegung und Luxation der Niere. Abstreifen und teilweise Resektion der Fettkapsel. Eine Ablösung der Capsula propria ist unnötig. An der Vorderfläche der Niere wird an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel eine 4 cm lange, 1 cm breite, 1 mm dicke Magnesiumplatte[1], welche nahe ihren Breitseiten durchlöchert ist, schräg zur Längsachse der Niere angelegt. Nun wird ein mittelstarker Silberdraht mit geraden, stumpfen Nadeln (Kusnizoff'sche Nadel) doppelt armiert durch Magnesiumplatte, ganze Dicke der Niere und das korrespondierende Bohrloch der Rippe durchgeführt und über der Rippe zusammengedreht, wobei man darauf zu achten hat, daß die Niere zwischen Rippe und Magnesiumplatte nicht zu stark gedrückt

[1] Erhältlich bei C. W. Rohrbeck's Nachfolger, Wien I., Kärnthnerstraße 59.

werde. Sorgfältige Blutstillung. Naht der Muskeln und Fascien mit Catgut. Völlige Hautnaht ohne Drainage. Die Heilung erfolgte in beiden Fällen per primam. Die Pat. verließen nach 8 und 10 Tagen das Bett.

In einem Falle von totaler Wanderleber führte ich die Operation folgendermaßen aus: Längsschnitt am rechten Rectusrande, in Nabelhöhe beginnend, nach oben mehrere Zentimeter über den Rippenbogen verlaufend. Ablösen der Weichteile nach beiden Seiten vom Rippenbogen. 2—3 cm vom freien Rande des Rippenbogen entfernt, werden vier Bohrlöcher im Rippenbogen angelegt. Der Abstand zwischen je zwei Bohrlöchern beträgt 4 cm. Nunmehr werden zwei 5 cm lange, 2 cm breite, 1 mm dicke, nahe ihrer Breitseite durchlöcherte Magnesiumplatten an der Unterfläche der Leber angelegt, einige Zentimeter vom freien Leberrande entfernt, die eine Platte nahe der Gallenblase, die zweite nach außen in einiger Entfernung von der ersten. Nun wird ein starker, mit stumpfer Nadel doppelt armierter Silberdraht durch Magnesiumplatten, ganze Dicke der Leber und korrespondierende Bohrlöcher des Rippenbogens durchgeführt. Die Drähte werden über dem Rippenbogen zusammengedreht, jedoch erst bis beide Nähte angelegt sind. Ich habe in meinem Falle, da ich nur schwachen Silberdraht zur Verfügung hatte, welcher mir beim Knoten zerriß, starkes Catgut verwendet. Jedoch empfehle ich, der Sicherheit wegen prinzipiell mit Silberdraht die Naht auszuführen. Bauchnaht in drei Etagen. Die Heilung erfolgte reaktionslos.

Nach gleicher Methode kann man auch eine Wandermilz am linken Rippenbogen fixieren.

Die Vorteile meiner Methode sind folgende: Die Naht durchsetzt die ganze Dicke des Organes, ohne daß, dank dem Durchleiten des Drahtes durch die Magnesiumplatte einerseits, die durchbohrte Rippe andererseits, das Parenchym einreißt. Man kann ungestraft einen beliebig starken Zug ausüben, um das Organ an seinen normalen Standort hinaufzuziehen, wie es wohl bei keiner der anderen Methoden möglich ist. Die Lage, die ich erzielte, war daher auch eine ideale. Die Niere überragte nur mit dem unteren Pole die 12. Rippe, die Leber war nur in der Ausdehnung eines Querfingers unterhalb des Rippenbogens sichtbar. Der Dauererfolg dürfte ebenfalls ein guter sein. Nach den Untersuchungen Payr's hat das Magnesiummetall die Eigenschaft, eine außerordentlich lebhafte Bindegewebsproliferation zu erzeugen. Es dürfte daher nach Ablauf mehrerer Wochen, wo die Magnesiumplatte infolge Resorption ihre Haltbarkeit zu verlieren beginnt, eine genügend feste Narbenbildung um das fixierte Organ stattgefunden haben. Sollte diese Narbe zur Fixation nicht genügen, so ist zur Sicherheit die Silberdrahtschlinge da, welche das Organ dauernd an den Rippen aufhängt.

Auf Grund dieser Ausführungen glaube ich die Methode zur Nachprüfung empfehlen zu können.

---

1) **G. Parlavecchio.** Ein Fall aleukämischer Lymphadenie von endotheliomatöser Natur.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 3.)

P. gibt einen ausführlichen kritischen Bericht über den heutigen Stand unserer Kenntnisse über die Lymphadenien. Er teilt sie ein in aleukämisch regionäre Lymphknotenleiden, in aleukämisch regionär-systemische Lymphknotenerkrankungen und in leukämisch-systemische Prozesse. Diese Einteilung hält er heute für die passendste, nur das Lymphknotenendotheliom will nicht in sein Schema sich recht einfügen, ebensowenig wie es sich bisher in andere Einteilungsprinzipien gefügt hat. Weiterhin beschreibt Verf. auf das genaueste die Krankengeschichte und mikroskopischen Präparate eines Falles, bei dem die anatomische Untersuchung eine Wucherung der Endothelien ergab. Wahrscheinlich war dieses Endotheliom aus der Auskleidung der Lymphbahnen und -Räume entstanden, wie dies aus der Lage der ausgebildeten und besonders der ganz jungen, beginnenden Nester hervorging. Ätiologisch muß man bei einem solchen Prozeß an Infektion denken, an zirkulierende Keime, die imstande sind, Proliferationserscheinungen in den zunächst getroffenen Zellelementen und entzündliche Reaktionserscheinungen in den nächst gelegenen Follikeln und Marksträngen zu erregen. Ein leukämischer Befund fehlte in dem Falle.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) **Prinzle.** A method of operation in cases of melanotic tumours of the skin.

(Edinb. med. journ. 1908. Juni.)

Die von der Haut (Naevis) ausgehenden melanotischen Geschwülste sind nicht immer Sarkome, wie man sie früher stets bezeichnete, sondern auch sehr häufig Karzinome. Beide Arten melanotischer Neubildungen haben die Neigung, nicht nur in den regionären Lymphdrüsen, sondern auch im Verlaufe der Lymphgefäße metastatische Geschwülste zu erzeugen. Gerade letzterer Punkt ist wenig beachtet, und doch hängt von der radikalen Entfernung sämtlicher Drüsen mitsamt dem umgebenden Gewebe der Erfolg ab, wie Verf. an zwei Fällen zeigt. In beiden exzidierte er die primäre Geschwulst weit im Gesunden, führte den Schnitt (es handelte sich um ein Melanosarkom des Oberarmes sowie des Oberschenkels) bis zur Achsel bzw. zur Leistengegend, und entfernte die mit der Primärgeschwulst zusammenhängenden Lymphstränge und Drüsen, sowie das umgebende Fett- und Fasciengewebe. Die erste Pat., ein zur Zeit der Operation 17 Jahre altes Mädchen, ist seit $9^1/_2$ Jahren gesund, der zweite Pat., ein 30jähriger Mann, wurde im Oktober 1906 operiert und hatte bei der Nachuntersuchung im Februar 1908 kein Rezidiv, befand sich vielmehr sehr wohl. Verf. empfiehlt daher sein Verfahren bei den melanotischen Geschwülsten der Haut.

Jenckel (Göttingen).

3) **Tomkinson.** X-Rays in the treatment of cutaneous tuberculosis.

(Practitioner 1908. Juni.)

Bei Lupus vulgaris und Tuberculosis verrucosa hat Verf. mit gutem Erfolge die Röntgenstrahlen angewandt. Sein Verfahren ist folgendes: Die Bestrahlung erfolgt zuerst 3—5 Minuten lang auf eine kleine Partie der erkrankten Haut; nach einigen Tagen wird die ganze Fläche 3—4 Tage hindurch 5 Minuten lang bestrahlt. Dann wird Unna's Salizylkreosotpflaster aufgelegt oder, wenn dies nicht vertragen wird, vorher die Fläche mit einer 10—20%igen Kokainlösung eingepinselt. Nach 10 Tagen wird die Einpinselung mit Kokain wiederholt, die Haut getrocknet und dann mit folgender Flüssigkeit eingerieben:

Rp.: Acid. carbolici 50%
Acid. lactici 15%
Acid. salicylici 15%
Alcoh. absolut. 20%.

Einige Minuten später kommt folgende Lösung zur Verwendung:

Rp.: Acid. carbolici 80%
Alcoh. absolut. 20%.

Bei sehr ausgedehnten Erkrankungen kann auch der Thermokauter mit gutem Erfolg angewandt werden. Nach der Kauterisation wird die Wundfläche mit sterilem Lint, das in Karbolöl (1 : 30) getaucht ist, bedeckt, und hinterher ein Läppchen mit einer 20%igen wäßrigen Lösung von Ichthyol aufgelegt, bis völlige Heilung erfolgt ist. Dann wird wieder die Bestrahlung (kurze Exposition 3—5 Minuten lang) eingeleitet. Nach 3—4 Monaten wird diese Behandlung für längere Zeit ausgesetzt, später nötigenfalls wiederholt. **Jenckel** (Göttingen).

---

4) **Fagge.** The importance of accurate diagnosis and the treatment of fractures in the vicinity of joints.

(Practitioner 1908. April.)

Vor der planlosen, schematischen Deuchleuchtung eines jeden Knochenbruches mittels Röntgenstrahlen ohne vorherige genaue Untersuchung und Stellung der bestimmten Diagnose warnt Verf. ganz entschieden und will die X-Strahlen nur dann angewandt wissen, wenn die Diagnose zweifelhaft ist, sowie zur Kontrolle, ob die angestellten Repositionsversuche von Erfolg gekrönt waren und eine einigermaßen gute axiale Vereinigung garantierten, oder nicht. Auf keinen Fall soll man bei Mißlingen der Repositionsversuche oder zu schlechter Stellung der Bruchstücke bei den Gelenkbrüchen allzulange mit einem operativen Eingriff warten, da die nötige Korrektion durch die Operation bald nach der Verletzung leichter sei und auch ein besseres funktionelles Resultat erzielt werden könne als späterhin, wo Verwachsungen beständen und die Kontraktion der Muskulatur hindere.

Bei alten, mit starker Verschiebung komplizierten Gelenkbrüchen (Schulter, Ellbogen) hält Verf. die Resektion für das beste Verfahren und hat gute Resultate davon gesehen. **Jenckel** (Göttingen).

---

5) **E. Beck.** Über Osteoarthritis deformans endemica im Transbaikalgebiet.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 3.)

Verf. konnte als Militärarzt im Transbaikalgebiet feststellen, daß dort endemisch eine Krankheit vorkommt, die durch Gelenkverdickung, Knarren, Bewegungsbeschränkung und Flexionsstellung, zuweilen durch Wachstumshemmung des Skelettes charakterisiert ist. Fälle von einseitiger Erkrankung kommen selten vor, meistens sind mehrere Gelenke befallen, in allererster Linie die Interphalangealgelenke, die Ellbogen-, dann die Knie-, Hand- und Fußgelenke. Das Leiden verläuft schleichend, fortschreitend, hier und da durch einen Stillstand unterbrochen. Umzug in eine gesunde Gegend kann weiteres Fortschreiten des Prozesses verhüten. Die Röntgenaufnahmen sprechen dafür, daß es sich um eine Knochenerweichung handelt, um einen der Arthritis deformans ähnlichen, aber nicht gleichartigen Prozeß. Die Ursache des Leidens ist mit Wahrscheinlichkeit in der Beschaffenheit des Trinkwassers zu suchen. Betroffen ist am meisten das jugendliche Alter von 8—13 Jahren. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

6) **B. Mayrhofer.** Wesentliche Vereinfachung der Technik der Ausfüllung kleinerer Knochenhöhlen. (Mosetig's Knochenplombe.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Verf. hat die Mosetig'sche Plombe seit einigen Jahren auch zur Ausfüllung bei Zahnwurzelresektionen benutzt, damit aber nicht viel Anklang gefunden, seiner Meinung nach, weil die schwierige Technik viele Mißerfolge zeitigte. Er gibt jetzt eine etwas anders zusammengesetzte Masse an, die man einfach mit einem erwärmten Spatel einstreichen oder mit gewöhnlicher, erwärmter Spritze einführen kann, und glaubt, daß diese Methode auch für größere Knochenhöhlen verwendbar ist. Das Rezept lautet: Jodoformii 10, Olei Sesami 15, Cetacei 30. **Renner** (Breslau).

---

7) **Delbet et Mocquot.** Recherches expérimentales sur les injections de gaz dans les veines.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 3.)

Gelangt Gas auf venösem Wege in die Blutbahn, so kann nur diejenige Menge mechanisch gefährlich werden, die noch frei, d. h. nicht gebunden von den roten Blutkörperchen bzw. gelöst im Blutplama, ins Herz und die Lungen eintritt. Diese Menge wird um so größer sein, je schneller das Gas eindringt und je geringer die zwischen

Eintrittsstelle und Herz befindliche Blutmasse ist, d. h. je näher dem Herzen das Gas in die Venenbahn gelangt. Bei gleichbleibender Eintrittsstelle kann die Blutmasse proportional dem Körpergewicht angenommen werden. Hiernach haben die Verff. in einer Reihe interessanter Versuche am Hunde die »gefährliche Geschwindigkeit« bestimmt. Für Luft beträgt sie beim Eintritt des Gases in die Vena saphena 5—6 ccm pro Minute und Kilogramm Tier, beim Eintritt in die Vena jugularis genügen schon 2,2 ccm, um den Tod herbeizuführen. Zuerst stockt die Atmung, dann steht das Herz still. Je mehr die Geschwindigkeit gesteigert wird, desto schneller folgen sich Atmungs- und Herzlähmung; schließlich treten sie gleichzeitig ein. Künstliche Atmung kann den Tod nicht aufhalten. Wird die Geschwindigkeit unter die Gefahrgrenze vermindert, so werden Atmung und Herztätigkeit beschleunigt; wahrscheinlich gibt das Blut das überflüssige Gas in den Alveolen ab. Die Lunge wirkt gewissermaßen als Regulator, und zwar so prompt, daß z. B. mit Chloroform gesättigter Sauerstoff, in die Venenbahn injiziert, nicht die geringste Betäubung verursacht. Der leicht vom Blut gelöste und gebundene, ungiftige Sauerstoff allein wird erklärlicherweise erst gefährlich, wenn er mit 3—4mal größerer Geschwindigkeit als die Luft eindringt.

Bei der Versuchsanordnung ist zu berücksichtigen, daß das Gas unter einem Überdruck von einigen Kubikzentimeter Wasser in die Blutbahn geleitet wird, sonst fließt Blut in die Kanüle. Am unbetäubten Tier gelangt infolge des Pressens bei Abwehrbewegungen die Luft nicht in gleichmäßigem Strom in den Brustkorb und wird oft in die Gekrös- und Wirbelvenen gedrückt, so daß die hinteren Gliedmaßen vorübergehend gelähmt werden. Um vergleichbare Werte zu erhalten, müssen somit die Versuche am narkotisierten Tier angestellt werden. Auch muß das Gas wegen seiner großen Ausdehnungsfähigkeit bei der Erwärmung stets in der gleichen Temperatur verwendet werden; die Verff. haben es auf 20° vorgewärmt.

Der Mechanismus des Todes ist noch nicht geklärt; zweifellos hat die Dehnung der rechten Herzkammer nicht unwesentlichen Anteil an ihm. Fängt doch das Herz nach Punktion der rechten Kammer wieder an zu schlagen. Die Erscheinungen sind denen bei plötzlicher Dekompression des Tierkörpers recht ähnlich; nur findet sich hier freies Gas in allen Gefäßen, nach der Injektion nur im rechten Herzen und in dem der Injektionsstelle entsprechenden Teil des Venensystems.

Aus ihren Versuchen ziehen Verff. den Schluß, daß die wenigen Kubikzentimeter Luft, die z. B. bei der Anastomosierung von Saphena und Femoralis in die Venenbahn gelangen, ganz ungefährlich sind. Tatsächlich haben sie diese Operation 16mal am Menschen ohne jeden Zwischenfall ausgeführt. Die Einführung von Sauerstoff in eine Vene möglichst entfernt vom Herzen empfehlen sie bei Asphyxien durch Kohlenoxydvergiftung, Fremdkörper, Lungentuberkulose, retrosternalem Kropf und bei asphyktischen Neugeborenen. Beim Erwachsenen von

60 kg Körpergewicht würden 33 ccm in der Minute genügen, um den Sauerstoffbedarf zu decken, was einer Geschwindigkeit von weniger als 2 ccm pro Kilogramm und Minute entspräche. Diese ist, wenn die Ergebnisse am Hund auf den Menschen übertragbar sind, bei freien Luftwegen (z. B. CO-Vergiftung) ganz ungefährlich. Größere Vorsicht ist geboten, wenn durch eine mechanische Unterbrechung der Atmung die Gasausscheidung durch die Lunge ausgeschaltet ist. Bei der Chloroformsynkope ist die Sauerstoffeinspritzung nutzlos, da das Herz bereits still steht.

Gutzeit (Neidenburg).

---

8) **Mériel** et **Rougean**. Les ligatures d'artères à l'amphithéâtre.

Paris, **A. Maloine**, 1908.

Nach ähnlichem Grundsatz und Methode wie bei uns im Bergmann-Rochs werden die Unterbindungen der wichtigsten Gefäße des Körpers besprochen. Selbstverständlich ist das Buch trotzdem gänzlich unabhängig geschrieben und wahrt seinen eigenen Charakter. Die Verff. geben zunächst einen kurzen Überblick über die Anatomie des betreffenden Körperteiles und präzisieren dann die Lage des Gefäßes bzw. die Schnittrichtung zur Unterbindung nach bestimmten konstanten Linien, die sich aus der topographischen Anatomie des betreffenden Körperteiles ergeben. Nach einem einleitenden Kapitel allgemeinen Inhalts über Gefäßunterbindungen werden in zwei großen Abschnitten die Unterbindungen der Gefäße der oberen Rumpfhälfte, sowie der unteren Extremität besprochen. Es fehlt merkwürdigerweise die Unterbindung der Art. mammaria und vertebralis. Zum Schluß jedes Absatzes sind die Gefäßanomalien ausführlich beschrieben.

Coste (Breslau).

---

9) **Mumford.** Psychical end-results following major surgical operations.

(Annals of surgery 1908. Juni.)

Eine medizinisch-sozialistische Studie.

Verf. hat festgestellt, daß nach größerer Operation eine Anzahl Pat., die im anatomischen und chirurgischen Sinne als geheilt zu betrachten waren, nachher allerhand allgemeine Klagen hatten, sich schwach und unlustig fühlten, kurz im psychischen Sinne nach M. Fehloperationen repräsentierten. Von 39 operierten Männern, nach deren Schicksal er sich später brieflich erkundigte, hörte er von 7, daß sie nicht recht arbeitsfähig und schwach seien. Alle 7 waren wegen eines Leidens an den Genitalorganen operiert (Varikokele, Hydrokele usw.), ohne aber daß irgend eine verstümmelnde Operation, z. B. Fortnahme eines Hodens, ausgeführt wäre. Von 91 radikal operierten und geheilten Frauen hatten 30 dauernd Klagen, fühlten sich matt usw. $^2/_3$ von diesen 30 waren ebenfalls solche, die eine Operation an den Genitalorganen durchgemacht hatten; dies eine $^1/_3$ war wegen anderer Leiden operiert. Diese psychische Invalidität tritt nun nach M. nur

bei den Hospitalpatienten ein, während sie bei den Pat. der Privatpraxis nicht beobachtet wird. Verf. meint, daß man die wegen schwerer Leiden Operierten auch nach der Entlassung aus dem Hospital durch Assistenzärzte oder ärztlich geschultes Unterpersonal beobachten und besuchen lassen solle; er verspricht sich davon, daß eine Anzahl psychisch Invalider hierdurch wieder ganz gesunden würde. Ferner soll nach ihm der Chirurg bereits im Hospitale psychisch als Arzt auf seinen Klienten dauernd einzuwirken suchen.

Herhold (Brandenburg).

---

10) **Struthers.** The value of novocain as a local anaesthetic for subcutaneous use.

(Edinb. med. journ. 1908. Februar.)

Zur Infiltrationsanästhesie empfiehlt Verf. das Novokain in einer 1—2%igen Lösung mit event. Zusatz von 2—4 Tropfen Adrenalin. Bis 10 g können ohne Schädigung injiziert werden; Novokain ist deshalb dem Kokain bei weitem vorzuziehen. Wenn jedoch Verf. behauptet, daß es das Eukain wegen schnellerer Wirkung übertreffe, da Novokain nach 15 Minuten, Eukain jedoch erst nach Verlauf einer $^1/_2$ Stunde völlige Anästhesie hervorrufe, so irrt Verf. (Ref.).

Jenckel (Göttingen).

---

11) **H. Schur** und **J. Wiesel.** Über das Verhalten des chromaffinen Gewebes bei der Narkose. (Aus dem Institut für experimentelle Pathologie und der Prosektur des Kaiser Franz-Hospital in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 8.)

Während tiefer Narkose verschwindet das Adrenalin aus den chromaffinen Zellen und tritt in vermehrter Menge ins Blut. W. fand bei Status lymphaticus auffallende Hypoplasie des chromaffinen Gewebes, so daß sich diese bei Narkose wohl zu rasch erschöpfen. Vielleicht bietet das einen Fingerzeig zur Aufklärung der häufigen Todesfälle in der Narkose bei Status lymphaticus. **Renner** (Breslau).

---

12) **J. Petřivalský.** Die kongenitale Gaumenspalte.

(Časopis lékařů českých 1908. p. 85.)

Der Autor verwendet zum Verschluß des Defektes folgende Naht: Er legt zuerst eine Reihe adaptierender Nähte, die 1 cm voneinander entfernt sind und außer dem Schleimhautrande auch die Submucosa und einen Teil der Muskulatur, insofern sie überhaupt vorhanden ist, einschließen; dazwischen legt er, um eine Spannung zu verhüten, eine Reihe von Stütznähten, die ebenfalls 1 cm voneinander entfernt sind, die ganze Dicke der Lappenwand umfassen und etwas weiter vom Wundrand entfernt sind als die Adaptierungsnähte. — Zur Füllung des Defektes benutzt er das plastische Verfahren nach Langenbeck;

er modifiziert es aber, indem er die vollständige Diszision verläßt, dafür aber nach oberflächlicher Inzision die Muskulatur auf stumpfem Wege schräg zerteilt. Der Hamulus pterygoideus und die an demselben vorbeigehenden Muskeln werden nicht durchtrennt.

G. Mühlstein (Prag).

---

13) **A. Winternitz.** Operation der Gaumenspalte mittels Plattennaht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Nr. 3.)

W. glaubt, daß die Erfolge der Uranoplastik von dem Zeitpunkte des Eingriffes, der möglichst frühzeitig stattfinden soll, und von einer zweckentsprechenden Technik abhängig sind. Früher hat er die zweizeitige Operation nach J. Wolff ausgeführt, sie dann aber aus verschiedenen Gründen zugunsten der einzeitigen Methode aufgegeben. Er beginnt nicht mit der medialen Anfrischung, sondern mit der Ablösung nach Entspannungsschnitt. Das Involucrum wird unter Digitalkompression emporgehoben, bis an den medialen Spaltrand vom Knochen gelöst und, falls er mit dem Vomer verwachsen ist, auch der mucoperiostale Überzug der entgegengesetzten Vomerfläche zum Lappen genommen. Die Schonung der Arteria palatina major hält W. nicht für erforderlich. Sie wurde stets durchtrennt, ohne daß eine ungünstige Beeinflussung der Heilung eintrat. Zur Naht benutzt Verf. kleine Plättchen aus Aluminium oder Silber, die, erst auf der einen Seite angelegt, nach Anlegung sämtlicher Nähte dann auch auf der anderen eingeführt werden. Durch diese Plättchen wird nicht nur eine Entlastung der Knopfnähte, sondern auch eine breitere Berührung der Lappenränder erzielt. Die Seitentaschen werden nicht tamponiert; die Platten werden am 5., die Nähte am 8.—10. Tage entfernt. Die besten Erfolge wurden bei Kindern unter 2 Jahren erzielt. Doch hält es Verf. für richtig, erst in der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahres zu operieren, da die Kinder im 1. Lebensjahre dem Eingriffe nicht immer gewachsen sind. Die besseren Erfolge in diesem Lebensalter sind dem postoperativen Verhalten zuzuschreiben, das bei älteren Kindern kein so ruhiges ist. Im ganzen ist W. mit den Gesamtresultaten sehr zufrieden gewesen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **F. Kuhn.** Einführung in die perorale Intubation.

(Med. Klinik 1908. p. 1107.)

K. stellt die Grundbegriffe seines Verfahrens für die Anfänger und praktische Ausführungswinke für den Vorgeschrittenen zusammen. Unter den Anzeigen für die perorale Intubation nimmt die Asphyxie jeder Art den breitesten Raum ein; daran schließen sich vor allem die Operationen im Mund-, Rachen-, Kehlkopfgebiete. Das Instrumentarium muß allererster Güte sein; wie es fortlaufend geprüft wird, ist näher auseinandergesetzt. Das Verfahren wird am Phantom und an der Leiche, dann am Lebenden vorgeübt. Seine — völlig harm-



lose — Ausführung ist beschrieben. Gesamtliteratur für die perorale Intubation und ihre technischen Unterlagen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

15) **Crile.** Surgical aspects of Graves' disease with reference to the psychic factor.

(Annals of surgery 1908. Juni.)

Nach C. kann die Graves'sche (Basedow) Krankheit durch psychische Aufregung vor der Operation so verschlimmert werden, daß trotz glatt verlaufender Operation nachträglich der Tod eintritt. Verf. beobachtete zwei an Basedow'scher Krankheit leidende Hunde; wenn er einen solchen Hund aufregte und durch die Peitsche in andauernder Furcht hielt, so verschlimmerten sich die Krankheitserscheinungen, der Puls wurde sehr hoch, die Glieder zitterten, die Temperatur stieg, Durchfälle traten ein. Ein ähnliches Bild konnte Verf. hervorrufen, wenn er dem an Basedow leidenden Hunde Thyreoidextrakt subkutan injizierte. Verf. hält von den ihm überwiesenen Basedowkranken daher jede Aufregung fern; gleich bei der Aufnahme verschafft er sich die Zusage der Kranken, daß sie entweder mit Medikamenten oder mit Operation behandelt werden. Durch Einatmen flüchtiger Öle, welche zunächst für die Kranken als Medikament gelten, werden sie an die Narkosenmaske gewöhnt. Der Tag der Operation wird ihnen nicht mitgeteilt, am Abend vor der Operation erhalten sie Brom, am Morgen der Operation Morphium; dann wird ihnen die nun bereits gewohnt gewordene Maske zur Narkose mit Äther vorgehalten. 23 auf diese Weise operierte Fälle sind sehr günstig verlaufen.

Herhold (Brandenburg).

---

16) **N. Palermo.** I tumori della mammella maschile.

(Studio critico chlinico. Palermo, **Brangi** 1907. 389 S.)

P.'s Buch ist im wesentlichen eine kompilatorische Arbeit, enthält aber eine fleißige und übersichtliche Zusammenstellung der gesamten Literatur nicht ohne kritisches Urteil, und ist deshalb dem, der über dieses Thema arbeitet, zu empfehlen. P. hat eine Statistik von 751 einschlägigen Geschwülsten, darunter 649 Karzinome, zusammengestellt und dieselbe um einige eigene Beobachtungen bereichert (2 Adenofibrome und 8 Karzinome). Nach einer kritischen Einleitung über die Geschwülste der männlichen Brustdrüsen überhaupt bespricht er nacheinander das Adenom, Karzinom, Fibrom, Lipom, Enchondrom, Angiom, Myxom, Sarkom und Myom. Dem Karzinom mit seiner Pathogenese, Diagnose, Prognose und Therapie ist der breiteste Raum im Buche gegeben. 437 Nummern Literaturverzeichnis beschließen das Werk.

A. Most (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

17) Bericht über den XX. italienischen Chirurgenkongreß vom 27. bis 29. Oktober 1907 in Rom.

(Arch. ed atti della società italiana di chirurgia 1908. p. 727.)
Rom, **Bertero & Co.,** 1908.

1) Allgemeine Chirurgie und chirurgische Pathologie.

Lusena: Sulle affezioni precarcinomatose e sulla diagnosi precoce del carcinoma nelle sue sedi più communi. Redner faßt alles das kritisch zusammen, was wir über die verschiedenen prädisponierenden Momente des Karzinoms wissen — wie Erblichkeit, Leukoplakie bei Karzinom der Mundhöhle usw. — und bespricht die Initialsymptome der wichtigsten und häufigsten Krebse, ohne wesentlich neue eigene Momente zu bringen. Er betont die frühzeitige Operation als das zurzeit einzige Heilung versprechende Mittel und erörtert den Wert der Probeexzision.

In der Diskussion wurde u. a. die Bedeutung entsprechender Hinweise an die praktischen Ärzte und entsprechender Belehrung der Laien betont.

Fischera berichtet über eine große Zahl von Experimenten, die er an 48 Hunden ausgeführt hat, um den Einfluß funktioneller Faktoren auf die Regeneration der Gewebe zu studieren. Er setzte Wunden verschiedener Art — einfache Schnittwunden bis zu Resektion größerer Gewebspartien — an verschiedenen Organen, die entweder in dauernder oder rhythmischer Bewegung sind, wie Pleura, Lunge, Zwerchfell, oder an solchen Organen, bei welchen Bewegung mit Ruhe wechselt, bei denen er das Maß der Bewegung abstufen und bei denen er auch den (trophischen usw.) Einfluß der Nervendurchschneidung studieren konnte, wie bei der Extremitätenmuskulatur. — Das Resultat von 120 derartigen Regenerations- und Narbenuntersuchungen war kurz folgendes: Die Regeneration der Gewebe folgt auch hier den allgemeinen Gesetzen der Physiologie und Pathologie, hingegen betrachtet der Autor den mechanischen und funktionellen Einfluß als einen trophischen und formativen Reiz. Das Funktionieren des verletzten Organes regt die jugendlichen Zellelemente in der Narbe zur produktiven Tätigkeit an. Dieser Einfluß zeigt sich deutlich bei der Bildung des elastischen Gewebes.

Chiarolanza berichtet über neuere Untersuchungen über die Anwesenheit von Eiterkörperchen im Blute, welche Cesaris Demel als spezifisches Diagnostikum für die Anwesenheit einer eitrigen Entzündung im Körper angesehen hat. 100 eigene klinische Untersuchungen an Gesunden und Kranken führten C. zu dem Schluß, daß besagtem Symptom der spezifische Charakter fehle, da die sog. Eiterkörperchen bei Eiterung manchmal fehlen, andererseits auch bei Gesunden (während der Verdauung) vorkommen können.

Anzilotti, Cassanello, Bernardi treten in der Diskussion hingegen für den Wert der Demel'schen Methode ein.

Caminiti und Isaia berichten über Untersuchungen mit Streptothrix. Ersterer über eine 5 Jahre alte Kultur, die im Tierexperiment noch virulent wirkt, letzterer über eine aus Trinkwasser isolierte Form, welche beim Tiere Granulome hervorruft.

2) Chirurgie des Nervensystems.

Maragliano berichtet über seine Erfahrungen bei Kraniektomien, die er im verflossenen Jahr ausgeführt wegen Neubildungen, Traumen, Epilepsie. Er empfiehlt die temporäre Blutstillung nach Heidenhain. Die Radiographie leistet in der Diagnose der Hirngeschwülste noch nichts.

Falcone hat durch Injektion vom Subdural- und Subarachnoidealraum in überraschender Weise kommunizierende Lymphbahnen darstellen können, die durch den Knochen zur Schleimhaut des Sinus frontalis ziehen und dort ein demonstrables Netz füllen. Er wird diesen für die Pathologie wichtigen Befunden noch nachgehen und dieselben später ausführlich publizieren.

Dalla Vedova berichtet eingehend über einen sehr interessanten Fall von subduralem Sarkom am unteren Hals- und oberen Brustmarke, das er nach Resektion des 7. cervicalen und 1.—3. dorsalen Wirbelbogens radikal entfernen und wodurch er den Kranken von seinen schweren Symptomen heilen konnte. V. beschreibt ausführlich die nervösen Symptome und stellt eine Statistik von 88 Rückenmarksgeschwülsten aus der Literatur zusammen.

Codivilla spricht über die chirurgische Behandlung der Wurzelparalysen am Plexus brachialis. Er hat sie zweimal operativ angegriffen. In dem einen Falle handelte es sich um eine Lähmung im Gebiete der 5. Wurzel im Anschluß an eine Halswirbelfraktur. Diese Wurzel war außerhalb des Wirbelkanales verdickt, hyperämisch, innerhalb desselben abgeplattet, weiß. Abtragung des Wirbelquerfortsatzes und Befreiung der Wurzel gab Heilung der Lähmung innerhalb 10 Tagen. — Im anderen Falle hatte das 1jährige Kind eine Geburtsparalyse des Plexus. C. exzidierte eine Narbe und führte eine Nervenplastik aus. In der kurzen Beobachtungszeit noch kein Erfolg.

Virnicchi berichtet über klinische und histologische Untersuchungen bei Nervennaht. Das klinische Material umfaßt acht Fälle. Einmal hat er den N. medianus mit dem N. cubitalis mit bestem Erfolge vereinigt, auch hat er wiederholt bei Defekten zwischen die Stümpfe Catgut eingepflanzt und war mit dem Erfolge zufrieden.

3) Chirurgie an Kopf und Hals.

Righetti hat an Hunden und Kaninchen Untersuchungen über die Vorgänge nach Resektionen an den Speicheldrüsen angestellt und gefunden, daß der Teil des Drüsenrestes, der mit dem Ausführungsgang in Zusammenhang bleibt, rasch hypertrophiert, während die von ihm getrennten Drüsenteile der bindegewebigen Atrophie anheimfallen und die erhaltenen Epithelinseln cystisch entarten.

Niosi stellt ein großes Teratom des Halses vor, das Ceci bei einem 6monatigen Kind exstirpierte. Mikroskopisch fanden sich die verschiedensten Arten der Gewebe vor; vor allem war Nervengewebe embryonalen Charakters vorhanden.

Scalone: Kritischer und experimenteller Beitrag zur Funktion und Transplantation der Thymus. Beim Tiere ruft die Exstirpation der Thymus vorübergehende Störungen in der Ernährung und Widerstandsfähigkeit (gegen Infektionen) hervor. Die Funktion der Thymus besteht nach S. vornehmlich in der Regelung der Entwicklung und des Wachstums des Organismus, vielleicht auch in einer antitoxischen Wirkung. Übergepflanzte Thymusstücke atrophieren.

4) Chirurgie der Brust.

Pandolfini demonstriert zwei Fälle von Endotheliom der Mamma, ein Lymphendotheliom und ein Hämangioendotheliom. — Ceci erwiderte, daß er solche Fälle für nicht allzu selten halte, da früher manche hierher gehörige Geschwulst für ein Sarkom angesprochen wurde.

Jacobellini bespricht an der Hand von drei Fällen die Extraktion der Fremdkörper aus der Speiseröhre und empfiehlt den Kirmisson'schen Haken mehr als den Gräfe'schen Münzenfänger.

In der Diskussion erwähnten Biagi und Schiassi je einen interessanten Fall. Ersterer extrahierte einen 6 cm langen Nagel, der von der Speise-

röhre aus in das Mediastinum vorgedrungen war, mittels der hinteren Mediastinotomie mit Resektion der 2.—5. rechten Rippe. Heilung. S. führte die analoge Operation (Resektion der 4.—7. Rippe hinten links) aus, um ebenfalls einen Nagel zu extrahieren, der aber mit der nach oben gerichteten Spitze in einem Bronchus der Lunge steckte. Es gelang ihm, den Hauptbronchus ohne Verletzung per Pleura zu finden, zu isolieren, zu eröffnen und so den Nagel zu extrahieren. Heilung.

Fasano berichtet über einen Fall von penetrierender Zwerchfell- und Leberverletzung. Die abnorm hohe Einstichöffnung befand sich im linken 5. Interkostalraum unterhalb der Mammilla. Die Lunge war trotzdem nicht verletzt. F. ging nach Rippenresektion transpleural vor und versorgte so die Leberwunde durch Naht; um diese zu tamponieren, befestigte er die Wundränder des Zwerchfells an die äußere Wunde. Heilung. — F. bespricht eingehend die einschlägige Literatur und vor allem den besten Operationsweg. Je nach der Art des Falles solle man transpleural oder abdominal vorgehen, ersteres besonders bei rechtsseitigen, letzteres bei linksseitigen Wunden. — De Gaetano empfiehlt die Thorako-Laparotomie und primäre Naht der Wunden.

5) Bauchchirurgie.

Tusini: Enterotopia epitheliale e carcinoma. T. berichtet über einen Fall von Adenokystom der Flexura sigmoidea und geht dann auf die Genese der Geschwulst ein. Diese sei vom embryologischen Standpunkte deshalb bemerkenswert, weil hier zum ersten Male beim Menschen nahe Beziehungen zwischen den lymphoiden Zellen der Follikelapparate des Darmes und dem Epithel der Schleimhaut erwiesen seien. Weiterhin handelte es sich um ein jugendliches weibliches Individuum.

Durante bezweifelte in der Diskussion die Möglichkeit einer Umwandlung von Epithelien in Lymphfollikel.

Ferrarini teilt im Anschluß an einen eigentümlichen Fall von *Splenoadenopathia chronica* interessante eingehende bakteriologische Untersuchungen ausführlich mit. Die exstirpierten submaxillaren Lymphdrüsen konnten klinisch und pathologisch-anatomisch als tuberkulös gelten. Sie enthielten aber keine Tuberkelbazillen, sondern eine Varietät des Bacillus subtilis. Derselbe fand sich auch konstant im Blute der Kranken; er selbst und seine Toxine riefen beim Versuchstiere charakteristische Erkrankungen hervor, die zum Tode führten. Die Pat. wies allmählich eine Schwellung aller peripheren Drüsengruppen und eine Milzschwellung auf, so daß F. wohl mit Recht annimmt, daß das Ganze ein einheitliches Krankheitsbild darstellt, dem jener Bazillus zugrunde liege.

Betagh referiert die vorläufigen Resultate experimenteller Untersuchungen am Hund über den Einfluß der Gastroenterostomie auf die Sekretion des Pankreas und der ausgeschalteten Duodeno-Jejunalschleimhaut. Bei unkomplizierter Gastroenterostomie war kein Unterschied zu finden, während in den Fällen, in welchen der Übertritt der Magensäfte zum Duodenum durch stenosierende Operationen oder Resektion des Pylorus erschwert oder verhindert wurde, die physiologische Wirkung der gedachten Sekrete in geringerem oder höherem Grade gestört war.

Cosentino: Überpflanzungsversuche der Schleimhaut des Magen-Darmkanales zwischen Blätter des Bauchfells und in parenchymatöse Organe (Leber, Pankreas). C. konstatierte reaktive Veränderungen am neuen Mutterboden (Auswanderungen von Zellen, Bindegewebswucherungen). Das überpflanzte Epithel verfiel größtenteils einer Nekrobiose, einzelne Elemente erhielten sich jedoch, nahmen eine niedrige zylindrische Form an und umschlossen cystische Räume, deren Größe von der eines Hirsekorns bis zu der einer Erbse schwankte.

Mattòli: Fünf Fälle von Darmausschaltung; dreimal wegen eines widernatürlichen Afters, in einem vierten Falle wegen Tuberkulose des Blinddarmes.

Hier wurde zunächst der unterste Teil des Ileum (der zuführende Darmschenkel) reseziert und ins Querkolon gepflanzt und nach mehreren Wochen der Blinddarm exstirpiert und der (abführende) Kolonschenkel blind verschlossen. Heilung. Im fünften Falle handelte es sich um mehrfache Stenose des Dickdarmes. Einpflanzung des unteren Ileum in den untersten Abschnitt der Flexur brachte Heilung.

Tarsia in Curia hat in bislang etwa 40 Experimenten am Hund eine Darmschlinge in Ausdehnung bis zu 18 cm vom Mesenterium getrennt und so die Ernährung derselben unterbrochen; alsdann hat er sie mit Netz sorgfältig umhüllt, um so dessen Wirkung auf die Gefäßneubildung und Ernährung zu prüfen. Die Tiere gingen nicht zugrunde, ihre Darmfunktion war gut, obwohl der isolierte Darmabschnitt allmählich der Nekrose anheimfiel.

Stinelli untersuchte experimentell den Einfluß der temporären Unterbrechung der Zirkulation an der Milz. Er konnte ohne Schaden die Gefäße 20 Minuten abklemmen.

6) Nierenchirurgie.

Taddei hat gemeinschaftlich mit Torrini Überpflanzungsversuche der Nebenniere in die Niere ausgeführt, und zwar von Kaninchen und Kaninchenfötus und Meerschweinchen und Meerschweinchenfötus in die Niere von Kaninchen. Die überpflanzten Organe verschwanden stets, und zwar die Marksubstanz und die Zona reticularis am schnellsten, während die Zona glomerulosa und fascicularis sich am längsten, bis zu 300 Tagen, hielten. Die Reaktion von seiten der Niere war äußerst gering.

Alessandri. Beitrag zur Nierenchirurgie.

An der Hand von 67 eigenen Beobachtungen bespricht A. eingehend die einschlägigen Fragen. Er betont den Wert der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Steinniere. Die Harnseparatoren wirken nicht sicher, daher empfiehlt A. den Harnleiterkatheterismus, zumal den der kranken Seite, mit nicht zu dünnem Katheter. Bei der funktionellen Diagnose leistet die Kryoskopie das meiste, doch wagt A. nicht, auf diese allein einen Operationsplan zu bauen. — Auf die interessanteren Details kann hier nicht eingegangen werden. Das Material setzt sich zusammen aus 12 Fällen von entzündlichen Prozessen, 3 Fisteln, 7 essentiellen Neuralgien, 1 Trauma, 11 Fällen von Nephrolithiasis, 7 Tuberkulosen, 4 Neubildungen, 1 Nierencyste, 18 Senkungen, 3 Erkrankungen des Harnleiters.

Burci demonstriert ein durch Operation gewonnenes Nierenpräparat, bei dem das Organ durch ein Septum in zwei Teile geteilt ist, deren jeder ein eigenes Nierenbecken und einen eigenen Harnleiter besitzt, welch letztere sich erst kurz vor der Blase zu einem Kanale vereinigen. Der obere Nierenteil zeigt eine Pyonephrose, der untere ist gesund. Die Pat. wurde geheilt.

Cassanello referiert als Beitrag zur Entstehung, Diagnose und Therapie der polycystischen Degeneration der Nieren über zwei eigene Beobachtungen. In dem einen Falle, bei einer jungen Dame, bestand das doppelseitige Leiden seit frühester Kindheit und war mit Nephroptose kombiniert. Nephropexie erzielte eine 5 Jahre beobachtete Besserung. — Der zweite Fall war einseitig und ebenfalls mit Ptose kombiniert und schien erst seit wenigen Jahren zu bestehen. Nephropexie; Besserung. — C. bespricht eingehend die verschiedenen Theorien über die Genese, die Diagnose und die Therapie, die äußerst vorsichtig sein müsse.

Parlavecchio bespricht und demonstriert einen Fall von unilateraler polycystischer Entartung der Niere, den er durch Nephrektomie geheilt hat, nachdem er sich vom gesunden Zustande der anderen Niere überzeugt hat. Das Präparat zeigte interstitielle Nephritis mit Retentionscysten. Pat. hat allerdings 4 Monate nach der Operation leichte Schmerzen auf der anderen Seite. — Auch P. bespricht die Pathologie und Therapie dieses Leidens.

Cappelli hat bei einer abdominellen Uterusexstirpation wegen Karzinom etwa 8 cm vom rechten Harnleiter und etwa 1/4 der Blasenwand resezieren müssen. Um die Einpflanzung des Harnleiterstumpfes zu ermöglichen, mobilisierte er die rechte Niere. Schräge Ureterocystoneostomia extraperitonealis. Heilung.

Leotta: Pathologisch-anatomische Beobachtungen über das Hypernephrom. L. gibt eine umfassende und gründliche, auf eingehender Berücksichtigung der Literatur (5 Seiten Literaturverzeichnis) basierende Schilderung dieses Leidens an der Hand von zwei eigenen Beobachtungen. Diese sind dadurch bemerkenswert, daß in keinem dieser Fälle Hämaturie bestand, obgleich in dem einen derselben die Geschwulst in Haselnußgröße in das Nierenbecken hineinragte.

Diskussion zu den Vorträgen über die Nierenchirurgie, besonders zu dem Referat Alessandri's.

Zur Diagnose der Nierenfunktion sprach Leotta, welcher der Kryoskopie nur einen sehr geringen Wert beimißt. — Auch Ferrarini verhält sich der Kryoskopie gegenüber zurückhaltend. — Biondi ist auf Grund seiner großen, über 100 Fälle umfassenden Erfahrung gegenüber den diagnostischen Hilfsmitteln sehr skeptisch, legt aber dem Luys'schen Separator große Bedeutung bei, und wo dieser nicht anwendbar, rät er zu Cystotomia suprapubica und Untersuchung des Urins auf diesem Wege. — Auch Taddei spricht für das Luys'sche und Dalla Vedova'sche Instrument und geht auf die Schwierigkeiten des Harnleiterkatheterismus bei cystischen Komplikationen ein. — Giordano betont, daß man alle zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden heranziehen müsse. — Maragliano hat beobachtet, daß mitunter bis 1/4 des Urins neben dem Harnleiterkatheter abfließen kann. — Caminiti sprach noch über die Pathogenese der polycystischen Nierendegeneration, und Tusini berichtet über einen Fall von Pyonephrose mit Schwangerschaft, welch letztere er durch Nephrostomie bis zum 7. Monate aufhalten konnte. In einem Schlußwort präzisiert Alessandri nochmals seinen oben angedeuteten Standpunkt, besonders den diagnostischen Hilfsmitteln gegenüber.

Ceci: Klinischer Beitrag zu den Cysten der Nebenniere. C. beschreibt zwei Fälle, die er operierte. Bei dem einen wurde abgesackte rechtsseitige Peritonealtuberkulose vorher diagnostiziert, die Cyste exstirpiert und Heilung erzielt. Der zweite Fall war kombiniert mit Basedow und hochgradiger Abmagerung. Auch hier Exstirpation der enormen Cyste. Tod später im Kollaps. In beiden Fällen wurde bei der Autopsie keine Nebennierenkapsel gefunden. Die Cystenwand enthielt jedoch Nebennierengewebe.

7) Geschlechtsteile.

Pascale bespricht zehn Fälle epithelialer Geschwülste des Penis vom pathologisch-anatomischen und klinisch-chirurgischen Standpunkt aus. In der chirurgischen Therapie ist er sehr weit, bis zur »Emasculazione totale« gegangen.

In der Diskussion bespricht u. a. Tusini ein Operationsverfahren bei Vulvakarzinom, das ebenfalls auf die totale Exzision der äußeren Genitalien und der beiderseitigen Leistendrüsen im Zusammenhang hinausläuft.

Marcozzi: In Rücksicht auf die Radikaloperationen bei Hydrokele hat M. an Hunden Experimente ausgeführt, um die Veränderungen des Hodens nach Entfernung der Tunica vaginalis parietalis zu untersuchen. Es ergab sich regelmäßig eine parenchymatöse Degeneration des Organes, hervorgerufen durch den Druck der neugebildeten Bindegewebskapsel.

Anzilotti: Beiträge zur Pathologie des Hodens. Drei Fälle werden referiert: 1) eine nekrosierende, eitrige Hoden- und Nebenhodenentzündung bei einem Prostatiker, hervorgerufen lediglich durch Bacillus pyocyaneus, der sich als hochvirulent erwies und auch im Urin gefunden wurde; 2) ein doppelseitiges Kystom (eine echte Proliferationscyste) des Nebenhoden-

kopfes, ausgehend von den Tubuli; 3) eine Art Teratom, eine angeborene, rasch wachsende Geschwulst, die lediglich Elemente des Ento- und Mesoderms, Cysten verschiedener Struktur, mit bindegewebiger Wandung, Knorpeleinlagerungen und rudimentäre Drüsen enthielt. Ein sarkomatöser Knoten fand sich auch. A. geht auf die verschiedenen Theorien der Genese ein.

Betagh bespricht zunächst die pathologische Anatomie der Periorchitis chronica (»pachivaginalite«), bei der er bedeutsame Entwicklung des Bindegewebes und interstitielle Hämorrhagien, zumal ins Rete testis, und degenerative Prozesse des Organes gesehen hat. Alsdann geht er auf die Veränderungen bei Retentio testis ein, welche ebenfalls auf Atrophie der verschiedenen Elemente des Organes und Wucherung mit hyaliner Degeneration des Zwischengewebes hinausläuft. Schließlich beschreibt B. zwei Fälle von Torsion des Samenstranges, die mit hämorrhagischem Infarkt und Nekrose des Hodens einhergingen und durch dessen Exstirpation geheilt wurden.

Biondi: Experimentelle und klinische Beobachtungen über Injektionen in das Vas deferens. B. schlägt diese Injektionen zu therapeutischen Zwecken vor. Er hat sie an Leiche und Versuchstier ausprobiert. Die injizierte Lösung dringt zentralwärts über die Samenbläschen in Prostata und Blase vor. Das klinische Beobachtungsmaterial bezieht sich vorläufig auf zehn Tuberkulosen und drei Gonorrhöen. Die Erfolge waren sehr gut. Bei infektiöser Hodenentzündung wurde die zentrifugale Injektion in den Samenstrang mit solcher in den Hoden kombiniert (cf. d. Zentralbl. 1908 Nr. 35 p. 1050).

Nasuti (Napoli) beschreibt den seltenen Fall eines Peritheliom s des Eierstockes und geht auf die Genese und Histologie dieser Geschwülste ein.

8) Chirurgie der Extremitäten.

Galeazzi: Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Überpflanzung des Intermediärknorpels. G. berichtet über drei klinische Fälle. Zweimal hat er wegen Manus valga den Knorpel des peripheren Ulnaendes in das periphere Radiusende verpflanzt, aber das rasche Verschwinden desselben radiologisch festgestellt. Trotzdem war das funktionelle Resultat ein gutes. In einem dritten Falle hat G. an Stelle eines größeren Radiusdefektes ein Stück Metatarsus mit Epiphyse transplantiert. Hier heilte nicht allein der Knochen ein, sondern es schien sogar der Epiphysenknorpel zu funktionieren. — Zur Klärung hat G. noch Tierexperimente ausgeführt. Bei diesen ossifizierte der Intermediärknorpel rasch und starb dann ab; nur selten erhielt sich seine Funktion in sehr beschränktem Maße.

Secchi: Beitrag zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation mittels der italienischen Methode. Gestützt auf eine Erfahrung an 164 unblutig behandelten Fällen bespricht S. ausführlich die verschiedenen Verfahren, verweist besonders auf das Paci's und kommt zu dem Schluß, daß in der größeren Anzahl der Fälle auf diesem Weg eine Heilung möglich, stets aber eine wirkliche Besserung zu erzielen sei.

Leotta stellt einen Fall Weir-Mitchell'scher Krankheit, Erythromelalgie, vor, welcher mit Gangrän der linken großen Zehe kombiniert war. Nach Amputation derselben schritt die Gangrän auf das Grundgelenk der 2. Zehe über, so daß nach weiteren 8 Monaten L. die alte Amputationswunde und den neuen Gangränherd energisch auskratzen mußte. Zugleich nahm er aber eine Dehnung der beiden Nn. plantares hinter dem Malleolus vor. Jetzt erfolgte rasche Heilung innerhalb 22 Tagen, die noch im Januar 1908 bestand. L. empfiehlt daher in ähnlichen Fällen die Nervendehnung und rät, mit den Amputationen vorsichtig zu sein. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Teile zeigte hochgradige Verdickung und Verengerung der Arterien. L. bespricht eingehend das ganze Krankheitsbild.

De Gaetano zeigt ein 1155 g schweres Teratom des Cavum sacrococcygeum, das bei einem 3jährigen Kind exstirpiert wurde. Er bespricht Histologie und Ätiologie dieser Geschwülste und nimmt für seinen Fall eine doppelte Keimanlage an.

Anhang. Angemeldete, aber nicht gehaltene Vorträge.

1) Perez: Artrosinovite cronica sierosa vegetante poliarticolare. P. teilt einen einschlägigen Fall mit, bei dem er die Arthrektomie am Kniegelenk mit gutem Erfolge gemacht hat. Die Pathologie dieses Leidens wird genau besprochen.

2) Isaja: Della tubercolosi parenchimale della lingua. Beschreibung eines als Tumor imponierenden tuberkulösen Granuloms der Zunge. Exzision. Heilung. Genaue Beschreibung des histologischen Befundes und eingehende Berücksichtigung der Literatur. Nur 19 analoge Fälle sind bekannt.

3) Cosentino: Sulla tubercolosi del collo dell' utero. Einschlägiger Fall, geheilt durch Amputation des Uterushalses. Genaues Literaturstudium.

A. Most (Breslau).

---

18) **A. Don.** Case of Henoch's purpura associated with angioneurotic oedema.

(Practitioner 1908. Juni.)

Kasuistischer Beitrag zu dem Kapitel der Purpura haemorrhagica, verbunden mit angioneurotischem Ödem. Bei dem 11jährigen Knaben bestand außer einer Purpura an den Beinen und Ödem des Gesichtes als Hauptsymptom der Erkrankung eine starke Schmerzhaftigkeit der rechten Seite des Leibes im Bereiche des Colon ascendens, sowie im Epigastrium, verbunden mit Fieber und Erbrechen. Da starke Verstopfung vorhanden war, wurde Kalomel verordnet, wonach reichliche Entleerung des Darmes und Verminderung der Leibschmerzen auftrat. Die Purpura war sehr wechselnd, trat bald hier und dort am Körper auf, verschwand nach wenigen Tagen, um dann an anderen Körperstellen wieder zu erscheinen. Pat. starb im Alter von 41 Jahren nach starken Blutungen (Zahnfleisch, Nase, Ohren, Nägeln). D. glaubt, daß die Erkrankung des Kolon das Primäre gewesen ist, wodurch die Anämie, das Erbrechen und die Intestinalberschwerden bedingt wurden; durch Resorption der Darmtoxine, sowie durch sekundäre bakterielle Infektion sei das Ödem und die Purpura entstanden. **Jenckel** (Göttingen).

19) **A. Dighton.** Progressive ossifying myositis in a boy aet. eleven.

(Edinb. med. journ. 1908. April.)

Beschreibung eines Falles von Myositis ossificans bei einem 11jährigen Knaben, der aus gesunder Familie stammte und nach der Angabe der Mutter im Alter von 5 Jahren nach Masern, Bronchitis und Keuchhusten die jetzige Krankheit erwarb. Dieselbe begann mit Steifheit der Muskeln, in denen sich nach und nach harte Massen bildeten. Betroffen waren hauptsächlich die Oberarmmuskeln beiderseits, Biceps, Triceps, Coracobrachialis, Anconeus. Der Biceps war fast völlig in eine knochenharte Masse umgewandelt. Von den Beinmuskeln waren die Adductoren besonders, die Extensoren und Flexoren in geringerem Maße affiziert. Linkerseits war der pathologische Prozeß stärker ausgesprochen als rechterseits.

Typisch ist der Fall insofern, als ein männliches Individuum betroffen war, die Erkrankung in der Jugend begann und vollkommen symmetrisch auftrat. Ungewöhnlich ist, daß trotz des langen Bestehens des Leidens die Rückenmuskeln, der Latissimus dorsi sowie der Trapezius gesund blieben. Ein Röntgenbild vom Oberarm zeigt die Knochenbildung und Kalkablagerung besonders im Biceps sehr instruktiv. **Jenckel** (Göttingen).

20) **Buchanan.** The ambulatory treatment of fractures as applied to osteotomy.
(Practitioner 1908. April.)

Zur Erzielung eines guten funktionellen Resultates nach einer Osteotomie, hält Verf. eine möglichst baldige ambulante Behandlung für das Beste. Daher rät er ganz entschieden dazu, bei einer Osteotomie des Oberschenkels wegen Genu valgum nach Macewen nach Ablauf der Schwellung — etwa am 4. Tage — das Bein einzugipsen. Pat. können bald (gewöhnlich nach 6 Tagen p. op.) aufstehen und zuerst mit Hilfe einer Krücke, später eines Stockes herumgehen. Die meisten Pat. verließen dann die Klinik auf 14 Tage. Nach 5—6 Wochen entfernt man den Verband und die Nähte. Mit den erzielten Resultaten der 19 Fälle ist Verf. sehr zufrieden. Eine Übersichtstafel über die Heilungsdauer ist der Arbeit beigefügt.

Jenckel (Göttingen).

21) **A. Selig.** Die Behandlung inoperabler Geschwülste mit Radium.
(Med. Klinik 1908. p. 1149.)

Sechs inoperable Krebsfälle (zwei des Ductus cysticus und choledochus, vier des Magens) wurden mit Hilfe einer 5 mg Radiumbromid enthaltenden Kapsel der Einwirkung von 1200000 Emanationseinheiten ausgesetzt. Die Geschwulstmassen bildeten sich nicht zurück und verloren höchstens etwas an Härte. Dagegen ließen jedesmal die Schmerzen bedeutend nach. Alle Kranke starben. Bei fünf wurden Haut und Neubildung mikroskopisch untersucht. In der bestrahlten Haut fand sich allgemeiner Schwund des Papillarkörpers, Epithels und Unterhautfettgewebes, mehr oder minder tief greifende Nekrose mit Abhebung des Epithels und Schorfbildung, starke Gefäßfüllung und Blutaustritt, im Krebsgewebe manchmal eitrige Einschmelzung neben Zellzerfall. Es wird daher davor gewarnt, noch bestehende operative Heilungsaussichten durch nutzlose Radiumbehandlung zu vereiteln.

Georg Schmidt (Berlin).

22) **J. Jelínek.** Die Narkose mit peroraler Intubation.
(Časopis lékařů českých 1907. p. 1169.)

Im Brünner Kinderspital wurde die perorale Intubation angewendet: 4mal bei plastischer Operation der Palatoschisis, 3mal bei Cheiloschisis, 6mal bei Operationen an der Nase, 1mal bei Resektion des Unterkiefers, 2mal bei Epulis sarcomatosa und 4mal bei der Exstirpation großer Halslymphome. Unangenehme Komplikationen wurden niemals beobachtet; nur einmal machte die Entfernung des im Kehlkopf durch einen Krampf der Stimmbänder eingeklemmten Tubus einige Schwierigkeiten, die durch Anwendung größerer Kraft überwunden werden mußten; die Folgen bestanden nur in einer schnell vorübergehenden Heiserkeit. Eine tiefere Narkose hätte diese üble Folge verhüten können.

G. Mühlstein (Prag).

23) **J. Jerie.** Die Serotherapie des Tetanus.
(Časopis lékařů českých 1907. p. 1027.)

Der Autor beschreibt zunächst vier Fälle von postoperativem Tetanus aus der Klinik Pawlik, bei denen durchweg die Serotherapie eingeschlagen wurde, und zwar im ersten Falle nur subkutan (80 ccm), in den übrigen Fällen auch intraspinal (10—20 ccm). Pat. 1 starb, Pat. 2 und 3 genasen, Pat. 4 starb an einer interkurrenten Pneumonie und Meningitis. Infolge dieses günstigen Resultates der intraspinalen Injektionen und der widersprechenden Angaben in der Literatur stellte J. Versuche an jungen Ziegen an und gelangte zu folgenden Ergebnissen: 1) Die intraspinale Injektion des Antitetanusserums schließt bei aseptischem Vorgehen keine Gefahr in sich. 2) Das Antitetanusserum ist bei intraspinaler Anwendung wirksamer als bei subkutaner, indem ein Effekt, bestehend in einem protrahierten Verlauf der Erkrankung, selbst dann erzielt wird, wenn die Injektion erst 48 Stunden nach dem Auftreten der ersten Tetanussymptome vorgenommen wurde.

Auf Grund dieser Erfahrungen, sowie jener Erfahrungen, welche durch prophylaktische Seruminjektionen beim Menschen an einer großen Anzahl von Fällen gesammelt wurden, stellt der Autor folgende Sätze auf:

1) Das Antitetanusserum (der Autor benutzte das Serum von Roux) ist ein ausgezeichnetes Prophylaktikum.

2) Die Anwendung des Serums als Heilmittel bei ausgebrochenem Tetanus hat noch keine befriedigenden Resultate geliefert. Die subkutane Injektion allein genügt nicht; die intrazerebrale Injektion ist direkt gefährlich; bei intraspinaler Injektion ist der Effekt zwar ein unsicherer, aber doch ein offenkundiger.

Schließlich empfiehlt der Autor eine Kombination der subkutanen (80 ccm) und intraspinalen (20 ccm) Injektionen. **G. Mühlstein** (Prag).

24) **B. Vašek.** Die Therapie einiger chirurgischer Erkrankungen mittels passiver Hyperämie nach Bier.

(Časopis lékařů českých 1908. p. 885.)

Der Autor sammelte an 126 Fällen der Klinik Kukula folgende Erfahrungen: 1) Beginnende Infektionen können durch die Bier'sche Methode kupiert werden; gequetschte, verunreinigte, infizierte Wunden heilen sehr günstig. 2) Entwickelte Infektionen heilen, wenn sie umschrieben sind, verhältnismäßig schnell nach kleiner Inzision. 3) Bei entwickelter Sehnenphlegmone begünstigt die passive Hyperämie nach Vornahme großer Inzisionen die Erhaltung der Sehnen; sie erleichtert den Eiterabfluß ohne Mulldrains. 4) Bei gonorrhoischer Monarthritis wirkt sie als promptes Analgetikum und begünstigt so die Wiederherstellung der Funktion. 5) Beim Fungus bewährt sich die passive Hyperämie speziell bei den chronischen Formen, die nicht zum Zerfall neigen; bei Neigung zum Zerfalle muß erst operiert und dann gestaut werden. **G. Mühlstein** (Prag).

25) **D. Drew.** Injuries to the head in young children.

(Practitioner 1908. April.)

Daß im frühesten Kindesalter Brüche des Schädeldaches nach Traumen öfter vorkommen, als man erwartet, zeigt Verf. an der Hand von drei interessanten Beobachtungen. Bei einem 8 Tage alten Kinde, das mittels Zange zur Welt kam, ließ sich im Bereich des linken Stirnbeines eine deutliche Depression nachweisen, die sich nach Freilegung des Knochens mittels Elevatorium nicht heben ließ. Erst nach Durchschneidung und mehrfacher Einkerbung des Knochens unter Schonung der Dura gelang die Hebung. Heilung. Der zweite Fall betraf ein 6 Wochen altes Kind, das aus dem Bett auf den Kopf gestürzt war. Im Bereiche des rechten Scheitelbeines war eine mächtige Schwellung vorhanden, die beim Schreien des Kindes deutlich pulsierte (Cephalhydrokele). Durch Tastung ließ sich im Knochen ein horizontal verlaufender klaffender Spalt feststellen, der später noch an Weite zugenommen hatte. Durch diesen Spalt drängte sich, wie die Operation zeigte, Gehirn nach außen vor. Der Vorfall wurde abgetragen, die Knochen mittels Silberdrahtes fest vereinigt. Heilung. Beim dritten Kinde, das im Alter von 18 Monaten von einem Stuhl herab auf den Schädel gefallen war, trat 6 Wochen später eine große, fluktuierende Schwellung des rechten Scheitelbeines auf. Bei der Operation zeigte sich nach Entfernung einer großen Menge geronnenen und flüssigen Blutes eine feine Fissur im rechten Scheitelbein, aber keine Depression; Hautnaht, Heilung. Verf. meint, daß man viel häufiger Brüche des kindlichen Schädels würde feststellen können, wenn alle Fälle von Hämatombildung einer Operation unterzogen würden, was jedoch bekanntlich gewöhnlich nicht nötig wäre.

Jenckel (Göttingen).

26) **J. Gobiet.** Beiträge zur Hirnchirurgie. Aus dem Gewerkschaftskrankenhause Orlau.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 4.)

1) Wunde des Scheitelbeines mit Impression und Zertrümmerung der Gehirnsubstanz. Heilung per granulationem nach Ausräumung in etwa 8 Wochen.



Weitere 8 Wochen später Kopfschmerzen, Schwindel, klonische Krämpfe in Hand und Fuß. Lebhafte Pulsation des Schädeldefektes. Bei Operation fand sich eine Cyste, die exstirpiert wurde. Deckung durch einen Knochenperiostlappen aus der Tibia, der teilweise nekrotisch wurde. Trotzdem konnte Pat. 3 Monate beschwerdefrei arbeiten. Dann Entfernung des Lappens wegen zunehmender Eiterung und schon 2 Tage später Einsetzen epileptischer Anfälle, die nach Deckung des Defektes durch Plastik nach Durante-v. Hacker wieder prompt schwanden. Noch 1$^3/_4$ Jahre später konnte Anhalten der Heilung konstatiert werden. Verf. wendet sich auf Grund seines und anderer Fälle gegen die Warnung Kocher's vor dem Verschlusse traumatischer Schädeldefekte. Für die Plastik empfiehlt er warm die Durante-v. Hacker'sche Methode.

2) Sechs Jahre nach Kopfverletzung epileptischer Anfall. 3 Jahre später neuer schwerer Anfall. Da eine druckempfindliche Narbe und Knochenverdickung, auch im Röntgenbilde, konstatiert wurde, Abtragung des verdickten Knochens und Entleerung einer Flüssigkeitsansammlung unter der Dura. Reaktionslose Heilung mit sofortigem Aufhören von Kopfschmerzen, Schwindel. Wegen zu kurzer Beobachtungszeit kann von Dauererfolg noch nicht gesprochen werden.

3) Bei einem 32jährigen Manne wurde eine Geschwulst der Sprachregion diagnostiziert, bei der Operation aber nicht gefunden. Die Sektion ergab ein echtes, auf der Innenseite der Dura sitzendes Cholesteatom der anderen Seite. Besprechung der seltenen Lokalisation und des kollateralen Sitzes der Hemiplegie.

4) Fall von extraduralem Hämatom nach Verletzung des Sinus longitudinalis durch einen Knochensplitter, der den Sinus teilweise tamponierte. Nach seiner Entfernung sehr heftige Blutung, die nur durch Tamponade gestillt werden konnte. Heilung. Verf. machte bei der Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit einer Naht des Sinus auf den Vorschlag Revenstorff's aufmerksam, die Dura beiderseits zu fassen und über der Sinuswunde fest zusammenzuziehen.

5) Im Anschluß an Influenza Mittelohrentzündung, die schon in 4 Wochen zur Zerstörung des Proc. mast. und schließlich zu Abszeß des Schläfenlappens führte. Nach Operation trat Heilung ein, die auch Bestand hatte.

Renner (Breslau).

27) **Tansini.** Sulla cura della nevralgia facciale.

(Rendiconti del R. istituto lombard. di science e lett. 1907.)

Verf. führt bei Trigeminusneuralgie außer der möglichst ausgedehnten Extraktion der Nerven eine weit zentralwärts gehende Kauterisation des Nervenbettes und Nervenstumpfes aus, um so eine Wiedervereinigung des Nervenastes tunlichst zu vermeiden und in der Hoffnung, einen aszendierenden degenerativen Prozeß hervorzurufen. Während T. früher häufig Rezidive erlebte, hat er in 17 so operierten Fällen stets eine Dauerheilung erzielt, die 1$^1/_2$—9 Jahre beobachtet wurde.

A. Most (Breslau).

28) **L. Rethi.** Die Radikaloperation der Kieferhöhleneiterungen von der Nase her.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

R. versucht zunächst Spülungen durch das natürliche Ostium oder ein vorhandenes Ostium accessorium, oder bohrt nach Extraktion schlechter Zähne die Kieferhöhle an. Führt dies nicht zum Ziele — nach seinen Erfahrungen in fast 50% —, so legt er eine breite Kommunikation zwischen Kiefer- und Nasenhöhle durch Abtragung der inneren Kieferhöhlenwand im Bereiche des unteren und mittleren Nasenganges an. Auskratzungen, Spülungen — auch vom Kranken selbst — sowie Trockenbehandlung können dann leicht vorgenommen werden. R. kritisiert die zahlreichen anderen angegebenen Methoden, die entweder zu kleine Öffnungen setzen oder einen unverhältnismäßig großen Eingriff bedeuten, wie die Luc-Caldwell'sche Operation. Auch ist seine Methode in wenigen Minuten in Lokalanästhesie auszuführen. Deformitäten der Nasenscheidewände müssen even-

tuell vorher beseitigt werden. In 50 Fällen erzielte R. 42 vollkommene Heilungen, 8 Besserungen der subjektiven Beschwerden ohne völliges Aufhören der Eiterung. Nie wurde eine nachträgliche Eröffnung von außen her nötig.

Renner (Breslau).

29) **C. Perrier.** Ein Fall von tumorartiger Tuberkulose des Oberkiefers.

(Med. Klinik 1907. p. 1151.)

Bei einer an Fußknochentuberkulose leidenden älteren Frau trat eine Anschwellung des Oberkiefers und des Gaumens auf, deren Eigenart trotz mikroskopischer Untersuchung eines zur Probe ausgeschnittenen Gewebsstückchens nicht gesichert werden konnte. Resektion des Oberkiefers. Die harte, die Oberkieferhöhle ausfüllende Geschwulst erwies sich als »tumorartige Tuberkulose«, in deren Bindegewebe zerstreut kleine typische Tuberkel mit Riesenzellen eingelagert waren und deren Randzone Verkäsungsherde mit Tuberkelbazillen enthielt. Wahrscheinlich ist die Neubildung von der Schleimhaut ausgegangen.

Erkrankungen des Oberkiefers bei Leuten, die an mehrfacher Knochentuberkulose leiden, müssen daher den Verdacht wachrufen, ebenfalls tuberkulösen Ursprunges zu sein. **Georg Schmidt** (Berlin).

30) **F. Kirstein.** Über Ankylosis mandibulae.

(Med. Klinik 1908. p. 1103.)

Der Begriff »Ankylosis mandibulae« ist mit Ausschluß muskulärer, narbiger usw. Kieferklemme (Kontraktur) zu begrenzen auf die festen knöchernen oder fibrösen Verwachsungen des Unterkiefergelenkes. Entstehung, klinischer Verlauf, Behandlung und Ausgänge sind an der Hand eines nach Sturz auf den Unterkiefer entstandenen hochgradigen und mit Erfolg resezierten Falles beschrieben (Abbildungen). Die Durchmeißelung der verknöcherten Gelenksstelle ist nicht ungefährlich, obwohl ein durch die Operation oder im Anschluß daran erfolgter Todesfall bisher nicht mitgeteilt worden ist; dem Verf. leistete hierbei der für die Radikaloperation von Mittelohrentzündungen angegebene Stacke'sche Tutor gute Dienste. Auch operative dauernde Facialislähmung ist nicht bekannt. Zur Verhütung von Rückfällen wurde auch hier Helferich's Muskeleinpflanzung zwischen Schädel und Resektionsfläche angewendet. Die Operation führt zu schönen Erfolgen.

Georg Schmidt (Berlin).

31) **Legg.** The so-called adenomata of the palate.

(Practitioner 1908. März.)

Die im Bereiche der weichen oder der hinteren Partie des harten Gaumens vorkommenden, gewöhnlich langsam wachsenden Adenome haben klinisch und histologisch große Ähnlichkeit mit den Speicheldrüsengeschwülsten; sie stellen kleinere und größere, von einer Kapsel umgebene, meist weiche, gelbweißlich ausehende Geschwülste dar, die, ohne zu einer Anschwellung der regionären Lymphdrüsen zu führen, in gleichem Prozentsatz bei Männern und Frauen beobachtet werden können. Sechs Fälle werden beschrieben. Die Operation ist einfach. Gewöhnlich kommt man mit der Inzision der Kapsel und stumpfer Enukleation der Geschwulst zum Ziel; manchmal muß der scharfe Löffel zu Hilfe genommen oder die Geschwulst in toto exzidiert werden. Sämtliche sechs Pat. wurden geheilt. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst im Fall 1 ergab, daß ein Teil des Stromas, das durchaus wie dasjenige einer Speicheldrüse aussah, karzinomatösen Charakter zeigte. Diese Pat. ist seit 17 Jahren gesund geblieben. Neun Mikrophotogramme sind der Arbeit beigefügt.

Jenckel (Göttingen).

32) **M. Westergaard.** Über Nervenläsionen bei Drüsenexstirpationen am Halse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 3.)

W. ist der Ansicht, daß man die Nervenverletzungen, welche bei Halsdrüsenoperationen vorkommen, in ihrer Häufigkeit und Bewertung unterschätzt hat. Er

veröffentlicht zwei Fälle, die in die Klinik aufgenommen wurden wegen heftiger Schultergelenksschmerzen. Als Ätiologie dieser Beschwerden kam in beiden Fällen eine Durchtrennung des N. accessorius in Betracht, die bei Gelegenheit früherer Drüsenexstirpation am Halse verursacht worden war. Die Ursache dieser Schmerzempfindung kann eine Verwachsung der Nervenstümpfe mit der Narbe sein; in höherem Maße sind sie aber wohl durch das Hängen der Schulter veranlaßt, wie auch die eingeleiteten therapeutischen Maßnahmen erwiesen. Wahrscheinlich bedingt übrigens die Durchschneidung des N. accessorius allein keine Cucullarisparese, so daß anzunehmen ist, daß mindestens bei dem einen der publizierten Fälle eine Verletzung sämtlicher motorischer Nerven des Cucullaris, sowohl des Accessorius wie des Astes vom dritten Cervicalnerven, vorlag. W. gibt zum Schluß noch Vorschriften über die Anlegung des Schnittes zur Vermeidung derartiger Nervenläsionen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

33) **Guisez.** De la cure des rétrécissements cicatriciels à forme grave par l'oesophagoscopie (étude basée sur 20 observations personnelles).

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. 3.)

G. hat 17 erworbene und zwei angeborene narbige Verengerungen der Speiseröhre, die mit den gewöhnlichen Mitteln nicht zu erweitern waren, ösophagoskopisch behandelt. Bei 13 Kranken war bereits eine Magenfistel angelegt. 14 mal wurde die narbige Stelle unter ösophagoskopischer Einstellung mit dem Ösophagotom ein- oder mehrmals eingekerbt und unter Leitung des Auges bougiert. Drei von diesen Pat. starben: einer (Nr. 14) nach der Entlassung an unbekannter Ursache, ein zweiter infolge Perforation der Speiseröhre und Pneumothorax; Verf. hatte hier wegen Ungebärdigkeit des Pat. ohne Anwendung des Spiegels bougiert. Der dritte Todesfall betraf eine sehr lange, starr infiltrierte und unnachgiebige Striktur; nach der blutigen Erweiterung und Dehnung kam es zu rechtsseitigem Pleuraempyem. Solche Verengerungen sind auch mit dem Spiegel nicht zu übersehen und daher zur endoskopischen Behandlung ungeeignet.

Sein Instrumentarium und die Ausführung der Ösophagoskopie und -tomie ist gefährlich. Gewöhnlich handelt es sich um mehrere Verengerungen, von denen die stärkste am meisten magenwärts gelegen ist. Das eingeführte Rohr muß die engste der oberen Strikturen noch gerade passieren können. Die über der untersten Enge befindliche Tasche muß sorgfältigst mittels Aspirator und Stieltupfer entleert werden, worauf die oft stark nach einer Seite verzogene kleine Lichtung sich einstellen läßt. Oft liegt sie in einer Falte oder Narbe verborgen und verrät sich nur durch das Austreten kleiner Schleimmengen bei den Atem- oder den peristaltischen Bewegungen der Speiseröhre. Die kurzen klappenförmigen Verengerungen eignen sich am besten für die endoskopische Behandlung, selbst wenn sie nur noch von einer Fadenbougie passiert werden. **Gutzeit** (Neidenburg).

34) **Cernezzi.** Contributo alla cura delle ferite toraco-diaframmatiche.

(Società Milanese di medicina e biologia. Milano, **F. Fossati**, 1907.)

Der 7jährige Knabe wurde eine Stunde nach der Verletzung — Stich mit dem Brotmesser — eingeliefert und sofort operiert. Aus der Wunde im VI. linken Interkostalraum, einwärts von der Mammilla, drang Netz. Der Allgemeinzustand war leidlich, doch bestand Dyspnoe und Cyanose. C. drang zunächst durch die Thoraxwunde vor. Da jedoch Allgemeinzustand und Cyanose trotz Herabziehens der Lunge bedenklicher wurden, entschloß er sich zur Laparotomie. So gelang es, das Netz zu reponieren und die weit klaffende Zwerchfellwunde zu schließen. Eine blutende Leberwunde wurde ebenfalls genäht. Die Dyspnoe verschwand sofort. Glatte Heilung. — Im Anschluß an diesen Fall erörtert C. die Frage des operativen Vorgehens und kommt zu dem Schlusse, daß der abdominale Weg prinzipiell vorzuziehen sei; denn er bietet bessere Übersicht, verringert die Gefahr des Pneumothorax und gestattet die gleichzeitige Versorgung von Verletzungen der Bauchorgane, die unter 65 Zwerchfellwunden sich 53 mal fanden. In gewissen Fällen wird allerdings auch der transpleurale Weg indiziert sein (bei Verletzungen der

Lunge oder des Perikards, in unklaren Fällen u. dgl. — wohl auch meist bei rechtsseitigen Verletzungen. Der Ref.). **A. Most** (Breslau).

35) **Thompson.** Occluding pulmonary embolism.
(Annals of surgery 1908. Mai.)

Nach T. ist die Häufigkeit der Lungenembolien nach Operationen größer als man im allgemeinen annimmt. Besonders treten sie nach Becken- und Bauchoperationen deswegen auf, weil diese Operationen eben häufiger als andere gemacht werden. Von 22 aus der Literatur gesammelten Fällen verliefen 20 tödlich; 14 waren im Anschluß an Operationen aufgetreten. In den 22 Fällen trat die Embolie viermal plötzlich ein, in den übrigen schwankte die Zeit des Eintretens von 5 Minuten bis zu 12 Stunden. Um das Eintreten dieser unglücklichen Ereignisse zu verhüten, schlägt T. vor, alle in der Umgebung einer Geschwulst liegenden varikösen Venen mitzuentfernen oder zu unterbinden.

Herhold (Brandenburg).

Berichtigung.

1) Zu Zentralblatt für Chirurgie 1908 Nr. 35 (Beilage) p. 96 Brauer (Marburg): Die therapeutische Bedeutung des künstlichen Pneumothorax.

Durch mein eigenes Verschulden — ich war in jenen Wochen durch klinische Arbeit sowie Lehrtätigkeit übermäßig belastet — ging leider der Redaktion der von mir eingeforderte Selbstbericht über meinen Vortrag nicht zu. So ist es gekommen, daß das Referat einige Punkte bringt, die ich richtig stellen möchte:

Der künstliche Pneumothorax kommt hauptsächlich bei schweren einseitigen, einen freien Pleuraspalt bietenden Lungenphthisen nutzbringend in Frage. Bei Bronchiektasien berechtigen meine Erfahrungen noch nicht zu einem abschließenden Urteil. Bei inoperabler ausgedehnter Lungengangrän war der Erfolg ein negativer. Bei einer schweren, langdauernden Lungenblutung stand zwar die Blutung, der Pat. ging aber doch an der Aspiration, die schon vor Anlegung des Pneumothorax erfolgt war, zugrunde.

2) Zu Zentralblatt für Chirurgie 1908 Nr. 35 (Beilage) p. 105 Friedrich (Marburg): Die operative Beeinflussung einseitiger kavernöser Lungenphthise durch kostoplastische Pneumolysis.

In diesem Autoreferat ist nach Zeile 3 einzuschieben:

»und infolge einer von Brauer ihm entwickelten Idee«.

Wie Friedrich am Schluß seines Referates selbst zum Ausdruck bringt, handelt es sich für ihn um den »Gang der Operation«.

Diese Erklärung scheint mir nach meinen Erfahrungen, die ich machte, notwendig, um kein Mißverständnis darüber aufkommen zu lassen, daß ich es gewesen bin, der auf Grund der Vorarbeiten von Quincke, Carl Spengler und Turban sowie eigener Beobachtungen die Idee der großen extrapleuralen Thorakoplastik (von Friedrich als kostoplastische Pneumolysis bezeichnet) gefaßt, entwickelt und zur Ausführung in Vorschlag gebracht hat. Ich habe die drei ersten von Friedrich operierten Fälle mit der ausdrücklichen Erklärung überwiesen, daß es notwendig sei, durch eine radikale, extrapleurale Thorakoplastik einen Lungenkollaps zu bewirken, welcher gleich ausgedehnt sei, wie der Lungenkollaps bei wohlgelungenem kompletten Pneumothorax. Der von Carl Spengler gewählte Ausdruck »extrapleurale Thorakoplastik« ist eindeutig klar und kann eine Veranlassung zu Mißverständnissen nicht geben.

***L. Brauer** (Marburg a. L.).*

Druckfehlerberichtigung. Auf p. 43 der Beilage zu Nr. 35 d. Blattes soll es in der 7. Zeile statt v. Krafft (Innsbruck) richtig v. Graff (Innsbruck) heißen.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 41. **Sonnabend, den 10. Oktober** **1908.**

Inhalt.

Zur Blutleere der unteren Körperhälfte.

Von

Stabsarzt Dr. **Momburg** in Spandau.

Die Veröffentlichungen von Franke (Nr. 31 ds. Bl.) und Rimann (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV, Nr. 9) veranlassen mich, einige Punkte zu besprechen, um Fehler zu verhüten, welche den Wert des Verfahrens schädigen könnten.

Rimann schreibt, daß der Schlauch in drei Touren so fest als möglich umgelegt wurde, und daß unmittelbar nachher die Pulsation in der A. femoralis nicht mehr zu fühlen war. Diese Ausdrucksweise kann den Anschein erwecken, daß der Schlauch dreimal in der Taille umgelegt wurde, ohne daß nach jeder Tour der Puls in der A. femoralis kontrolliert wurde. Der Schlauch soll nur so oft umgelegt werden, bis der Puls in der A. femoralis verschwunden ist. Jede weitere Umlegung ist überflüssig und erhöht nur zwecklos und in gefährlicher Weise den Druck.

Bei der Lösung des Schlauches beobachtete auch ich wie Rimann eine Dikrotie des Pulses, welche ca. 10 Minuten anhielt. Es war der Fall, bei dem der Schlauch 43 Minuten lag. Im zweiten Falle war der Puls nach Lösung des Schlauches ca. $^1/_2$ Minute lang kaum fühlbar, wurde dann aber schnell wieder normal. Ich möchte doch raten, die untere Körperhälfte nach Anlegung von abschnürenden Binden an Ober- und Unterschenkel sukzessive wieder in den Kreislauf einzuschalten.

Meiner Ansicht und Erfahrung nach wird die Methode in keinem Falle, auch nicht bei muskelstarken Personen, im Stiche lassen. Es wird vielleicht nur eine häufigere Umlegung des Schlauches nötig sein. Ich bin bisher mit höchstens vier Touren ausgekommen. Zu meinen zwei Fällen kann ich einen dritten hinzufügen, bei dem der Schlauch 30 Minuten lang ohne jede Schädigung lag. Es handelte sich um eine Eisenbahnverletzung (Abfahren beider Beine). Auch in diesem Falle war der Schlauch ohne Narkose angelegt, wie bei meinen ersten zwei Versuchen. Der Pat. klagte, wie auch die beiden anderen, über den heftigen Druckschmerz, der genau derselbe zu sein scheint, wie bei der Abschnürung der Extremitäten. Dieser Schmerz ließe sich in gegebenen Fällen (hochsitzende Verletzungen der A. femoralis, der A. iliacae, starke Blutungen bei Atonia uteri oder Extra-uterin-Gravidität) durch Morphium bekämpfen.

Wir können auch am Becken eine fast absolute Blutleere erzielen, wenn erst die beiden Beine durch Umlegung einer Gummibinde von den Zehen aufwärts gänzlich blutleer gemacht werden, wie bei der Blutleere Esmarch's. Nach Umlegung des Schlauches in der Taille wird die Gummibinde von den Beinen gelöst. Jetzt wird der Pat. so gelagert, daß die Beine tief, der Körper hoch liegt. Hierdurch fließt Blut aus dem Becken in die blutleeren Extremitäten, dessen Rückfluß durch Anlegung von abschnürenden Binden an beiden Oberschenkeln verhindert wird. Diesen Vorschlag mache ich auf Grund einer Erfahrung bei einer Revision eines wegen Tuberkulose resezierten Hüftgelenkes, welche ziemlich blutig verlief. Durch diese Methode wäre dem anämischen Knaben der starke Blutverlust erspart worden.

Entgegen dem Vorschlage Franke's, welcher ja nichts Neues bietet, möchte ich vor der Anwendung einer Pelotte warnen, welche zwecklos und gefährlich ist und die absolute Sicherheit der Methode beeinträchtigt.

---

1) **Morris.** The serous coat of blood vessels compared with the peritoneum.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Verf. vergleicht die Intima der Gefäße wegen ihrer ein plastisches Exsudat liefernden Eigenschaft mit dem Bauchfell. Wenn Intima an Intima gebracht wird, wie es z. B. durch die Unterbindung eines

Gefäßes oder die von Matas angegebene innere Naht des Aneurysmasackes geschieht, so tritt eine Verklebung der aneinander liegenden Flächen ein. Auch bei der Arteriennaht spielt die Intima eine ähnliche Rolle. Antiseptika üben einen ungünstigen Einfluß insofern auf die Intima aus, als dadurch das Endothel derselben zerstört und eine die Verklebung hervorrufende Wucherung verhindert oder stark beeinträchtigt wird; auch mangelhafte Asepsis schädigt in dieser Weise die Intima. Daher ist bei allen Arteriennähten absolute Asepsis und Absehen von der Anwendung irgend eines Antiseptikums notwendig.

Herhold (Brandenburg).

---

2) **I. Levin** and **J. H. Larkin.** Transplantation of devitalized arterial segments.

Proceedings of the soc. for exper. biol. and med. 1908. Juli.)

Verff. prüften die Frage, ob die Wiedervereinigung von Schlagadern und die Vermeidung von Thrombenbildung abhängig ist von der Verwendung lebender Zwischenstücke, oder ob auch tote Gefäßsegmente mit Erfolg eingepflanzt werden können. Sie pflanzten in einem Falle ein 1 Zoll langes Teilstück einer Hundeaorta, das mit 4%igem Formalin gehärtet war, in die Bauchschlagader eines anderen Hundes. Während der Beobachtungszeit von 10 Tagen normaler Puls in beiden Femoralarterien. Am 11. Tage wurde die Einpflanzungsstelle untersucht. Die Nähte hatten gehalten, das Zwischenstück war frei von Gerinnselbildung. Der Erfolg der Gefäßnaht scheint somit von der Verwendung lebenden Materials nicht abhängig zu sein. Bei anderen Überpflanzungsversuchen bildeten sich allerdings organisierte Thromben mit zahlreichen Durchgangsöffnungen. Die Technik des Einnähens gehärteter oder gekochter Arterienstücke ist recht schwierig.

Revenstorf (Hamburg).

---

3) **W. Ward.** Histological changes in transplantated blood vessels.

(Proceedings of the soc. for exper. biol. and med. 1908. Juli.)

Ein Segment einer Kaninchenaorta wurde in die Carotis eines Hundes nach dem Karel'schen Verfahren eingenäht und das Gefäß nach 70 Tagen histologisch untersucht. Die Funktion der etwas erweiterten Schlagader war eine vorzügliche gewesen. Bei mikroskopischer Betrachtung indes erwies sich, daß der normale Bau des transplantierten Gefäßes fast völlig zerstört war. Die Intima war durch eine Lage von hyalinem Fibrin ersetzt worden. Muskelfibrillen fehlten teils ganz, teils war ihre Zahl erheblich reduziert. Die Zwischenräume der einzelnen Schichten waren der Sitz kleinster Blutungen. Fibröses Gewebe war an Stelle der zerstörten Zellkomplexe getreten. Die auffallendste Tatsache aber blieb, daß das elastische Gewebe aus dem transplantierten Stück völlig verschwunden war.

Resorption des elastischen Gewebes tritt bei Transplantation auf Angehörige der gleichen Spezies nicht ein. Je weiter dagegen die

Tiere im System auseinander stehen, um so rascher und um so mehr verschwindet das elastische Gewebe aus dem überpflanzten Gefäßrohr. Katzenaorta auf den Hund transplantiert, zeigt schon nach 20 Tagen eine erkennbare Verminderung ihrer Elastika. Der Resorptionsprozeß geht langsam vor sich. Die mechanische Funktion des Gefäßes wird nicht beeinträchtigt, da fibröses Gewebe an die Stelle der zerstörten Schichten tritt.

Revenstorf (Hamburg).

---

4) **Sonnenburg** und **Mühsam.** Kompendium der Verbandlehre. 2. Auflage. 94 S. 87 Abbildungen.

Bibliothek **v. Coler-Schjerning** Bd. XV.

In der vorliegenden 2. Auflage ist die Verbandlehre von der Operationslehre derselben Verff., mannigfachen Wünschen entsprechend, getrennt worden. Die Einteilung ist im wesentlichen dieselbe geblieben; einige Kapitel, wie Wund- und Extensionsverbände, haben dankenswerte Erweiterungen erfahren, besonders das Bardenheuer'sche Extensionsverfahren ist, seiner Bedeutung entsprechend, in der neuen Auflage eingehend beschrieben. Neu ist das Kapitel »Dauerverbände«, in welchem wir den Schleich'schen Peptonpastenverband bei Fußgeschwüren und den Zinkleimverband finden. Hier hätte vielleicht auch der Hoffa'sche Heftpflasterverband bei Fußdistorsionen erwähnt werden können. Die instruktiven Abbildungen sind um einige vermehrt. Die übersichtliche Anordnung des Stoffes, die knappe, aber leicht verständliche Schreibweise sind Vorzüge, die das Büchlein für Studierende und Praktiker besonders empfehlenswert machen.

Vorderbrügge (Danzig).

---

5) **H. Roger.** Mammite suppurée post-typhique.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 58.)

Die eitrige Mastitis ist eine sehr seltene Komplikation des Typhus. Sie entwickelt sich gewöhnlich erst beim Abklingen der Krankheit mit dem Eintritt in die Rekonvaleszenz. Die Krankheit verläuft in der Regel fieberlos oder mit unbedeutender Temperatursteigerung bis 38°. Doch sind auch Temperaturen bis 40° beobachtet. Die Behandlung ist eine operative. Nach Eröffnung des Abszesses erfolgt baldige Genesung. Die posttyphöse Mastitis ist nicht einheitlicher Ätiologie. Statt des Eberth'schen Bazillus wurden in einigen Fällen Staphylokokken gefunden.

Revenstorf (Hamburg).

---

6) **P. Bull.** Erfaringer og Bemerkinger om akut Appendicit og dens kliniske Behandling. 145 S.

Christiania 1908.

Nach der Statistik B.'s verliefen diejenigen Operationen, die vor Ablauf von 24 Stunden oder nach dem 7. Krankheitstage ausgeführt wurden, recht günstig, während die Operation am 3. Tage sich als besonders gefährlich erwies. Der ungünstige Ausgang der letztgenannten Fälle sei indes nicht der Operation zur Last zu legen, sondern dem

Umstande, daß der Entzündungsprozeß sich hatte ausbreiten können. Die Behandlung der allgemeinen serös-eitrigen Peritonitis, einer der frühesten Komplikationen der Appendicitis, ist recht aussichtsvoll, wenn sie am ersten Krankheitstage operiert wird. Die Gefahren, die das Leben des Pat. bei der Abszeßspaltung bedrohen, entspringen teils aus der versteckten Lage des Eiters, teils aus der Wirkung der Narkose auf den heruntergekommenen Kranken.

B. ist Anhänger der Frühoperation, die innerhalb der ersten 24—36 Stunden vorgenommen wird. Treten schwerere Erscheinungen auf, so ist auch beim ersten Anfall sofort zu operieren.

Sind zwei oder mehr Anfälle bereits vorangegangen, so ist die operative Entfernung des Wurmfortsatzes unter allen Umständen geboten, um so mehr, je kürzer der Abstand zwischen den Anfällen war. Die Appendektomie ist ferner indiziert, wenn Symptome einer chronischen Entzündung des Wurmes oder Neigung zu Stuhlbeschwerden bestehen bleiben. Kinder, die bekanntlich über dem eigentlichen Anfalle vorhergehende leichte Beschwerden oft nicht klagen, sind stets baldigst zu operieren.

Nach Ablauf von 36 Stunden ist die Operation indiziert, wenn die Symptome sich allmählich oder plötzlich verschlimmern, und wenn Peritonitis oder Abszeßbildung eintritt. Exspektative Behandlung ist gerechtfertigt, wenn keine gegenwärtige Lebensgefahr besteht, oder wenn Kontraindikationen vorliegen. Gegen eine abwartende Haltung ist ebenfalls nichts einzuwenden, wenn die Symptome offenbar in Rückgang begriffen sind oder der Anfall leicht war; ferner bei allgemeiner Peritonitis und versteckt liegenden Abszessen, wenn der Kräftezustand des Pat. eine Operation nicht zuläßt.

Außer bei ganz leichter Erkrankung empfiehlt es sich nicht, die Operation im Intervall vor Ablauf von 6—8 Wochen nach dem Anfalle vorzunehmen. Nach einem schwereren Anfalle warte man ein halbes Jahr.

Als Operationsmethode bevorzugt B. in unkomplizierten Fällen und bei lateral gelegenen Abszessen den Kreuzschnitt, in den übrigen Fällen der besseren Übersicht halber den pararektalen Längsschnitt. Beckenabszesse werden vom Mastdarm aus nach voraufgegangener Probepunktion eröffnet. Die Entleerung hochsitzender Senkungsabszesse vom Darm her führt bei Anwendung scharfer Instrumente leicht zu Nebenverletzungen und stärkeren Blutungen. Um diese zu vermeiden, wendet B. eine verbesserte Reynier'sche Zange an. Die Modifikation besteht darin, daß die scharfe Spitze keinen Teil des Instrumentes bildet, sondern von den Löffeln nur mechanisch festgehalten und nach Perforation der vorderen Darmwand mittels eines Seidenfadens herausgezogen wird, während man die geschaffene Öffnung mit der Zange stumpf erweitert. **Revenstorf** (Hamburg).

7) **Battle.** The radical cure of femoral hernia.

(Edinburgh med. journ. 1908. Juni.)

Zur Beseitigung des Schenkelbruches schlägt Verf. vor, die Aponeurose des Obliquus externus vom Annulus inguin. ext. aus parallel zum Lig. Pouparti nach außen und oben hin zu spalten, nachdem der Schenkelbruch durch vertikalen Schnitt freigelegt, der Bruchinhalt reponiert und der Bruchsack nach unten gezogen und möglichst hoch oben durch Seidenfaden abgebunden und abgetragen ist. Dieser Faden bleibt absichtlich lang. Durch die Inzision vom Leistenring aus werden zwei Lappen gebildet, ein oberer und ein unterer. Das Prinzip der B.'schen Operation besteht nun darin, den oberen Lappen (Aponeurose des Obliquus externus) hinter dem unteren nach dem Schenkelkanal zu bringen und daselbst mit der hinteren Schicht und dem Musculus pectineus durch Naht zu vereinigen, so daß ein starker Verschluß des Kanals gebildet wird. Der untere Lappen wird dann von den im Leistenkanal liegenden Gebilden isoliert, so daß das Lig. Pouparti, speziell der Teil, der den Kanal kreuzt, gut übersichtlich wird. Dann wird durch eine Öffnung in der Fascia transversalis der Bruchsackhals nach oben durchgezogen und nun durch Seidennähte die Aponeurose des Obl. externus vom oberen Lappen mit der Fascia pectinea, dem hinteren Teil des Schenkelkanals, dem Lig. Gimbernati und Pouparti, sowie mit der Hinterfläche des unteren Lappens verbunden, wobei die Öffnung in der Fascia transversalis mitsamt dem in ihr liegenden Bruchsackhals ebenfalls durch Nähte fixiert und geschlossen wird. Leider kann man aus den vom Verf. selbst angefertigten, dem Text beigefügten schlechten Skizzen absolut kein klares Bild von der Lage der einzelnen Gebilde erhalten. Verf. hat nach dieser Methode 81 Pat. (14 weibliche, 67 männliche) operiert und angeblich kein Rezidiv erlebt.

Jenckel (Göttingen).

---

8) **A. Thomson.** Diverticule of the alimentary tract, with particular reference to those met with in the ileum resulting from an accessory pancreas and from tuberculosis.

(Edinburgh med. journ. 1908. April.)

Divertikel des Rachens, der Speiseröhre, des unteren Teiles vom Ileum und der Flexura sigmoidea sind ziemlich häufig, selten diejenigen des Magens, Duodenum, Jejunum, Wurmfortsatzes und Mastdarmes. Im Blind- und aufsteigenden Dickdarm sind Divertikel, soweit Verf. feststellen konnte, überhaupt noch nicht beobachtet.

Die Einteilung in wahre und falsche Divertikel, je nach dem Bestehen der Wandung aus allen drei bzw. nur zwei Schichten, verwirft Verf. Er unterscheidet 1) angeborene, 2) erworbene Divertikel. Im Magen und Duodenum kommen Divertikel vor, die zum Pankreas und seiner Bildung Beziehung haben; im Duodenum dicht oberhalb der Papilla Vateri sind ebenfalls Divertikel beobachtet, die mit der Ent-

wicklung der Leber und des Pankreas in Beziehung stehen und in überzähligen Bauchfelltaschen während der Fötalperiode entstehen.

Im Anschluß an die Beschreibung des Sitzes der Divertikel im Bereich der verschiedenen erwähnten Abschnitte des Nahrungskanals teilt T. zwei seltene Beobachtungen mit. Zuerst ein erworbenes Divertikel des unteren Ileumabschnittes, das durch eine umschriebene tuberkulöse Infiltration der Darmwand und Zerstörung der Ringmuskulatur entstanden war und durch die in seiner Nachbarschaft eingetretenen entzündlichen Verwachsungen kolikartige Schmerzen in der rechten Seite des Leibes hervorgerufen hatte. Der zweite Fall betrifft ein Divertikel des unteren Ileumendes, hervorgerufen durch einen versprengten Pankreaskeim, der die Kuppe der fingerförmigen Ausstülpung bildete. Mikroskopisch ließ sich nachweisen, daß ein Teil des Pankreasgewebes innerhalb der Längsmuskulatur des Divertikels gelegen war und die Ringmuskulatur ersetzte; das andere, histologisch wie ein Alveolarkarzinom gebaute Pankreasgewebe lag außerhalb der Längsmuskulatur im subserösen Fettgewebe und bildete die Kuppe des Divertikels Drei Abbildungen sind der Arbeit beigefügt. **Jenckel** (Göttingen).

---

9) **Rodmann.** How frequently do gastric ulcers become carcinomata.

(Annals of surgery 1908. Juni.)

R. glaubt, daß sich der Magenkrebs in 50% der Fälle auf dem Boden eines Geschwürs entwickelt. Innerhalb der letzten 2 Jahre hat er neun Pat. operiert, bei welchen zweifellos festzustellen war, daß sich das Karzinom aus einem vorhergegangenen Geschwür entwickelt hatte. In einigen Fällen waren nur Geschwürssymptome vorhanden, so daß die Diagnose auf Karzinom erst während der Operation gestellt wurde; in anderen Fällen waren die Symptome des Geschwürs allmählich in die des Korzinoms übergegangen, indem der Schmerz dauernd wurde, das erbrochene Blut eine dunklere Farbe annahm, das Erbrechen häufiger eintrat usw., oder sich Krebskachexie entwickelte. Das wichtigste Zeichen für den Übergang zum Karzinom ist nach R. die rapide Abnahme des Salzsäuregehalts. In zweifelhaften Fällen soll man nicht zulange mit der Laparotomie warten.

Herhold (Brandenburg).

---

10) **Dufour** et **Fredet.** La sténose hypertrophique du pylore chez le nourisson et son traitement chirurgical.

(Revue de chir. XXVIII ann. Nr. 2.)

Die Verff. empfehlen als die Methode der Wahl die submuköse Pyloroplastik. Der Längsschnitt wird nur durch Serosa und die starre verdickte Muscularis geführt; bei der queren Vernähung gibt die meist stark gefaltete Schleimhaut, auch ohne daß sie durchschnitten wird, leicht nach. Blutung oder Infektion sind nicht zu fürchten, da die Magenlichtung nicht eröffnet wird; die Dauer der Operation ist wesentlich kürzer. Bewirkt ein Schnitt nicht die genügende Erweiterung des Pförtners, so wird ein zweiter in möglichst großer Entfernung vom ersten angelegt.

Die Methode wurde in zwei Fällen mit bestem Erfolg ausgeführt, in dem einen mit doppelter Plastik; eine kleine rautenförmige Stelle im zweiten Schnitt mußte offen gelassen werden, was weder die Wundheilung noch das Resultat beeinträchtigte. Ein dritter, in sehr elendem Zustande mit Durchschneidung der Schleimhaut operierter Knabe erlag einer reichlichen Magenblutung, da die Nähte wiederholt durchschnitten.

Begegnet die Ausführung der Pyloroplastik Schwierigkeiten, oder hat sie nicht den gewünschten Erfolg, so tritt die Gastroenterostomie in ihr Recht. Pylorektomie und Jejunostomie sind gänzlich verlassen, die Dehnung nach Loreta ist an den zarten Geweben des Säuglings ein viel zu rohes Verfahren. Die Gesamtsterblichkeit der bis Dezember 1907 operierten 135 Fälle, welche am Schlusse der Arbeit übersichtlich zusammengestellt sind, beträgt 48,88%.

Auf die charakteristischen Erscheinungen der hypertrophischen Pylorusstenose (Bevorzugung des männlichen Geschlechtes; freies Intervall nach der Geburt; explosives, stets gallenfreies Erbrechen in der Zeit der rapiden Abmagerung nach jeder Nahrungsaufnahme, dann nur morgens und abends; Fehlen von Darmstörungen; Peristaltik; Geschwulst) und die Differentialdiagnose gegenüber der angeborenen Atresie und dem Spasmus wird genauer eingegangen. In Frankreich ist übrigens das Vorkommen des Leidens noch bis vor wenigen Jahren stark in Zweifel gezogen worden. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

11) **J. Nicolaysen.** Den strikturerende Tyndttarmtuberkulose og dens kirurgiske Behandling. 65 S. 12 Abbildungen.

Christiania 1908.

Die Strikturbildung kündigt sich entweder mit einem Anfalle von Ileus an, der mehrere Tage dauern kann, oder mit anfallsweise auftretenden Leibschmerzen, die von Verstopfung oder Durchfällen, Meteorismus und Erbrechen begleitet sind. Die Zwischenräume der Anfälle werden allmählich kürzer. König's Syndrom und Nothnagel's Darmsteifung sind charakteristische Zeichen der Stenosenbildung.

Schwierig ist die Unterscheidung der tuberkulösen Darmstriktur von der disseminierten ulzerösen Form der Darmtuberkulose. Während des Anfalles ist der geblähte Darm, der oberhalb der Stenose liegt, als feste, bis faustgroße Geschwulst fühlbar. Bauchmassage kann Kolikanfälle auslösen. Manche Kranke bekommen ihren Anfall auf Abführmittel oder Einläufe. Bei bejahrten Kranken nehmen die Anfälle allmählich an Häufigkeit und Intensität ab, wenn Atrophie des zuführenden Darmteiles eintritt.

Während des Anfalles beobachtet man Plätschergeräusch, Meteorismus, sichtbare Peristaltik und das Vorhandensein einer oder mehrerer Geschwülste im Leibe. Während der anfallsfreien Zeit deutet das Vorhandensein kleiner, sehr beweglicher Geschwülste im kleinen

Becken auf Darmtuberkulose. Fieber ist selten. Doch kommt auch fieberhafte tuberkulöse Appendicitis vor. Bei Stenose des Duodenum und des Anfangsteiles des Jejunum treten Symptome von seiten des Magens in den Vordergrund. Fühlt man während des Anfalles mehrere Geschwülste, so ist der Darm an mehreren Stellen verengt. Meist wird die Diagnose der mehrfachen Verengerung erst bei der Operation sichergestellt. Die tuberkulöse Natur der Darmerkrankung ist zu vermuten, wenn Tuberkulose anderer Organe vorliegt, oder wenn bei einem Pat., der das 50. Lebensjahr überschritten hat, die mit chronischer Diarrhöe einhergehende Erkrankung im Dünndarme lokalisiert ist.

Als Behandlungsmethode kommt in erster Linie die Darmresektion in Betracht, insbesondere für die zu Metastasenbildung und starker Narbenretraktion neigende hypertrophische Form der Darmtuberkulose. Erkrankte Mesenterialdrüsen werden mit fortgenommen. Bei fibrösen Strikturen ist auch die Enteroanastomose am Platze. Den Hautschnitt legt man am besten, dicht oberhalb des Poupart'schen Bandes beginnend, entlang dem rechten Rectusrande.

Unter 110 Fällen von strikturierender Darmtuberkulose wurden 47 mit Resektion, 49 mit Enteroanastomose, 6 mit Pyloroplastik, 1 mit Enterostomie und 7 mit einfacher Laparotomie behandelt. Die Darmresektion weist eine Mortalität von 19,1%, die Enteroanastomose eine solche von 20,4% auf. Berücksichtigt man aber die Todesfälle, die im Laufe des auf die Operation folgenden Jahres eintreten, so steigt die letztere Zahl auf 34,7%.

Die höhere Sterblichkeit nach der Enteroanastomose erklärt sich daraus, daß diese Operation hauptsächlich angewandt wird in Fällen mit zahlreichen Strikturen und bei schwächlichen, an klinisch nachweisbarer Tuberkulose der Lungen leidenden Kranken.

Unter 52 Fällen von multipler Verengerung wurde 20mal die Resektion ausgeführt mit nur 1 Todesfall, 32mal die Anastomosenbildung mit 14 Todesfällen.

Unter der Gesamtzahl von 49 Fällen, bei denen die Enteroanastomose gemacht wurde, starben 10 unmittelbar nach der Operation, 7 später, darunter 3 infolge Perforation eines tuberkulösen Darmgeschwüres.

Aus den Mitteilungen N.'s geht hervor, daß die Darmresektion, wenn sie auch nicht gegen Rezidive und Reinfektion von seiten der Lunge schützt, der Enteroanastomose vorzuziehen ist.

Revenstorf (Hamburg).

---

12) **G. Frattini** (Padua, Klinik Bassini). Sugli effetti dell' occlusione delle radici enteriche della vena porta.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 9.)

F. weist darauf hin, daß man — seit den Untersuchungen Neutra's — einige sichere Fälle von Mesenterialthrombose kennt, in welchen die Annahme der Möglichkeit eines erfolgreichen chirurgischen Ein-

greifens gerechtfertigt erscheint. Zur Orientierung auf diesem Gebiete unternahm er eine Anzahl von Versuchen an Hunden. Er zog eine mittlere Dünndarmschlinge vor und unterband alle erreichbaren primären Venen, wobei er bemüht war, einen Kollateralkreislauf zu verhindern.

Von zehn Tieren gingen sechs an den Folgen des Eingriffes zugrunde. Die Därme zeigten keine wesentlichen Veränderungen, auch nicht im histologischen Bilde, außerhalb der Zone direkt vom Eingriff abhängiger Erscheinungen. Diese letzteren steigern sich von Hyperämie verschiedenen Grades bis zu Extravasationen in den drei Schichten, ja bis zur Mortifikation, in den Zotten. Interessant ist es, zu konstatieren, daß das Epithel der Zotten zum größten Teil im Zerfall ist, während in den tieferen Partien, am Grunde der Drüsen, die Ernährung des Epithels noch eine so gute ist, daß die Zellen kaum pathologische Veränderungen aufweisen. Im Zentrum des Prozesses der Infarzierung ist das Gewebe scheinbar vollständig nekrotisch. Doch zeigt auch hier noch die genauere histologische Untersuchung erhaltene epitheliale Elemente am Grunde der Drüsen, sogar noch Mitosen. In den Muskelschichten fand F. ansehnliche Bündel unveränderter Fasern.

Die vier anderen Hunde erholten sich auffallend schnell von den unmittelbaren Folgen der Operation. Nach 4—16 Tagen erfolgte die Obduktion. Als wichtigstes Ergebnis sei die Bildung umfangreicher Verwachsungen des großen Netzes um den Darm hervorgehoben, die so innig waren, daß in einem Falle die Gefäßneubildungen bis in die Submucosa reichten. In den Muskelschichten schien eine *Kompensation* der Schäden nicht nur durch Bindegewebe, sondern durch Hypertrophie und Karyokinese eine wahre Neubildung der erhaltenen Muskelbündel einzutreten. Das lymphoide Gewebe der Zotten, die Solitärfollikel und die Peyer'schen Plaques wiesen viele Mitosen auf. Die Formen der Schleimhaut, der Zotten und Drüsen waren um so undeutlicher, je näher sie dem Zentrum des Prozesses lagen; doch gab es zahllose Karyokinesen in den Epithelien, besonders im Drüsengrunde. Auch die extravasierten Blutzellen waren meistens gut erhalten. In dem ältesten Falle war das Epithel vollkommen wiederhergestellt; die Mitosen halten sich innerhalb der normalen Grenzen; Zotten und Drüsen erscheinen in ihren gewöhnlichen morphologischen Details, nur meint F. gewisse Unregelmäßigkeiten in ihrem reziproken Verhalten, in der Lage zu- und nebeneinander beobachten zu können. In der Darmwand herrscht hier das Bindegewebe vor; die erhaltenen Muskelbündel halten keine einheitliche Richtung ein; die Fasern, meistens normal groß und normal geformt, erscheinen hier und da hypertrophisch.

Der Verschluß der Gekrösvenen verursacht also — auch wenn er plötzlich eintritt — nicht notwendigerweise den Tod des Tieres, sondern es kann infolge Zusammenwirkens spontaner Erscheinungen zur Heilung kommen, wenigstens in bezug auf die direkten Konsequenzen der Kreislaufsstörung. Insbesondere zeigen die Darmepithelien

eine ganz auffallende Resistenz gegenüber Veränderungen ihrer Unterlagen, die im Verein mit anderen günstigen Umständen, wie Verwachsungen im peritonealen Bereich, ihre Regeneration einleiten und erzielen können. **J. Sternberg** (Wien).

13) **Mummery.** Chronic colitis and its surgical treatment.
(Practitioner 1908. April.)

Im Gegensatz zu Nothnagel, der die chronische Kolitis für eine nervöse Erkrankung, eine Neurose mit sekundären Darmsymptomen ohne lokale Ursache auffaßt, versteht M. unter einer Colitis chronica mucosa ein Symptom, das zahlreiche Ursachen haben kann. So kann sie entstehen infolge chronischer Entzündung des Kolon, speziell der Flexura sigmoidea; wie Verf. mittels Sigmoidoskops feststellen konnte, so kommt sie öfter als Folgeerscheinung bei chronischer Appendicitis vor, wie statistisch nachgewiesen wurde. Auch Karzinom des Kolon, sowie Verwachsungen und sonstige Entzündungen in der Nachbarschaft des Dickdarmes können eine Colitis chronia mucosa hervorrufen. Die Neurose ist die Folgeerscheinung, nicht die Ursache der Erkrankung.

Betreffs der Therapie stellt sich Verf. auf den Standpunkt, daß man nicht zulange mit der chirurgischen Behandlung des Leidens warten soll, sobald die interne versagt. Von der Anlegung einer rechtsseitigen inguinalen Kolostomie will M. nichts wissen, gibt vielmehr der von Keatly empfohlenen Appendikostomie bei weitem den Vorzug, da deren Öffnung wasser- und luftdicht schließe, und durch Einführung eines Katheters eine genügende Spülung des Darmes mit adstringierenden oder antiseptischen Flüssigkeiten ermöglicht werde. Außerdem könne die Fistelöffnung mittels Thermokauters leicht und sicher später wieder geschlossen werden. Verf. hat diese Operation bei einem Arbeiter ausgeführt, der sich nach derselben äußerst wohl fühlte und seine Arbeiten wieder voll und ganz verrichten konnte. Die von Arbuthnot Lane empfohlene Ileosigmoidostomie, sowie die später von demselben Autor bei Colitis mucosa angewandte Resektion des Kolon vom Blinddarm bis zur Pars pelvinea recti wird mit Recht verworfen, da der große und gefährliche Eingriff in gar keinem Verhältnis zur Schwere der Erkrankung steht.

Neben der Colitis chronica mucosa und Colitis membranacea führt M. noch die Colitis chronica ulcerosa und Colitis ulcerosa follicularis an, die beide sich graduell von der Colitis mucosa bzw. membranacea chronica unterscheiden und mit heftigen Diarrhöen sowie starken Blutungen einherzugehen pflegen.

Die Geschwüre haben bei oberflächlicher Betrachtung Ähnlichkeit mit dysenterischen Geschwüren, sind aber doch völlig verschieden von ihnen. Vielfach liegen sie ringförmig im Darm, manchmal sind sie derartig ausgedehnt vorhanden, daß gar keine normale Schleimhaut mehr besteht. Perforationen, lokale Abszeßbildung, allgemeine Peritonitis suppurativa sind nicht seltene Folgeerscheinungen dieser Colitis ulcerosa. In einzelnen Fällen kann durch lokale Irrigationen bei

völliger Bettruhe (Wasserstoffsuperoxyd, später Olivenöl) Heilung erzielt werden; die meisten Pat. erliegen jedoch ihrem schweren Leiden. Verf. rät auch bei derartig schweren Erkrankungen nicht zulange mit der Operation zu warten, entweder die Appendikostomie oder aber die Kolostomie zu machen und den Darm von den Fistel- bzw. Darmöffnungen auszuspülen. **Jenckel** (Göttingen).

---

14) **A. Edmunds.** A new method of intestinal anastomosis, suitable for cases of gangrenous intussusception.

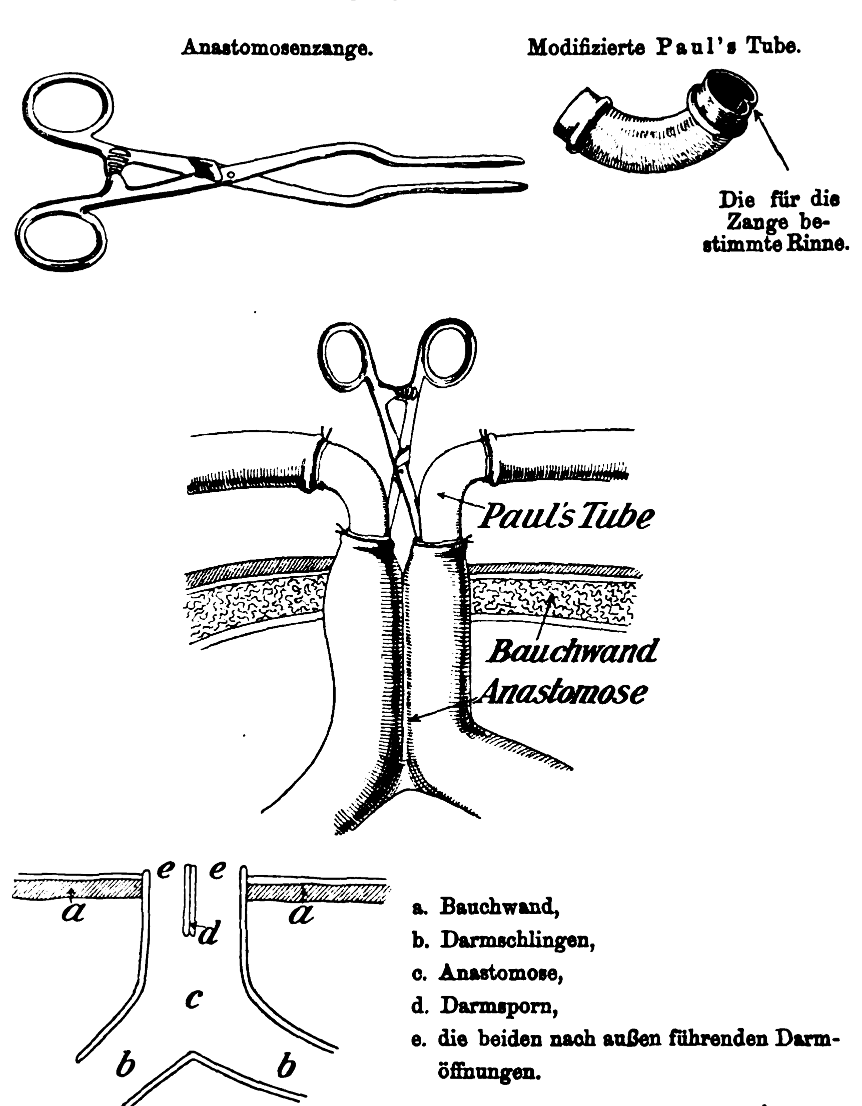
(Practitioner 1908. März.)

Die Statistiken zeigen, daß die Prognose der Invagination eine durchaus gute ist, sobald die Desinvagination ohne Ruptur des Darmes vollzogen werden kann. Die Fälle jedoch, in denen die Intussuszeption so fest war oder so lange bestand, daß ein Teil des Darmes der Gangrän verfiel; geben eine sehr schlechte Prognose, mindestens 90% Mortalität, und nur wenige Publikationen sind vorhanden, die über eine Heilung nach Resektion der gangränösen Darmpartie berichten. Man muß eben bedenken, daß es meist ganz kleine Kinder sind, die von diesem Leiden befallen werden, nicht etwa widerstandsfähige, kräftige Erwachsene, für die eine Laparotomie kein so erheblicher Eingriff ist.

Die beste Behandlungsart wäre die Resektion des gangränösen Darmstückes und Anastomose der beiden Darmenden; das Alter der Pat. verbietet jedoch gewöhnlich ein derartiges eingreifendes Verfahren. Barker schlug vor, einen Längsschnitt in dem gesunden Abschnitte des Intussuscipiens zu machen, die invaginierte Partie aus dieser Öffnung herauszuziehen, abzutragen, die Darmenden nach Maunsell's Methode zu vereinigen und durch die Öffnung zu reponieren, danach letztere durch Nähte zu schließen. Eine andere Methode unterstützt das Naturverfahren, die Invagination wird noch etwas vollständiger gemacht und die Verklebungen zwischen den einzelnen Serosaflächen durch einige Nähte noch verstärkt, so daß die gangränöse Partie innerhalb der Darmlichtung sich spontan abstoßen kann.

Verf. schlägt vor, die invaginierte Partie nach außen vor die Bauchwand zu lagern, die Resektion des gangränösen Stückes dann schnell auszuführen, in jede Darmöffnung eine Tube (Paul's Tube) zu schieben, um die Bauchwunde vor jeder Verunreinigung mit Darminhalt zu schützen, dann eine von ihm konstruierte Anastomosenzange zwischen Tube und Darmwand in beide Darmschenkel hineinzuschieben und die Zange, deren Branchen in einer Entfernung von 3—4 cm unterhalb der Darmöffnung erst parallel miteinander verlaufen, dann fest zu schließen, um auf diese Weise, genau wie bei der Dupuytrenschen Klemme, zwischen beiden Darmschenkeln eine Anastomose herzustellen, die etwa 4 cm vom Kunstafter entfernt gelegen ist. Die Zange bleibt 8 Tage liegen; inzwischen hat sich die Anastomose gebildet; der Kunstafter wird später durch Vernähung der Öffnungen und Versenkung der Darmenden beseitigt.

Verf. hat nach diesem Verfahren ein 10 Wochen altes Kind operiert, das leider 5 Wochen später infolge anderweitiger, der Operation nicht zur Last zu legender Umstände starb. Er empfiehlt diese Methode nicht nur für die gangränöse Invagination, sondern auch für



a. Bauchwand,
b. Darmschlingen,
c. Anastomose,
d. Darmsporn,
e. die beiden nach außen führenden Darmöffnungen.

eingeklemmte brandige Brüche, wenn die betreffenden Pat. zu schwach sind, um eine sofortige intestinale Anastomose auszuhalten, oder aber die Umgebung usw. einen derartig großen Eingriff verbietet.

Jenckel (Göttingen).

15) **Monks.** Experiments in flushing the intestinal canal with salt solution through multiple enterotomy openings.

(Annals of surgery 1908. Juni.)

M. versuchte an Tieren den ganzen Darmkanal in einzelnen Abschnitten mit Kochsalzlösung zu durchspülen. Er legte zu diesem Zweck in einer möglichst hohen Darmschlinge des Jejunum eine Öffnung an, führte durch diese nach unten (distal) ein langes Glasrohr und füllte den Darm bei Katzen bis zur Blinddarmklappe; dann machte er unmittelbar vor derselben eine zweite Enterostemieöffnung, durch welche die Lösung mit Fäkalien ausfloß. Die obere Öffnung wurde nun vernäht und in die untere nach dem Dickdarm zu das Glasrohr eingeführt. Nachdem wieder Salzlösung hineingelassen war, floß diese durch ein in den After eingeführtes Glasrohr mit Fäkalien wieder ab. Von 15 Katzen überlebten diesen Eingriff 10. Dann wurde das Verfahren an menschlichen Leichen erprobt; hier war meist noch eine dritte Enterostomie am unteren Darme nötig; außerdem hinderte der dicke Darminhalt des Dickdarmes etwas die Durchspülung, sie gelang aber schließlich auch. Endlich hat Verf. nun diese Ausspülung des ganzen Darmes bei einem 8jährigen Kinde gemacht, das an schwerer septischer Peritonitis litt; der Erfolg war ein günstiger, das Kind kam mit dem Leben davon. In diesem letzteren Falle waren nur zwei Öffnungen, am proximalen und distalen Ende des Jejunum, angelegt, durch welche es gelang den ganzen Darm bis zum After auszuspülen. Bei diesen Maßnahmen ist sehr zu beachten, daß kein Darminhalt in die Bauchhöhle gelangt, was sich durch allseitige Abdeckung erreichen läßt. Verf. will diese gründliche Auswaschung des Darmes zur Befreiung von toxischen Stoffen nur in verzweifelten Fällen angewandt wissen, in welchen die einfache Enterostomie nicht genügen würde. Ob sie bei Erwachsenen ebenso wie bei dem operierten Kinde gelingt, kann er mit Bestimmtheit noch nicht sagen.

Herhold (Brandenburg).

---

16) **A. Don.** An easy method of excising piles.

(Edinb. med. journ. 1908. Juni.)

Zur Beseitigung der Hämorrhoidalknoten empfiehlt Verf. folgende Methode, die ohne Assistenz in Lokalanästhesie auszuführen ist. Die notwendigen Instrumente sind sechs Arterienklemmen, sechs Doppelpinnen bzw. Stifte (harelip pins), ein gut abgemessener Kork, Catgutnähte und Ligaturen. Der Kork wird fingerhutförmig zugeschnitten und mit einem Stock zum Anfassen versehen, außerdem mit Gaze überzogen. Der Sphinkter wird zuerst dilatiert, dann die Hämorrhoidalknoten mit der Klemme gefaßt und vorgezogen; zuerst zieht man die oberen Knoten mittels der Klemme nach oben, bis normale Schleimhaut überall sichtbar ist und schiebt nun die eine Kante des Korkes in den Mastdarm hinein; dann werden die unteren Knoten ganz nach unten gezogen und auf diese Weise ermöglicht, daß der ganze Kork

in den After gelangt und nach innen von den Hämorrhoiden im Mastdarm zu liegen kommt. Mit Hilfe der Pinnen werden nun die Knoten von außen her an den Kork geheftet; dann legt Verf. nach innen von den Knoten zirkulär um die auf dem Kork liegende Darmschleimhaut einen dünnen Gummischlauch herum und schnürt damit die Gefäße ab. Dann submuköse Ausschälung der peripher von den Pinnen liegenden Knoten mit dem Messer, wobei man achtgeben muß, stets weit genug von der äußeren Haut, sowie der normalen Schleimhaut zu bleiben. Der Gummischlauch wird daraufhin abgenommen, einzelne blutende Gefäße gefaßt und unterbunden und zuletzt eine Catgutnaht für die Schleimhaut angelegt. Diese Nähte sollen die Schleimhaut, ein wenig von der Submucosa und nach außen die Haut mitfassen. Ein Gazestreifen, event. mit Jodoform, wird in die Afteröffnung eingeführt. Eine Verletzung des Sphinkters ist bei dieser einfachen Methode ganz ausgeschlossen. **Jenckel** (Göttingen).

---

17) **F. Terrier** et **M. Auvray.** Chirurgie du foie et des voies biliaires. Echinococcose hydatique commune. Kystes alvéolaires. — Suppurations hépatiques. Abcès tuberculeux intra-hépatique. Abcès de l'actinomycose. — 366 p. Avec 47 figures dans le texte.

Paris, **Félix Alcan,** 1907.

Echinococcose hydatique commune. Verff. bringen eine eingehende Schilderung der Leberechinokokken nebst Komplikationen und Therapie. Je nach der Lage handelt es sich um inferiore Cysten, und zwar postero-inferiore, die sich nach Art der Nierengeschwülste entwickeln, und antero-inferiore, die sich in die Bauchhöhle entwickeln. Die postero-superioren Cysten entwickeln sich oft weit in die Brusthöhle hinein, die antero-superioren wölben die vordere Bauchwand vor. Pathologische Anatomie und Diagnostik wird besprochen. Die Frühdiagnose soll man nach Dieulafoy stellen können aus einer Reihe von Symptomen, nämlich Schmerz in der rechten Schulter, Auftreten von Urtikaria, Ekel vor fetten Speisen und rechtsseitige Pleuritis. Es folgen dann die Symptome und Komplikationen.

Die Eosinophilie ist kein sicheres diagnostisches Zeichen für Echinokokkus, da sie bei allen möglichen Parasiten, sogar Tänien und Askariden, vorhanden sein kann. Ebenso ist sie häufig nach Überstehen von Infektionskrankheiten, dann bei Lymphosarkomen und Lymphadenomen. Die Eosinophilie schwindet außerdem unter dem Einfluß plötzlicher Temperaturerhöhung. Das Bestehenbleiben von Eosinophilie nach Operation einer Cyste sollte aber den Verdacht auf das Vorhandensein weiterer Cysten erwecken. Bei Perforation in die Bronchien ist stets schwer zu entscheiden, ob die Cyste in der Leber oder in der Lunge ihren Sitz hat.

Nach einem historischen Rückblick auf die früheren Operationsmethoden besprechen Verff. ausführlich die jetzt üblichen Verfahren

und veranschaulichen sie an Abbildungen, so z. B. die Freilegung der oberen Leberoberfläche mit Rippenknorpelresektion, das transpleurale und parapleurale (Siraud) Vorgehen durch das Zwerchfell hindurch. Will man die Cyste nach der Ausräumung nicht drainieren, sondern nähen, so soll man sorgfältig auf Cysten fahnden, die der Hauptcyste benachbart liegen. Das Vorkommen derselben scheint nicht so selten zu sein, als man früher annahm. Man benötigt deshalb große Schnitte. Auch können trotz aller Sorgfalt in der Cystenhöhle selbst genügend Keime zu einer weiteren Infektion zurückbleiben. Es muß erst die Erfahrung lehren, ob man bei alten Cysten, bei denen Tochterblasen nebenan liegen können, besser die Einnähung oder den vollständigen Verschluß macht. Im allgemeinen ist der Verschluß durch Naht als die bessere Operation anzusehen. Empfohlen wird das Verfahren nach Dévé mit vorhergehender Punktion des Sackes. Der feine Trokar bleibt im Sack; ein Ausfließen von Flüssigkeit soll dadurch ganz vermieden werden. Bei der Enukleation soll man sich bewußt sein, daß die Cysten sehr häufig der Vena cava benachbart liegen, und daß heftige venöse Blutungen bei der Operation schon vorgekommen sind.

Die Punktion ist heutzutage aufgegeben. Selbst die Probepunktion auf dem Operationstische durch die Bauchdecken hindurch muß vermieden werden. Sollte man sich ausnahmsweise einmal zur Punktion entschließen, so soll man nach dem Vorschlage von Hanot die Cyste möglichst ganz entleeren und eine nicht toxische Dose von Sublimat einfüllen. Vor Vereiterung schützt aber das Einfüllen antiseptischer Flüssigkeit nicht.

Die Sterblichkeit nach der »Marsupialisation«, der Eröffnung und Einnähung in die Bauchwand, ist keine geringe. Auch in späteren Jahren bilden sich danach öfters Fisteln und besonders große Hernien aus. Es sollte dieses Vorgehen deshalb nur angewendet werden, wenn Naht und Versenkung kontraindiziert ist. Stets sollte es dann einzeitig und mit möglichst weiter Resektion der Wandungen vorgenommen werden. Die Größe der Cyste bildet ebensowenig einen Gegengrund gegen den Verschluß durch Naht, wie die Anwesenheit von Gallenfisteln, die man vernähen kann. Unter 125 Fällen von Vegas und Cranwell von Versenkung der genähten Cyste trat bei 32 Vereiterung ein, und mußte bei diesen die sekundäre Drainage angelegt werden. In diesen 32 Fällen trat aber Heilung ein. Nur zwei starben ohne Drainage.

T.'s und A.'s eigene Zusammenstellung von 58 Fällen von Naht ohne Drainage ergibt 57 Heilungen und 1 Todesfall = 1,72% Mortalität. Demnach ist diese Methode, und zwar die einfache Naht, wenn sie anwendbar ist, als die Methode der Wahl zu erklären. Ein Antiseptikum ist dabei nicht in dem Hohlraume zurückzulassen.

Von Enukleationen konnten Verff. 14 Fälle zusammenstellen, mit 1 Todesfall, 2 mäßigen (Fistelbildung, langdauernde Heilung) und 11 guten Resultaten. Von 53 Fällen — teils Exstirpation, teils Re-

sektion, teils Enukleation — waren 49 Heilungen zu verzeichnen und 4 Todesfälle (= 7,54%). Bei mehreren Cysten ist es besser, jede einzelne von außen zu eröffnen, da jede einzelne infiziert sein kann.

Kystes alvéolaires du foie (Échinococcose bavaro-tyrolienne). Verff. besprechen den multilokulären Echinokokkus, den Dévé als den bayrisch-tiroler Typus bezeichnet hat, weil er in diesen Gegenden am häufigsten vorkommt und zuerst beschrieben worden ist. Die Pathologie wird ausführlich besprochen, besonders die Unterscheidung gegen den gewöhnlichen Echinokokkus, weiter die Symptomatologie, Diagnose und Behandlung.

Suppurations hépatiques. Mit der pathologischen Anatomie wird Ausbreitung und Durchbruchsmöglichkeit der Abszesse ausführlich erörtert. Fast ²/₃ aller spontanen Durchbrüche vollziehen sich in die Respirationsorgane, und zwar meistens in die Bronchien. Der Durchbruch in die Gallenwege ist selten; auf 30 Perforationsfälle kommt nur ein solcher. Von den Europäern, die in den Tropen dysenterische Leberabszesse bekommen, erkranken 40% daran in den ersten 3 Jahren. Wenn die Frauen weniger befallen werden, so liegt das daran, daß sie im Alkoholgenuß u. dgl. mäßiger sind. Die Grippe kann einmal latente Leberabszesse wieder aufflackern lassen, dann auch allein Lebereiterungen auslösen.

Von den Symptomen wird peritonitischem Reiben über der Leber der größte diagnostische Wert zugesprochen. Verff. unterscheiden eine akute, subakute und chronische Hepatitis. Letztere hat eine Dauer von mehreren Monaten; der Abszeß erreicht oft bedeutende Größe. Sie kann sich plötzlich aus dem chronischen Stadium heraus zu einer akuten Hepatitis entwickeln. Eine larvierte Hepatitis kann unter einer Peritonitis oder Pleuritis oder anderen Erkrankung versteckt sein.

Von 34 Durchbrüchen in die Bronchien endeten 14 tödlich; 20 kamen zur Heilung.

In diagnostischer Beziehung sind Verwechslungen mit mancherlei Krankheiten möglich, besonders sind sie vorgekommen mit Leberkrebs, mit hypertrophischer Cirrhose, mit Lebergummi u. a. m.

Einer positiven Probepunktion soll stets die Operation unmittelbar angeschlossen werden. Gewöhnlich hinterläßt eine Leberpunktion keinerlei wahrnehmbare Spuren. Trotz Probepunktion kann aber ein Abszeß übersehen werden; auch birgt die Punktion immer die Gefahr der Blutung in sich. Deshalb aber stets eine Probeinzision zu machen, hieße die Gefahr der Punktion übertreiben. Man wird jedoch die Inzision ausführen, wenn man nach ergebnislosen Punktionen doch noch den Verdacht auf Leberabszeß hat.

Besteht Leukocytose, so ist sie differentialdiagnostisch für Abszeß verwertbar. Sie ist aber nicht konstant bei Abszeß.

Als Operation der Wahl hat die Befestigung der Leber in die Bauchwunde mit sofortiger Eröffnung zu gelten. Die Durchschneidung oder Resektion von Rippenknorpeln soll man beim Abszeß möglichst

vermeiden wegen der leicht möglichen und leicht fortschreitenden Infektion. Auch beim transpleuralen Vorgehen empfiehlt es sich, die Leberoberfläche an das Zwerchfell anzunähen, falls sie nicht damit verwachsen ist. Gallenflüsse, mögen sie bald oder erst später nach der Operation auftreten, sind immer eine ernste Komplikation.

Es werden dann Operationsverfahren beschrieben, die nur die Punktionsöffnung erweitern, von denen besonders das nach Patrick Manson zu nennen ist.

Es empfiehlt sich, Europäer, die in den Tropen einen Leberabszeß überstanden haben, nach ihrer Heimat zurückzuschicken, da sie sonst leicht wieder erkranken.

Abcès tuberculeux intrahépatique et périhépatite tuberculeuse. Der tuberkulöse Leberabszeß betrifft meistens Kinder. Von zehn Fällen Lesimple's betreffen sieben Kinder von 2, 4, 7, 12 und 13 Jahren. Sehr häufig sitzt der Abszeß gleichzeitig intra- und perihepatisch. Bei Kindern handelt es sich meist nur um einen Abszeß. Doch kommen mehrere vor, besonders bei Erwachsenen, auch ohne Zusammenhang untereinander.

Ein tuberkulöser Abszeß äußert sich zunächst in unbestimmten Magenstörungen, bei weiterem Wachstum in Schmerzen infolge der Perihepatitis und schließlich in einer Pleuritis diaphragmatica. Die einfache Punktion mit nachfolgenden Injektionen verwerfen Verff., raten vielmehr, den Abszeß weit zu eröffnen. Bei entsprechendem Sitze, jedenfalls also beim subphrenischen Abszeß, wird eine Resektion der Brustwand nötig sein. Fisteln, die mit Bronchien in Verbindung stehen, braucht man nicht nachzugehen, da sie nach weiter Eröffnung der Abszesse von selbst heilen.

Von sieben Fällen tuberkulöser Abszesse sind vier geheilt, drei gestorben.

Abcès de l'actinomycose. Die Leber wird vom Darmkanale, meist vom Blinddarm und dessen Umgebung her, infiziert, weiter von der Lunge, von der Niere, dann vom Darm und von weiter her vermittels der Pfortader. Bei vielen Fällen aus der Literatur, die als primäre Leberaktinomykosen beschrieben sind, hat es sich um sekundäre Infektionen gehandelt. Mit Aribaud unterscheiden Verff. eine hepatische Form, bei der Symptome und klinische Anzeichen auf die Leber hinweisen, am häufigsten bei primärer Aktinomykose, weiter eine gastrische und intestinale Form mit dementsprechenden Störungen, und eine pyämische Form mit Abszessen in allen möglichen Organen.

Chirurgische Eingriffe sind ebenso wie Darreichen von Jodkali bis jetzt erfolglos geblieben. Trotzdem wird man in gegebenem Falle von beiden Gebrauch machen. Die sieben Fälle, in denen bis jetzt chirurgisch vorgegangen ist, sind zusammengestellt.

E. Moser (Zittau).

18) **Mousarrat.** Cholecystitis.

(Practitioner 1908. Juni.)

Die größte Mehrzahl der Fälle von Cholecystitis ist ausgezeichnet durch die Anwesenheit von Steinen in der Gallenblase, gerade so wie ein kleinerer Prozentsatz von Appendicitisfällen Kotsteine im Processus vermiformis nachweisen läßt. Genau so wie bei letzteren niemand den Kotstein als die Ursache der Appendicitis ansieht, ist es auch ein Fehler, die Konkrementbildung innerhalb der Gallenblase als Ursache der Cholecystitis zu betrachten. In beiden Fällen spielt jedoch die Anwesenheit des Konkrements eine sehr wichtige Rolle für den Entzündungsprozeß. Die erste Ursache der Cholecystitis ist die bakterielle Entzündung, die ihrerseits die Konkrementbildung im Gefolge hat; durch beide entsteht die chronische Cholecystitis, die sich durch Anfälle von mehr oder weniger akutem Typ auszeichnet. Man unterscheidet die akute katarrhalische, die eitrige und die gangränöse Entzündung der Gallenblase. Die klinischen Unterscheidungsmerkmale werden an der Hand mehrerer Krankengeschichten besprochen, auch die Differentialdiagnose zwischen akuter Cholecystitis und Appendicitis, Ileus, Durchbruch eines Magengeschwürs, intermittierender Hydronephrose auseinandergesetzt. Die Operation ist in jedem Fall indiziert bei dem Empyem, der gangränösen Entzündung sowie bei Perforationen der Gallenblase. Zweifelhaft kann man sein, ob in jedem Falle von akuter Cholecystitis operiert werden soll; es richtet sich dies sehr nach der Schwere der klinischen Erscheinungen. Bei chronischer Cholecystitis mit öfter sich wiederholenden Anfällen rät M. sehr zur Operation.

Sobald der Ductus cysticus stenosiert oder die Blasenwand stark verändert ist, führt Verf. die Cystektomie aus, sonst stets die Cystostomie und Drainage.

Jenckel (Göttingen).

Kleinere Mitteilungen.

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

172. Sitzung am 15. Juni 1908.

Vorsitzender: Herr Bier.

Herr Bier. Die Operation großer Halstumoren unter Lokalanästhesie.

B. berichtet über seine Erfahrungen über die Operation großer Halstumoren, die er unter Lokalanästhesie ausgeführt hat. Er bedient sich dazu der Hackenbruchschen Umspritzung mit Braun'scher Lösung (0,5%ige Novokainlösung mit Suprareninzusatz). B. verwendet am Halse bis 80 ccm der 1/2%igen Novokainlösung. Er setzt dieser Menge niemals über 8 Tropfen Suprarenin zu, um Ernährungsstörungen zu vermeiden. Zunächst wird der Tumor subkutan umspritzt, dann subfasical und schließlich in der Tiefe. Will man wirklich tadellose Anästhesien haben, so sind folgende Punkte zu beherzigen: 1) Man muß mit der Spritze gut unter die Fascie und in die Tiefe gehen, ohne dabei die großen Gefäße zu verletzen. 2) Man muß nach der Einspritzung genügend lange warten, mindestens eine Viertelstunde. Inzwischen kann man eine andere Operation ausführen. 3) Bei ängstlichen Pat. kombiniert man die Anästhesie mit dem Skopomorphin-Dämmerschlaf.

Schon die Strumektomie läßt sich unter diesem Verfahren viel schmerzloser ausführen als unter anderen Methoden der Lokalanästhesie, besonders bei Basedowkranken. Aber B. hat auch große Karzinomgeschwülste des Halses und partielle und totale Exstirpationen des Kehlkopfes darunter sehr gut ausführen können. Im letzteren Falle muß man außerdem die Schleimhaut des Kehlkopfes vorher anästhesieren.

Die Methode eignet sich für kompakte Geschwülste, selbst wenn sie stark verwachsen sind, auch wenn z. B. der Stamm der Vena jugularis interna mit entfernt werden muß. Dagegen eignet sie sich nicht für Geschwülste, die über den ganzen Hals zerstreut sind, wie das bei tuberkulösen Lymphomen häufig der Fall ist.

Diskussion: Herr Hildebrand erwähnt, daß er bei seinen zahlreichen unter Lokalanästhesie ausgeführten Kropfoperationen beim Herauswälzen der Tumoren stets eine starke Wirkung auf Kehlkopf und Trachea in Gestalt einer erheblichen Atemnot beobachtet hat; sonst war die Operation an und für sich wenig schmerzhaft, nur beim Abbinden der Arterien wurde in der Regel über Schmerz geklagt. H. fragt, was Bier in der Beziehung für Erfahrungen bei seiner Methode gemacht hat. Herr Bier erwidert, daß er nur geringe Wirkungen auf die Atmung gehabt hat, und auch die Abbindung der Arterien sei gewöhnlich nicht schmerzhaft gewesen.

Herr Rumpel. Über kindliche Blasentumoren.

Bei den im frühesten Kindesalter beobachteten Geschwülsten der Harnblase handelt es sich meist um Sarkome oder Myxome bzw. ihre Mischformen. Da sie am häufigsten innerhalb des 1. und 2., seltener des 3. Lebensjahres auftreten, ist man geneigt, sie als kongenitalen Ursprunges anzusehen. Charakteristisch ist ihr Ausgangspunkt, der stets unterhalb der Schleimhaut gelegen ist, sowie ihr Sitz in der Gegend des Blasenhalses. Hierdurch erklären sich die Symptome, deren Mittelpunkt die Harnverhaltung bildet. Die Hämaturie pflegt zu fehlen. Hat sich die Geschwulstbildung noch nicht über die Grenze der Blase ausgedehnt, so kann mit Erfolg operiert werden.

Um einen solchen Fall handelt es sich bei dem 3jährigen Knaben, der demonstriert wird. Das Kind wurde mit den Zeichen der paradoxen Dysurie eingeliefert. Die Blase stand in Nabelhöhe; ein Stein war nicht nachzuweisen. Cystoskopisch sah man multiple, kugelige, gestielte, submukös gelegene Tumoren von Haselnuß- bis Kirschgröße, die auf den Blasenhals beschränkt waren. (Demonstration cystoskopischer Zeichnungen.) R. hat die Tumoren nach Eröffnung der Blase von oben her exstirpiert. Naht. Dauerkatheter. Heilung vorübergehend durch Fistelbildung gestört. Zurzeit (3 Monate nach der Operation) befindet sich der Knabe gut und kann spontan ohne Beschwerden seinen Harn entleeren. Mikroskopische Diagnose: Myxofibrom. (Demonstration.) Die Prognose bei den Myxofibromen ist besser wie die der reinen Myxome und der Sarkome.

Diskussion: Herr E. R. W. Frank. F. bespricht ein von ihm bei einem 10jährigen Mädchen beobachtetes gutartiges Papillom der Blase, die im jugendlichen Alter relativ seltener sind. Es bestand seit $1^1/_2$ Jahren Bettnässen, quälender Harndrang, zeitweise Urinretention; die Cystoskopie ergab, abgesehen von einer Cystitis, das Vorhandensein eines gestielten Papilloms von Haselnußgröße im Trigonum Lieut. unterhalb des Lig. interuretericum, das vom Urin zeitweise in den inneren Blasenmund hineingespült wurde und Retention verursachte. In der Umgebung war eine 5markstückgroße Partie der Schleimhaut mit kleinen papillomatösen Wucherungen bedeckt. Ätzung des Tumors mit 5 und 10%iger Resorcinlösung mittels endovesikalen Ätzkatheters unter Leitung des Cystoskops — innerhalb 14 Tagen dreimal. Nach Abgang der Ätzschorfe wurde durch Cystoskopie festgestellt, daß nur noch eine bräunlich pigmentierte Narbe vorhanden war; auch diese verschwand im Laufe der nächsten Monate. Demonstration einer photographischen Aufnahme der Tumoren. F. empfiehlt die Methode für gutartige Geschwülste von geringerer Ausdehnung; sie ist schmerzlos und ambulant ausführbar.

Herr K. Schultze. Klinische Beobachtungen nach Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren.

Trotz erst 3monatiger Beobachtungszeit soll die Frage über den Wert der Fulguration als Mittel gegen den Krebs erörtert werden, da die bisherigen Erfahrungen an der Kgl. Chirurgischen Klinik keineswegs ermutigende sind, und es wünschenswert ist, die Erfahrungen anderer Autoren zu hören. Als Palliativum hat die Fulguration zweifellos ihren Wert vor allen bei jauchigen und schmerzenden Tumoren, doch scheint ein Heilmittel gegen den Krebs in ihr nicht gefunden zu sein. S. berichtet über die der Fulguration unterzogenen Fälle von Brustkrebs, da diese zeitlich am längsten zurückliegen, und konstatiert, daß bei allen nach mehr oder weniger kurzer Zeit Rezidive von zum Teil erschreckender Bösartigkeit eingetreten sind. Die Fulguration wurde stets im Anschluß an eine möglichst radikale Operation in einer Dauer von 30—60 Minuten angeschlossen und teilweise nach einigen Tagen wiederholt. S. hofft, daß andere Beobachter vielleicht über bessere Resultate werden berichten können; die Erfahrungen der Chirurgischen Klinik seien jedenfalls nicht ermutigend und kämen einem fast kompletten Mißerfolg gleich.

Herr Sticker. Unterschiede zwischen Sarkomen und infektiösen Granulomen.

Sticker hat alkalische Serumplatten mit Sarkombrei geimpft und beobachtet, daß an den Stellen, wo Rundzellensarkom aufgelegen, muldenartige Vertiefungen in der Platte entstanden, daß also das Rundzellensarkom ein proteolytisches Ferment enthielt.

Da in den Lymphzellen diese Fermente fehlen, die Leukocyten aber sich durch den Besitz ihrer spezifischen Granula charakterisieren, können mit Hilfe der biologischen und histologischen Untersuchung die Rundzellensarkome von infektiösen Granulomen unterschieden werden.

Diskussion: Herr Sonnenburg bemerkt, daß er auch gute Erfolge gesehen habe; Herr Borchardt u. a. haben keine günstigen Erfahrungen gemacht.

Herr Hofbauer: Antifermenttherapie des Karzinoms.

Grundlage der neuen Behandlungsmethode bildet die durch die Untersuchungen von Petry, Neuberg, Blumenthal u. a. begründete Lehre von dem gesteigerten Fermentgehalt des Karzinomgewebes gegenüber normalen Geweben. Daher mußte die Verwendung derartiger Substanzen versucht werden, welche die moderne Biochemie als fermenthemmend erkannt hat; dies sind die artfremden Sera, das Arsen, Chinin, die Tierkohle.

Außerdem wurde in Betracht gezogen, daß die intrazellulären Fermente zunächst nicht in aktiver Form vorhanden sind, sondern in einer Vorstufe, welche erst durch das Hinzutreten eines Aktivators in die wirksame Form übergeführt wird. Dieser Aktivator ist das Lecithin, welches auch bei anderen Fermentprozessen eine wichtige Rolle spielt, sich außerdem bei allen rasch wachsenden Geweben in vermehrter Menge nachweisen läßt und beispielsweise bei der Kobragifthämolyse nach den Angaben der Ehrlich'schen Schule eine führende Komponente der Giftwirkung darstellt. Es mußte also darauf hinauskommen, das Lecithin zu neutralisieren; und diesbezüglich kennen wir das Rinderserum (Weil) und das Cholesterin als seine Antagonisten.

Somit kamen meritorisch in Betracht: Rinderserum, Atoxyl, Chinin. lactic., Cholesterin und cholesterinhaltige Sera (Hydrokeleninhalt), Tierkohle.

Bisher wurden 15 Fälle in diesem Sinne behandelt; 6 davon werden als Beispiele vorgestellt, an welchen ein eklatantes Zurückgehen bzw. in 2 Fällen ein Verschwinden des Tumors konstatiert werden konnte. Eine Beeinflussung des Karzinomgewebes ist damit nachgewiesen; ob es damit auch Dauerheilungen geben wird, muß die Zukunft lehren. Die vorgestellten Fälle betreffen ein primäres Schleimhautkarzinom der Unterlippe, zwei Rezidivtumoren nach Mammaexstirpation, einen operablen und einen inoperablen Mammatumor und ein ulzerierendes tiefgreifendes Cancroid des Nasenflügels.

In der Diskussion bemerken Herr Körte u. a., daß sie keine Heilresultate an den vorgestellten Fällen bemerkt haben, und warnen davor, zu frühzeitig mit derartigen therapeutischen Versuchen an die Öffentlichkeit zu treten; man solle nach Jahresfrist wieder über die Fälle berichten. Herr Bergell widerspricht den von Herrn Hofbauer gegebenen theoretischen Ausführungen. Herr Bier weist ebenfalls darauf hin, daß man schon bei den verschiedensten nicht chirurgischen Behandlungsmethoden des Karzinoms Stillstände und anscheinende Besserungen beobachtet habe, die keinen Bestand hatten. Immerhin seien die Einwirkungen der antifermentativen Therapie bemerkenswert; die Fälle würden weiter genau kontrolliert werden.

Herr Schmieden. Zur Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit.

S. berichtet über die Erfahrungen an drei Fällen von Hirschsprung'scher Krankheit. Die Therapie muß im wesentlichen eine chirurgische sein; von der internen Medikation läßt sich, da das Leiden als ein angeborenes anzusehen ist, nur eine symptomatische Besserung erwarten. Im ersten Falle, bei einem kleinen Kinde, führte die Eröffnung des Kolon mit Entfernung großer harter Kotmassen zur Heilung, weitere Nachrichten fehlen; der zweite Pat. kam mit einem von anderer Hand angelegten Anus praeternat. zur Beobachtung; er ging über den Versuchen, diesen zu schließen, zugrunde, trotzdem nur ein kurzer offener, gerader Weg zum After führte; der Darm hatte jede Fähigkeit zur Kontraktion verloren. Ein dritter Pat. wird vorgestellt; er war im Ileus operiert, die gewaltige Flex. sigmoidea wurde durch eine große Anastomose ausgeschaltet, welche ihre Fußpunkte miteinander vereinigte; seit 3/4 Jahren besteht volle Heilung. Aus der Literatur ergibt sich, daß bei der Hirschsprung'schen Krankheit bzw. ihren Komplikationen folgende Operationen, z. T. kombiniert, zur Anwendung gekommen sind: 1) die Probelaparotomie, 2) Laparotomie mit Reposition des Volvulus, 3) Kolopexie, 4) Koloplikatio, 5) Anus praeternat., 6) Kolotomie, 7) Enteroanastomose, 8) Resektion der Stenose, 9) Resektion des ganzen Dickdarmes. S. betrachtet die Anlegung einer Anastomose, die alles Kranke, besonders auch eine eventuelle Knickungsstelle ausschaltet, als die ideale Operation; als Vorbedingung hierfür muß aber der Darm absolut entleert werden; dann übersieht man die Verhältnisse und ist nicht mehr zu Notoperationen (Anus praeternat.) gezwungen; zur vollen Entleerung des Darmes hat sich der von Klapp angegebene Aspirationsapparat bewährt. Ein Anus praeternat. soll nur für desolate Fälle vorbehalten werden oder als Voroperation für spätere Radikalbehandlung. Es besteht die große Gefahr, daß man einen solchen Anus praeternat. nicht wieder zum Verschluß bringen kann. S. zeigt Röntgenbilder, welche den mit Bismutöl gefüllten ektatischen Darm zeigen und im Anschluß daran einige ebenso angefertigte Bilder von Sanduhrmagen.

Diskussion: Herr Bessel-Hagen verteidigt unter Hinweis auf den in der Sitzung vom 11. Mai 1908 besprochenen, von ihm glücklich operierten Fall Hirschsprung'scher Krankheit bei einem 6jährigen Knaben die zweizeitig ausgeführte Resektion der verlängerten Schlinge unter Anlegung eines Anus praeternat., der nach Beseitigung des Sporns durch eine plastische Operation geschlossen wurde.

Herr Fränkel. Zur Behandlung der Knöchelbrüche.

Die dauernden Schädigungen nach Knöchelbrüchen, die noch immer durchaus nicht selten sind, lassen sich durch eine prophylaktische Behandlung, die zugleich einfach und für den Verletzten bequem ist, vermeiden. Bei den Brüchen ohne Dislokation legen wir nur über die oberen zwei Drittel des Unterschenkels einen sich dem Condylus int. tibiae aufs beste anschmiegenden Gipsverband an, der über dem Schienbein besonders sorgfältig unterpolstert sein muß. In den Verband wird dann ein Gehbügel derart eingegipst, daß der Fuß bei der Belastung frei darin schwebt. Zur Erleichterung des Gehens laufen kreuzförmig angeordnete Gummizüge vom Vorfuß zu dem oberen Teil des Gipsverbandes und sorgen dafür, daß der Fuß in rechtwinkeliger Stellung elastisch fixiert steht. Ein solcher

Verband gestattet vom ersten Tage freie Bewegungen und Massage, namentlich Heißluftmassage, er läßt keine Versteifungen im Fußgelenke aufkommen und verhütet, wenn er lange genug getragen wird, mit Sicherheit das Entstehen von Belastungsdeformitäten, namentlich den traumatischen Pes valgus.

Auch bei Knöchelbrüchen mit Dislokation ist die ambulante Behandlung leicht ausführbar und völlig gefahrlos, wenn man sich dabei eines kleinen Hilfsmittels bedient, das man noch nicht gebraucht zu haben scheint. Beim Anlegen des Gipsverbandes wird streng nach den bekannten Vorschriften — genaueste Reposition und häufige Kontrolle der Stellung — verfahren, doch gipst man jeweils über den Verband zweckmäßig einen Gehbügel an. Die Gipssohle wird dadurch vor Beschädigung geschützt, und die Entlastung des gebrochenen Gliedes ist absolut gewahrt. Ist nach genügend vorgeschrittener Callusproduktion eine Fixation der Bruchstelle nicht mehr nötig, so wird der untere Teil des Gipsverbandes über den Knöcheln abgeschnitten; an dem übrigen Verbande wird nichts geändert, und die weitere Behandlung erfolgt dann wie bei den Brüchen ohne Dislokation. Demonstration von solchen Verbänden.

Herr Bätzner. Die Resultate der Stauungsbehandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen.

B. demonstriert die guten Erfolge, welche die Stauungsbehandlung bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen hat, an einer Reihe mit vorzüglichem funktionellen Resultat ausgeheilter Gelenkentzündungen besonders der oberen Extremität, welche er in der Poliklinik der chirurgischen Klinik beobachtet hat. Die Technik war die schon früher von Bier geübte.

Herr zur Verth. Über Filariasis.

z. V. weist auf die Wichtigkeit der Tatsache hin, daß die Filaria sanguinis, die übrigens nicht ausschließlich im Blute lebt, die Larve von makroskopisch großen, meist um 5 cm langen, in den Blutbahnen, Lymphbahnen oder im Bindegewebe lebenden Rundwürmern ist. Er teilt für klinische Zwecke ein in die Gruppe

1) der Filaria Loa mit ihrer Larve Filaria diurna,
2) der Filaria Bancrofti mit ihrer Larve Filaria nocturna
3) der Filaria perstans mit der Larve gleichen Namens.

Der ersteren fällt das unter dem Namen Kamerun-Beulen (Calabar-Swellings) bekannte Krankheitsbild zur Last. Ein Fall solcher wandernder oder plötzlich auftauchender und innerhalb weniger Tage verschwindender Beulen wird vorgestellt. Die Krankheit begann mit mehrwöchigem hohen Fieber in Togo, dem nach etwa $^{3}/_{4}$ Jahren halbgänseeigroße Schwellungen an den Handgelenken folgten. Sie wanderten zum Ellbogen und zurück zum Handgelenk und sind rechts jetzt noch deutlich erkennbar. Seit einigen Wochen treten abends gegen 11 Uhr etwa zweimal wöchentlich, oft an zwei Abenden hintereinander, an derselben Stelle ungefähr halbgänseeigroße Beulen an den verschiedensten Körperteilen auf. Einmal sah der Kranke in solcher Schwellung den geschlängelten Wurm für kurze Zeit sich unter der Haut bewegen. Der Nachweis von Mikrofilarien (Larven) im Blute gelang nicht; doch besteht die für Entozoen charakteristische Eosinophilie (etwa 50%). Therapie: Entfernung des Wurmes, sobald er sich zeigte. Hilfsmittel zum Festhalten unter der Haut, Ring von Kollodium, Schröpfkopf, Klapp'sche Sauger.

Weiterhin wird ein Fall der häufigsten Folgeerscheinung der Filaria Bancrofti, der Elephantiasis des Beines, vorgestellt. Sie begann im Jahre 1905 in Duala mit fünftägigem Fieber und starker Schwellung und Rötung des rechten Unterschenkels. Es folgten jährlich etwa drei Fieberschübe von 3tägiger Dauer, bei denen unter Rötung die inzwischen zurückgegangene und abgeblaßte Schwellung wieder zunahm. Seit 1906 Abklingen des Prozesses. Keine Mikrofilarien[1], doch Eosinophilie von 48%. Behandlung: außer örtlichen Einwirkungen Atoxyleinspritzungen (wöchentlich 0,4 subkutan).

[1] Nachweis von Mikrofilarien ist nachträglich gelungen.

Die Filaria perstans wird meist, nach englischen Autoren stets, als harmloser Schmarotzer gefunden.

Die Larve bedarf zur Entwicklung eines Zwischenwirtes (Mücke, Bremse, Zecke). Der Nachweis der Eosinophilie bei Elephantiasis ist ein neuer Beweis für die filarielle Natur der endemischen Elephantiasis. **R. Wolff** (Berlin).

---

20) **C. Beck.** Partial thyroidectomy combined with Roentgen treatment in Basedow's disease.

(Separatabdruck aus Post-Graduate 25. anniversary volume 1908.)

B. empfiehlt die Röntgenbehandlung des Morbus Basedow, weil sie eine allmähliche Verkleinerung der Schilddrüse herbeiführt und dadurch gestattet, in schweren Fällen nur den am meisten vergrößerten Lappen zu entfernen und so Über- und Unterthyreoidosis zu vermeiden. Zum Beweise berichtet er über 15 in den letzten 4 Jahren von ihm so behandelte Fälle. In einem Falle eines 17jährigen Mädchens mit geringem Exophthalmus und großer Drüse trat, obwohl operativ nur der am meisten vergrößerte Lappen entfernt war, Dyspnoe und stertoröse Atmung als Zeichen einer Intoxikation ein. Sechs Bestrahlungen nach der Operation erzielten völlige Heilung, die bis jetzt beinahe 1 Jahr dauerte. Von zwei jungen Frauen mit sehr mäßiger Vergrößerung der Schilddrüse, jedoch starkem Exophthalmus, wurde eine völlig geheilt, bei der anderen blieb der Exophthalmus. Bei einem 11jährigen Jungen mit weichem, kindsfaustgroßem Kropf, beträchtlichem Exophthalmus, Puls von 170 in der Minute erreichte B. Abnahme des Exophthalmus bis auf eine Spur, im übrigen normalen Zustand. Ein Fall mit harter Geschwulst gab keinen Erfolg.

B. bestrahlt durch sein tubulares Diaphragma, unter Gebrauch hoher Energie und weicher Röhren, 5 Minuten lang jeden 2. Tag während der ersten Woche, jeden 3. Tag während der folgenden Wochen bis zu deutlicher Verkleinerung der Drüse oder Eintritt einer Dermatitis. Wenn letztere verschwunden ist, wird wieder bestrahlt, zweimal in der Woche, bis zur vollkommenen Verkleinerung der Drüse oder neuen Reaktion. Daneben wird Fowler'sche Arseniklösung verabreicht (außer bei dem oben genannten 11jährigen Jungen).

Die Schlußsätze lauten:

1) Leichte Vergrößerung der Schilddrüse bei Morbus Basedow soll mit der Röntgendiaphragmamethode in kurzen Zwischenräumen behandelt werden.

2) Großer Basedowkropf soll nach der kombinierten Methode behandelt werden: der größere Lappen wird unter lokaler Anästhesie ohne Anwendung von Antisepticis entfernt, der andere Lappen wird bestrahlt, sobald die Reaktion nach der Operation vorüber ist.

3) In vorgeschrittenen Fällen von Morbus Basedow, wo schwere Symptome den sofortigen Eingriff untersagen, soll Röntgenbehandlung der Operation vorausgehen bis Besserung erreicht ist. **Kranepuhl** (Kassel).

21) **L. Černický.** Kongenitaler Defekt der Brustmuskeln und der Rippen.

(Časopis lékařů českých 1908. p. 635.)

Der publizierte Fall bot folgende Anomalien dar: 1) einen Defekt im Skelette des Brustkorbes an typischer Stelle, d. h. im vorderen Anteil der 2. und 3. Rippe rechts. Die Haut stülpte sich hier beim Husten in Form eines Sackes vor, der in einem Zentrum einen Spalt besaß, durch welchen sich ein zweites Säckchen, wahrscheinlich die Pleura, vorstülpte. (Hernia thoracalis.) 2) Einen Totaldefekt beider Brustmuskeln, an deren Stellen eine Hautduplikatur vorhanden war. 3) Eine Atrophie der Haut im Bereiche des Defektes, vorwiegend infolge Mangels an subkutanem Fettgewebe, und eine ungenügende Entwicklung der Härchen an der rechten Brusthälfte und in der Achselhöhle. 4) Eine Hypoplasie des rechten Schultergürtels und Hochstand des rechten Schulterblattes. 5) Eine Verkürzung des rechten

Humerus und Hypoplasie der ganzen rechten Oberextremität. In psychischer Beziehung war Pat. normal, Heredität war nicht vorhanden. Der Kranke kommt seiner Beschäftigung — er ist Kutscher — ordentlich nach, nur mußte er seine linke Hand zur Arbeit einüben, da die rechte zu schwach ist.

G. Mühlstein (Prag).

22) **A. Morison.** Remarks on empyema based on a series of one hundred consecutive cases.

(Edinburgh med. journ. 1908. März.)

Auf Grund von 100 Empyemfällen, die Verf. mit gutem Erfolg operierte und nachbehandelte, kommt er zu folgenden Schlüssen: Die Rippenresektion ist im allgemeinen zu vermeiden, da sie meist unnötig ist und zu Deformitäten Veranlassung gibt. Nur bei veralteten Empyemfällen kommt man ohne Rippenresektion nicht aus. Am besten werden die Pat. bei der Operation nicht auf die gesunde Seite, sondern auf den Rücken gelagert, und zwar so, daß die kranke Seite den Rand des Operationstisches überragt, so daß man schräg von unten herankommen kann. Für die Inzision wählt M. am liebsten den 6. Interkostalraum in der hinteren Axillarlinie. Nach der Probepunktion wird die Haut zuerst vertikal durchtrennt, dann ein horizontaler Schnitt am oberen Rand der 7. Rippe durch die Muskulatur bis in die Pleurahöhle hinein angelegt und ein 5 cm langes und $^1/_2$ cm im Durchmesser haltendes, nur im untersten Drittel gefenstertes Gummidrain angelegt. Eine Ausspülung der Höhle wird, da gefährlich, verworfen. Als Narkotikum soll Chloroform, bei kleineren Kindern lokale Anästhesie angewandt werden. Als Ursache des Empyems wurde gefunden: 91 mal Pneumonie (Pneumokokken), 4 mal eine Pleuritis, 3 mal Tuberkulose, je 1 mal Osteomyelitis der Rippen und intraabdominale Entzündung. Großes Gewicht wird auf die Nachbehandlung gelegt (häufiger Verbandwechsel während der ersten Tage).

Sobald Pat. das Bett verlassen kann, wird mit gymnastischen Übungen — Turnen am Reck, Trapez, Barren, Spielen von Blasinstrumenten usw. — begonnen, um die Wiederausdehnung der Lunge zu beschleunigen. Bei vier alten Empyemen mußte eine ausgedehnte Rippenresektion ausgeführt werden; die Fälle heilten sämtlich mit starker Deformierung. **Jenckel** (Göttingen).

23) **G. Razzaboni** (Bologna). Tumore misto della mammella osservato in un uomo.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 10.)

Ein 22jähriger Mann bemerkte seit 2 Jahren eine wachsende Geschwulst in der rechten Brust. Es besteht eine über hühnereigroße Auftreibung der Gegend unter normaler Haut. Warze und Warzenhof ganz normal in Aussehen. Die Geschwulst ist auf dem Pectoralis verschieblich, an die Warze leicht fixiert, leicht gelappt, weich elastisch ohne Fluktuation. Keinerlei Schmerzen, keine tastbaren regionären Drüsen. Die Exstirpation ergibt ein Fibro-Adeno-Myxomyom.

J. Sternberg (Wien).

24) **Jaworski** und **Lapinski.** Klinische Untersuchungen von 800 Fällen in bezug auf die Palpation des Wurmfortsatzes, des Blinddarmes und der zugehörigen Druckpunkte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Hft. 6.)

Während die Mehrzahl der Autoren den Wurmfortsatz nicht für tastbar halten, konnten Verff. in 51,5% bei Männern, bei welchen der Wurm als gesund anzusehen war, diesen doch tasten. Es sind allerdings gewisse Bedingungen bzw. Kunstgriffe nötig: 1) Der Wurm muß auf der Aponeurose des Ileopsoas liegen und quer oder schief nach unten parallel zum Muskel verlaufen, weil er sonst meist durch den Blinddarm verdeckt ist. 2) Die Bauchdecken dürfen nicht zu dick und nicht gespannt sein. 3) Der Ileopsoas muß während der Untersuchung durch aktives Anheben des gestreckten Beines gespannt werden. 4) Der rechte

Zeigefinger muß quer zum Verlauf des Ileopsoas aufgelegt werden, bis man den scharfen, steifen Rand des Muskels fühlt, dann hin- und hergeschoben werden.

Von 412 tastbaren Wurmfortsätzen waren 270 schmerzhaft, davon 23 sogar sehr schmerzhaft. Danach kann man weder aus der Tastbarkeit noch der Dicke oder Schmerzhaftigkeit des Wurmes einen sicheren Schluß auf anatomische Veränderungen desselben ziehen.

Der M. Burney'sche Punkt war in 26,5% schmerzhaft; dies fällt aber nicht mit der Druckempfindlichkeit des Wurmes zusammen. Auch ein symmetrischer Punkt links war öfter schmerzhaft, ebenso der Lenzmann'sche Druckpunkt und sein symmetrischer Punkt links.

In 60 weiteren Fällen fand sich in der Ileocoecalgegend mehr als ein walzenförmiger Strang.

Der Blinddarm war in 55% palpabel, und davon in 30,6% schmerzhaft; oft strahlten die Schmerzen weit entfernt aus. **Renner** (Breslau).

25) **Willis.** The treatment of the appendix stump after appendectomy.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

W. hat an 125 namhafte Chirurgen die Frage gerichtet, wie sie den Wurmfortsatzstumpf nach der Amputation desselben versorgen, indem er sieben Fragen auf den betreffenden Fragebogen schrieb. 105 antworteten. Von diesen gaben bezüglich der ersten Frage, ob sie den Stumpf quetschen oder unterbinden, 48 an, daß sie quetschen und unterbinden, 29 unterbinden ohne Quetschung, 13 quetschen, aber unterbinden nicht, 7 quetschen weder noch unterbinden sie. Die 2. Frage lautete: »Wird der Wurm mit dem Messer oder dem Thermokauter durchtrennt?« Mit dem Thermokauter hatten nur 11 Operateure die Durchtrennung vorgenommen. 38 betupften den mit dem Messer durchschnittenen Stumpf mit reiner Karbolsäure, 15 mit Karbolsäure und Alkohol, 4 kauterisierten den durchschnittenen Stumpf, 10 ätzten den Stumpf mit anderen chemischen Mitteln, 28 desinfizierten ihn überhaupt nicht besonders.

Die dritte Frage handelte über die Einstülpung des Stumpfes. 77 Chirurgen stülpten den Stumpf stets ein, und zwar 66 nach Unterbindung, 11 ohne solche, 11 stülpten ihn nur gelegentlich in den Blinddarm ein, 11 überhaupt nicht. Die letzten Fragen bezogen sich darauf, ob durch das Nichteinstülpen schädliche Folgen beobachtet wurden. 23 Chirurgen gaben an, daß sie bei nicht eingestülptem Wurmrest nachteilige Folgen, besonders Blinddarmfisteln, erlebt hätten.

Nach des Verf.s Ansicht können bei nicht eingestülptem Stumpf nicht allein Kotfisteln, sondern auch schwere Verstopfungserscheinungen auftreten.

Herhold (Brandenburg).

26) **A. Luxardo** (Treviglio). Dell' ernia inguinale obliquo-interna o vescico-pubica.

(Clinica chirurgica Bd. XIV. Nr. 7.)

L. bringt einen der zu den selteneren Formen gerechneten Fälle von Hernia inguinalis obliqua interna (vesico-pubica) zur Kenntnis. 46jähriger Mann hat seit 7 Jahren, nach einer plötzlichen gewaltigen Anstrengung, eine langsam wachsende Geschwulst in der rechten Leistenbeuge. Seit einiger Zeit ist sie schmerzhaft. Es besteht seitdem auch häufiger quälender Harndrang bei klarem Urin. Bei der Operation zeigt sich, daß der Samenstrang weit außen und hinter der Geschwulst verläuft, diese zwischen dem Urachus und der Plica umbilicalis zum Vorschein kommt, ohne den äußeren Leistenring zu berühren. Den Inhalt bildete nur ein Teil der Harnblase, aber nicht in Form eines Divertikels. Radikaloperation nach Bassini. Glatte Heilung.

L. legt besonders Gewicht auf die strikte Abgrenzung der Hernia obliqua interna von den direkten Hernien gegenüber jenen Autoren, welche diese Sonderstellung nicht akzeptieren. **J. Sternberg** (Wien).

27) **Martinelli.** Ernia crurale bilaterale della vescica.
(Gazz. degli ospedali 1908. Nr. 98.)

Bei einer 47jährigen Frau, die seit 13 Jahren an einem rechtsseitigen und später auch linksseitigen schmerzhaften Leistenbruch leidet, findet man bei der Operation beiderseits in den Bruchpforten die wie eine Vesica bicornis ausgezogene Blase. Der zuerst auf der linken Seite vorgenommene Eingriff hatte zur Verletzung der Blase mit Austritt von Urin geführt. Durch doppelte Naht wurde ein voller Erfolg erzielt. **Dreyer** (Köln).

28) **E. Heller.** Weiterer Beitrag zur Kenntnis der retrograden Darminkarzeration.
(Med. Klinik 1908. p. 1268.)

Die retrograde Darmeinklemmung kann erfolgen einmal dadurch, daß zwei Darmschlingen unabhängig voneinander vorfallen, wobei das Mesenterium der Verbindungsschlinge freibleibt, oder dadurch, daß das Mittelstück einer im Bruchsack liegenden Darmschlinge wieder in die Leibeshöhle zurücktritt, wobei das zugehörige Mesenterium zum zweiten Male durch die Bruchpforte geht. Von der letzteren Art, der echten retrograden Inkarzeration, operierte H. neuerdings einen Fall, der sich noch dadurch auszeichnete, daß die eine der im Schenkelbruchsacke liegenden zwei Schlingen unter dem umgeschlagenen Mesenterium der Verbindungsschlinge nochmals durchgetreten und mit ihrer Spitze in einer Bruchsackausbuchtung ein zweites Mal eingeklemmt war (Zeichnungen). Es wurden 40 cm von der brandigen Zwischenschlinge und 60 cm der zuführenden Schlinge, deren Gekröse keilförmige Infarkte enthielt, reseziert und die Darmöffnungen nach außen geleitet. Die schon sehr elende Kranke starb bald an allgemeiner Bauchfellentzündung. An der Leiche wurden die Verhältnisse nachgeprüft und die Länge der Darmschlingen und des Mesenteriums fortlaufend gemessen. Die Rückstülpung der Zwischenschlinge war wohl durch Taxisversuche erfolgt.

Retrograde Darmeinklemmung setzt voraus eine weite Bruchpforte, verlängertes Mesenterium und eine von vornherein nicht zu feste Einklemmung. Diese Bedingungen finden sich bei großen, lange bestehenden Brüchen nicht selten vereinigt. Die Rücklagerung ist ein Kunsterzeugnis und wird begünstigt durch verschiedene Beschaffenheit des Gekröses der einzelnen Darmabschnitte. Nach erfolgter Verlagerung entwickeln sich infolge der vermehrten Raumbeengung und nachträglichen Schwellung die Bedingungen für das Brandigwerden der Zwischenschlinge. Sie wird endgültig stranguliert beim zweiten Durchtritt durch die Bruchpforte hauptsächlich am Gekröse. Die doppelte Mesenterialstrangulation erklärt den äußerst raschen Verlauf der Gangrän des in der Bauchhöhle liegenden Darmteiles. **Georg Schmidt** (Berlin).

29) **Howitt and Corner.** The reduction en masse of strangulated and non-strangulated herniae.
(Annals of surgery 1908. April.)

Bericht über 137 Fälle von Scheinreduktion eingeklemmter Brüche; 86 % Männer und 14 % Frauen. In 50 % der Fälle war die Reposition durch Ärzte, in den übrigen Fällen von den Pat. selbst hervorgerufen. In den akuten Fällen war meist Dünndarm, in den subakuten und chronischen meistens Dickdarm und Blase im Bruchsack. Wenn nach der Reposition eines eingeklemmten und reponierten Bruches die Verstopfungserscheinungen fortbestehen, so soll sofort die Laparotomie gemacht werden. **Herhold** (Brandenburg).

30) **Konried.** Fall von Pseudotumor des Magens.
(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Heft 6.)

Ziemlich große Resistenz der Magengegend, freie Salzsäure kaum in Spuren, häufiges Erbrechen, Schmerzen, rapide Abmagerung, kachektisches Aussehen. Auch

bei Durchleuchtung nach Wismutmahlzeit mußte eine Geschwulst der Pylorusgegend angenommen werden, die auf die Leber überging. Dennoch Besserung des Zustandes unter symptomatischer Behandlung, Dampfkompressen, Condurange, HCl, Diät. Nach 1 Jahre schien die Resistenz kleiner, aber schmerzhafter zu sein, bei röntgenologischer Untersuchung fand sich kein Anzeichen einer raumverengenden Bildung mehr. K. hält das Ganze für eine chronische Chole- und Pericholecystitis mit Verwachsungen der Pars pylorica. **Renner** (Breslau).

31) **Bunts.** Infantile hypertrophy stenosis of pylorus.

(Annals of surgery 1908. Juni.)

Zu 89 aus der Literatur von Thompson gesammelten Fällen der oben genannten Krankheit fügt B. noch 25 hinzu. Von diesen 114 heilten 53, 61 starben, diese Sterblichkeit von 55% verteilt sich folgendermaßen:

	Fälle	Geheilt	Gestorben	Mortalität
Dehnung	27	13	14	51,8%
Gastroenterostomie	69	32	37	53,6%
Pyloroplastik	17	8	9	55%
Pylorektomie	1	0	1	100%

B. zieht folgende Schlüsse:

1) Die angeborene und infantile Pylorusstenose haben klinisch eine verschiedene Bedeutung.

2) Die angeborene Stenose muß möglichst frühzeitig operiert werden.

3) Die infantile Stenose entwickelt sich nach der Geburt und ist einer Besserung durch Medikamente zugänglich; tritt die Besserung jedoch nicht bald ein, so soll operiert werden.

4) Die infantile und angeborene Form ist klinisch nicht sicher zu unterscheiden.

5) In geeigneten Fällen bietet die Pyloroplastik die besten Operationsresultate und sollte die Operation der Wahl sein.

6) In den letzten Jahren hat sich die Sterblichkeit der Operation nicht wesentlich gebessert. **Herhold** (Brandenburg).

32) **A. Monprofit** et **Kieffer** (d'Angers). Sur un cas de gastrostomie pour ulcère de l'oesophage.

(Ann. de chir. gastro-intestinale Nr. 1.)

Wie aus der Überschrift hervorgeht, wurde bei einem Speiseröhrengeschwür mit Stenosenerscheinungen eine Gastrostomie gemacht. Die Pat. wurde ein Jahr durch die Magenfistel ernährt; danach war das Geschwür ausgeheilt, und Pat. kann wieder Nahrung von oben zu sich nehmen. **Simon** (Mannheim).

33) **A. Thomson.** Deaths from gastric and duodenal ulcer after operations for other conditions.

(Edinb. med. journ. 1908. Februar.)

Mitteilung von drei Fällen, bei denen nach anderweitigen Operationen (Resectio maxillae sup. wegen Sarkoms und zwei suprapubischen Prostatektomien) infolge von Magen- bzw. Duodenalblutungen der Tod eintrat. In keinem der Fälle waren irgendwelche Erscheinungen vorhergegangen, die den Verdacht auf Geschwürsbildung im Magen-Darmkanal hätten aufkommen lassen. Verf. meint, daß dem Erbrechen nach der Narkose eine Hauptrolle für die Entstehung derartiger Magen-Darmblutungen zugeschrieben werden müsse. Infolge der großen Anstrengungen beim Erbrechen nach der Operation manifestiere sich ein vorher latentes Geschwür. **Jenckel** (Göttingen).

34) **Roberts.** Gastric and duodenal ulcers secondary to wounds of the urinary bladder.

(Annals of surgery 1908. Juni.)

Verf. beschreibt zunächst zwei von ihm operierte Fälle, in welchen sich nach nicht ganz aseptisch verlaufenen Blasenoperationen Blutbrechen und schwere Anämie einstellten und die Autopsie das Vorhandensein eines Magengeschwürs in dem einen, eines Duodenalgeschwürs in dem anderen Falle ergab. Er hat dann aus der Literatur noch 14 Fälle gesammelt, in welchen nach Blasen- und Nierenoperation Hämatemesis auftrat. 7 mal wurde in der Gesamtzahl der 16 Fälle (mit den zweien des Verf.s) ein Magen- bzw. Duodenalgeschwür angetroffen. R. glaubt, daß diese Erkrankungen des Magens bzw. Darmes die Folgen von Thromben oder Embolien bei septischen oder toxämischen Zuständen sind, und daß gerade bei Operationen am Harnapparat in den zitierten Fällen ein septisches und ein urämisches Toxin vorhanden gewesen sei.

Um derartige Schädigungen, d. h. das Eintreten von Hämatemesis infolge einer Affektion des Magens oder Duodenum zu verhüten, sollen gerade bei Operationen am Harnapparat alle Blutgefäße schonend behandelt und peinlichste Asepsis beobachtet werden. Ist die Hämatemesis einmal ausgebrochen, so kommt ausschließlich rektale Ernährung für die ersten 48 Stunden in Betracht; ferner Magenspülungen mit heißer Kochsalzlösung oder 1⁰/₀₀iger Höllensteinlösung, Exzitantien, Ergotin subkutan, zuguterletzt, wenn es der Zustand erlaubt, die Gastroenterostomie oder die Unterbindung des die Blutung unterhaltenden Blutgefäßes.

Herhold (Brandenburg).

35) **J. Petřivalský.** Beitrag zur Kenntnis des Duodenalgeschwürs.

(Časopis lékařů českých 1908. p. 664.)

Der Bericht erstreckt sich auf sieben Fälle von Duodenalgeschwür aus der Klinik Kukula in Prag. Alle betrafen Männer. Die Sekretion und die Azidität des Magensaftes war entweder normal oder erhöht, die Motilität des Magens entweder normal oder herabgesetzt. Am konstantesten war die Hypersekretion, worin ein differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber dem Magengeschwür liegen dürfte.

Bei vier Fällen wurde die Gastroenteroanastomose nach Woelfler mit der Modifikation nach Peterson durchgeführt. Ein Pat. starb im Kollaps, drei Pat. wurden geheilt. Bei keinem entstand ein Circulus vitiosus, wohl aber bei einem an der Anastomosenstelle ein peptisches Jejunalgeschwür, das in die vordere Bauchwand unter dem Knorpel der neunten Rippe perforierte; es wurde exstirpiert. Die Anastomose wurde plastisch korrigiert und durch eine Enteroanastomose nach Braun geschützt. Zwei Pat. starben unoperiert infolge Perforation bzw. Verblutung. Der siebente Pat., der gleichzeitig an Mastdarmkrebs litt, starb ebenfalls infolge Perforation, nachdem eine Operation des Karzinoms nach Kraske vorgenommen worden war.

G. Mühlstein (Prag).

36) **A. Montprofit.** Etude sur quatre-vingt-dix opérations de gastro-entérostomie en Y antérieure.

(Ann. de chir. gastro-intestinale. Nr. 1.)

In der kurzen Abhandlung über die Gastroenterostomie in Ypsilonform geht M. nicht näher auf die Technik ein, sondern verweist auf seine früheren Veröffentlichungen. Er berichtet nur über die 90 Operationen, die er nach dieser Methode ausführte, und zwar 38 mal bei gutartigen und 52 mal bei bösartigen Stenosen des Pylorus. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Methode Hervorragendes leiste und in allen Fällen empfohlen werden könne, wo eine hintere Gastroenterostomie schwierig oder nicht möglich oder gar schon ohne Erfolg ausgeführt sei.

Simon (Mannheim).

37) **G. T. Beatson.** Two successful cases of acute intussusception, including that of the vermiform appendix, with remark on treatment.
(Edinb. med. journ. 1908. August.)

Wie wichtig bei der Invagination des Darmes die frühzeitige Diagnose und möglichst baldige operative Behandlung ist, wird von Verf. an zwei Krankengeschichten erläutert. In beiden Fällen gelang die Reduktion der invaginierten Partie und damit die Heilung der Kinder, obwohl bei dem ersten Pat. — einem 9 Monate alten Knaben — die Intussuszeption bis zur Flexura hepatica, in letzterem Falle sogar bis zur Flexura sigmoidea herabreichte. Interessant war, daß bei der Lösung der Invagination im Fall 1 sich der Proc. vermiformis in seiner Spitze als gangränös erwies; wahrscheinlich hatte die Invaginatio ileocoecalis zu einer Abschnürung des Mesenteriolum des Wurmfortsatzes geführt und dadurch die beginnende Gangrän hervorgerufen.

Verf. konnte als auffälligen Befund bei beiden Operationen eine völlige Leere des Dünndarmes, der stark kollabiert erschien, konstatieren und glaubt, daß dieser Zustand des Darmes in Zusammenhang mit der Entstehung der Invagination zu bringen sei. Bedenken wir jedoch, daß beiden Kindern zum erstenmal in ihrem Leben Abführmittel per os verabfolgt waren, im Verlauf deren Wirkung sich die Erscheinungen der Darminvagination erst einstellten, so erscheint der Zustand des Dünndarmes weniger auffallend, und als Ursache der Intussuszeption ist doch wohl die durch die Abführmittel stark vermehrte Peristaltik anzusehen (Ref.).

Jenckel (Göttingen).

38) **Johnston.** Splenectomy.
(Annals of surgery 1908. Juli.)

Große Statistik über 708 literarisch gesammelte Fälle von Milzexstirpation mit einer Gesamtmortalität von 27,4%. Die erschöpfende Sammlung Bessel-Hagen's vom Jahre 1900 ist bei der Zusammenstellung mit benutzt worden. Die Urachen, weswegen die Milz exstirpiert wurde, sind tabellarisch zusammengestellt, und es werden die einzelnen Gruppen kurz besprochen. Die 1. Gruppe umfaßt 74 Fälle idiopathischer Milzvergrößerung mit 28,3% Mortalität. 2) Milzvergrößerung und Wandermilz: 60 Fälle mit 6 tödlichen Ausgängen. 3) Wandermilz mit Stieldrehung: 27 Fälle mit 8 Todesfällen. 4) Malariamilz: 61 mit 13,1% Mortalität. 5) Malaria- und Wandermilz: 40 mit 2 Todesfällen; 12, bei denen außerdem noch Stieldrehung vorhanden war, mit 2 Todesfällen. 6) Banti'sche Krankheit: 61 Fälle mit 12% Todesfällen. 7) Cysten: 42 mit 7 Todesfällen. 8) Splenektomien bei Leukämie: 49 mit 87,7% Mortalität. 9) Sarkome: 9 mit 3 Todesfällen. 10) Abszesse: 2 mit 1 Todesfall. 11) Milzexstirpationen wegen traumatischer Verletzung der Milz: 150 Fälle mit 34% Mortalität.

Verf. weist am Schluß auf die schlechte Prognose hin, welche Milzexstirpationen bei Leukämie haben. **Herhold** (Brandenburg).

39) **Summers.** Splenectomy in Banti's disease, followed by oedema of the large intestine with localised necrosis of its wall.
(Annals of surgery 1908. Juni.)

8 Tage nach einer wegen Banti's Krankheit ausgeführten Milzexstirpation traten bei dem Operierten Erscheinungen von Peritonitis auf. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie zeigte sich an der Flexura sigmoidea eine 3 Zoll große perforierte nekrotische Stelle; dieselbe wurde eingestülpt und übernäht. Der Kranke genas. Bei der Operation zeigte sich, daß in der Vena mesenterica superior ein Thrombus saß, der im Zusammenhange mit dem in der unterbundenen Vena splenica befindlichen Thrombus stand. Verf. weist auf die Seltenheit dieser durch Operation entstandenen Thrombose hin. **Herhold** (Brandenburg).



40) **L. Bérard et P. Cavaillon.** Coliques hépatiques, ictère et cholérragie dans les kystes hydatiques du foie.

(Extrait du bull. méd. 1907. Februar 23.)

Verff. beschreiben drei Fälle von Leberechinokokkus, die mit Ikterus und, nach der Einnähung des Sackes, mit Cholerrhagien einhergingen. Die Punktion ergab im ersten Fall 8 Liter trüber, grüner Flüssigkeit. Die Cyste, die von der Gallenblase bis zur Wirbelsäule reichte, war wegen der großen Ausdehnung nicht zu exstirpieren. 30 Stunden nach der Operation trat aus dem Cystenrest eine starke Blutung ein, die auf Tamponade stand. Als nach 4 Tagen die Tamponade entfern wurde, entleerte sich blutig-gallige Flüssigkeit und darin Schorfe. Der Gallenfluß hielt 21 Tage an, wobei die Kranke sehr abkam.

Im zweiten Falle trat der Gallenfluß nach Inzision eines Abszesses in der Iliacalgegend ein. Sie hielt 20—25 Tage an.

Im dritten Falle handelte es sich auch um eine bis zur Wirbelsäule reichende Cyste. Beim Verbandwechsel am übernächsten Tage nach der Operation trat der Gallenfluß auf, und 19 Tage nach der Operation plötzlich der Tod. Bei der Obduktion fand sich eine kleine Eiteransammlung im rechten subphrenischen Raume. In die Cyste hinein mündete ein Gallengang zweiter Ordnung. Die Gallenblase stand gar nicht mehr im Zusammenhange mit den Gallenwegen.

Der Ikterus kann entstehen durch Kompression der Gallenwege, durch Infektion und durch Zusammenhang der Cyste mit den Gallenwegen. Die Infektion kann einmal die Cyste selbst betreffen und dann die Gallenwege als aufsteigende Angiocholitis. Eindringen von Hydatiden in die Gallenwege löst außer dem Ikterus noch Koliken aus.

Die Eröffnung der Gallengänge in die Cyste kann ohne Operation erfolgen. Der Gallenfluß kann aber auch erst bei der Operation entstehen durch Aufhebung des auf den Gallenwegen lastenden Druckes. Der später einsetzende Gallenfluß ist auf Nekrose der Wand oder auf Trauma (z. B. Drain) zurückzuführen. Die Prognose hängt ab von der Größe des offenen Gallenweges, erkenntlich an der Menge der ausfließenden Galle, und von dem Zustande der großen Gallenwege, erkenntlich an der Farbe des Stuhles. Schädigungen der Gallenwege sind jedenfalls sowohl für den Ikterus wie für den postoperativen Gallenfluß verantwortlich zu machen. **E. Moser** (Zittau).

41) **Lobingier.** Gangrene of the gall bladder.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Als man bei einem scheinbar an eitriger Gallenblasenentzündung leidenden Pat. den M. rectus gespalten hatte, traf man auf eine gangränöse, mit Gas gefüllte, von der Peritonealhöhle abgegrenzte Gallenblase. Die Ränder derselben waren emphysematös; im Cysticus saß ein Stein. Exstirpation der Blase, Drainrohr, teilweise Naht der Bauchhöhlenwand, Heilung.

Eine bakteriologische Untersuchung des Gallenblaseninhaltes wurde leider nicht gemacht. **Herhold** (Brandenburg).

42) **R. Bachrach.** Über die Resultate unserer Operationen an den Gallenwegen.

(Med. Klinik 1908. p. 1099.)

153 Operationen zumeist aus Hochenegg's, zum kleinsten Teil aus Lorenz' klinischer und poliklinischer Tätigkeit. Darunter 58 Cholecystektomien (2 Todesfälle). (Wenn möglich, wird Gallenblase und Ductus cysticus uneröffnet entfernt.) Die Gallenblasenexstirpation ist das Normalverfahren. Sie wurde in der letzten Zeit fast regelmäßig ausgeführt und ist nur da zu unterlassen, wo sie eine unmittelbare Gefahr für den Kranken bringen würde. — Daraus werden auch die im ganzen recht günstigen Ergebnisse abgeleitet. Echte Rückfälle wurden eigentlich niemals beobachtet. Zahlreichere Opfer (6 unter 13 Fällen) forderte die sonst sehr empfehlenswerte und technisch nicht schwierige Mobilisierung des Duodenums, wohl deshalb, weil sie nur bei schon recht vorgeschrittenen Krankheitszuständen nötig

wird. Von 118 über den Dauererfolg befragten Kranken wurden 79 verwertbare Auskünfte erlangt. Davon erfreuten sich 69 Operierte dauernder voller Heilung. Nur bei 2 lag vielleicht ein Rückfall vor. **Georg Schmidt** (Berlin).

43) **Edgecombe.** Metastatic affection of the pancreas in mumps.
(Practitioner 1908. Februar.)

Bei einer leicht verlaufenden Mumpsepidemie von 33 Fällen, die Verf. in einer Knabenschule beobachtete, zeigten 5 Fälle eine metastatische Entzündung des Pankreas, die durch Erbrechen, Schmerzen und Spannung der Bauchmuskeln, besonders im Epigastrium, und Verstopfung sich klinisch äußerte. In 4 Fällen bestand Fieber. Eine deutliche Schwellung in der Gegend des Pankreas konnte bei zwei Knaben gefühlt werden. Im Urin war eine deutliche »Pankreasreaktion«, die auf eine akute Entzündung dieses Organs hinwies, zu erkennen. Azeton und Acetessigsäure waren in großen Mengen vorhanden, Zucker fehlte.

Jenckel (Göttingen).

44) **A. Musumeci** (Catania). Cisti linfatica del mesentere.
(Clinica chirurgica 1907. Nr. 10.)

M. teilt einen Fall einer glücklich operierten, sehr großen Lymphcyste des Mesenteriums mit, der dadurch interessant ist, daß bei dem Träger der *linke*, kaum haselnußgroße Hoden, der früher häufig durch den weit offenen Leistenring in den Bauch geschlüpft und wieder in den Hodensack gesunken war, seit 1 Jahr im Bauch verblieben ist, wodurch die Fehldiagnose auf Sarkom eines Beckenhodens gestellt worden war. Für die Cyste selbst fehlt jede Ätiologie.

J. Sternberg (Wien).

45) **H. Heyrovsky.** Ein Beitrag zur Kasuistik der cystischen retroperitonealen Tumoren. (Aus der II. chir. Klinik Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Hft. 6.)

Bald nach einem heftigen Stoß gegen den Bauch Konstatierung einer Geschwulst unter dem rechten Rippenbogen. Nach einer *Kolik* Aufhören der Schmerzen. Die Geschwulst wurde verchieden gedeutet; nach 4 Jahren hielt man sie für eine bösartige Nierengeschwulst und riet zur Operation. Nach 10 Jahren Störung des Allgemeinbefindens. Die damals mannskopfgroße Geschwulst wurde von Hochenegg als Hydronephrose operiert, entpuppte sich aber als Cyste mit gelatinösem, teils rotbraunem Inhalt und wurde als Pankreascyste gedeutet. 2 Jahre nachher entleerten sich aus der Fistel geschwulstartige Massen, später trat eine Perforation des infizierten Sackes nach der Niere ein, so daß 5 Jahre nach der ersten Operation eine kindskopfgroße, retroperitoneale Geschwulst — der Cystenrest — und die Niere entfernt werden mußten. Danach rasche Erholung, aber 4 Jahre später nach neuerlichem leichten Trauma hohes Fieber, Bauchschmerzen, rapides Wachstum einer Resistenz, aus der sich bei Inzision hämorrhagischer Eiter entleerte. Damals fanden sich schon Knötchen im Netz, die im nächsten Jahre konfluierten. Nach neuerlicher Laparotomie mit Entleerung freier Gallertmassen Perforationsperitonitis.

Außer gallertigen Geschwulstmassen fand sich eine breitbasige ebensolche Geschwulst in der Flexura sigmoidea, die, bei der zweiten Operation entfernt, sich als papilläres, in Gallertkarzinom entartetes Kystom erwies, das als aus versprengten Keimen der Urogenitalanlage entstanden aufgefaßt wurde. Die Geschwulst der Flexur wird als Metastase angesehen. Andere Fälle cystischer retroperitonealer Geschwülste aus der Literatur werden zitiert und die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Genese besprochen. **Renner** (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, **F. KÖNIG,** **E. RICHTER,**
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 42. **Sonnabend, den 17. Oktober** **1908.**

Inhalt.

Die Behandlung des kontrakten Plattfußes im Schlafe.

Von

Dr. C. Hübscher,
Dozent für Orthopädie in Basel.

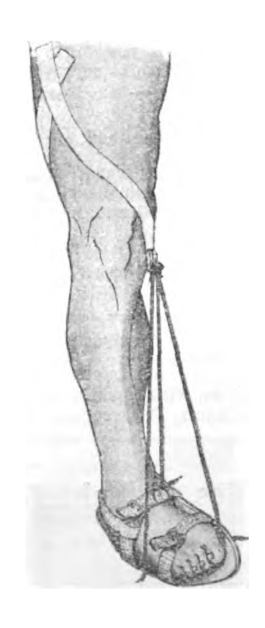
Bekanntlich kann man dem kontrakten Plattfuß, der reflektorischen Pronationskontraktur, auf die verschiedenste Weise beikommen. Bettruhe und feuchtwarme Umschläge genügen in den leichtesten Fällen; lokale Narkose des Talonavikulargelenkes durch Kokaineinspritzen nach Lorenz oder allgemeine Narkosen lösen den Reflexkrampf und gestatten ein Eingipsen des Fußes in Supinationsstellung. Daneben verwenden wir noch die Gibney'schen Heftpflasterverbände auf Empfehlung von Drenkhahn und Muskat. Wie zu erwarten stand, wird als neueste Behandlung Hyperämie und Stauung nach Bier gerühmt (Muskat, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chir., XXXVII. Kongreß).

Nach meinen Erfahrungen verschwindet der reflektorische Muskelspasmus ohne Ausnahme während des natürlichen Schlafes, um

42

sich beim ersten Bewegungs- oder Stehversuch mit gleicher Sicherheit wieder einzustellen. Gelingt es uns, während der Nachtruhe den Fuß in volle Supination zu bringen, ohne den Pat. dabei aufzuwecken, so haben wir gewonnenes Spiel. Diese nächtliche Arbeit leistet uns eine Vorrichtung, welche nichts anderes ist, als der etwas vereinfachte Klumpfußverband nach Finck[1], der hier selbstverständlich umgekehrt auf Supinationszug angelegt wird.

Nach der nebenstehenden Zeichnung ist die Herstellung und die Anlegung des leicht zu improvisierenden Verbandes wohl sofort verständlich: ein Fußbrettchen aus Lindenholz wird durch Annageln der entsprechenden Gurte zur anschnallbaren Sandale vervollständigt. Die drei elastischen Züge aus ca. 7 mm dickem Kautschukrohr werden durch die etwas engeren Löcher des Brettchens durchgezwängt und halten hier selbsttätig. Oben sind die Schläuche mittels kleiner Ringe in einen Korsetthaken eingehängt, der durch einen spiraligen Heftpflasterstreifen (Beiersdorf's Leukoplast Nr. 536) am inneren Tibiaknorren anbandagiert ist. Durch Nachziehen der unteren Schlauchenden durch die engen Löcher kann die Kraft der beiden inneren Schläuche gegen den äußeren Antagonisten so abgestimmt werden, daß ein kräftiger Supinationszug entsteht, ohne daß dabei der leiseste Schmerz ausgelöst wird. Der äußere Pronationszügel verhindert ein Abheben des Brettchens. Sobald der Pat. sich zur Ruhe begeben hat, wird das Fußbrettchen angeschnallt und der Zug in Aktion gesetzt.



Das Bild, das uns am nächsten Morgen erwartet, ist ein überraschend erfreuliches, sowohl für den Arzt als noch mehr für den Pat. Der Fuß, der oft monatelang eine Quelle scheußlicher Schmerzen war, wird nun ohne jede Anstrengung aktiv supiniert und wieder proniert. Wir sind dann sofort imstande, unter Korrektion des Valguswinkels den Gipsabguß für die definitive Lange'sche Zelluloideinlage herzustellen. Während der wenigen Tage bis zur Fertigstellung der Einlage wird der Supinationsverband nachts weiter getragen; tagsüber marschiert der Pat. mit einer provisorischen Einlage herum, wobei noch auf Sohle und Absatz des Stiefels außen Keile aus Korklinoleum genagelt werden, um den Fuß sicher in Supination auftreten zu lassen.

Zusammenfassend möchte ich diese Behandlung des kontrakten Plattfußes im Schlafe aus folgenden Gründen empfehlen:

---

[1] Julius Finck, Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII. p. 395.

1) Der nächtliche Zugverband arbeitet in der denkbar schonendsten und einfachsten Weise ohne Zeitverlust für den Pat.

2) Die vielfach angewandte, wochen- und monatelange Immobilisierung der Füße im Gipsverband wird umgangen.

3) Der gleiche Verband kann als portativer Widerstandsapparat zur täglichen Gymnastik verwendet werden.

4) In diagnostischer Hinsicht gibt uns der nächtliche elastische Zug sofort sicheren Aufschluß: Füße, welche am folgenden Tage nicht supiniert sind, erweisen sich dadurch als keine reinen kontrakten Füße; sie müssen, weil schon durch Verwachsungen fixiert, in Narkose redressiert werden.

5) Stellt diese Behandlungsmethode ein interessantes physiologisches Experiment dar, das uns zeigt, daß im Schlafe nicht nur das Seelenorgan ruht, sondern daß auch der Reflexbogen unterbrochen ist.

---

1) **Groedel.** Die Orthoröntgenographie. Anleitung zum Arbeiten mit parallelen Röntgenstrahlen. Mit 32 Abbildungen.

München 1908.

Verf. beschreibt im großen und ganzen nur die Technik der Orthoröntgenographie. Zunächst erwähnt er ihre Geschichte und den Horizontalorthodiagraphen von Moritz. Bequemer und mindestens wissenschaftlich ebenso wertvoll ist das Verfahren der Vertikalorthodiagraphie. Den besten Apparat hat hier Levy-Dorn geschaffen; die anderen sind zum Teil wertlos. Es folgt eine genaue Beschreibung des Apparates und seiner Anwendung, ferner der vom Verf. selbst angegebenen Röhrenhalter und seiner Vorrichtung zum Zentrieren der Röhre.

Die Ausmessung des Herzorthodiagramms kann nie ganz exakt sein. Als Maße sind folgende drei von Moritz angegebenen wichtig:

1) Der Medianabstand links. Größter Abstand des linken Herzschattenrandes von der Mittellinie. — 2) Der Medianabstand rechts. Größter Abstand des rechten Herzschattenrandes von der Mittellinie. — 3) Der Längsdurchmesser. Die größte Entfernung des linken Herzschattenrandes von dem Venenvorhofwinkel.

Den von Dietlen veröffentlichten Normalmaßen für Horizontalorthodiagramme des Herzens fügt Verf. eine Tabelle von Normalmaßen des vertikalen Herzorthodiagramms bei, die er an einer großen Reihe von herzgesunden Individuen gewonnen hat und deshalb als Durchschnittswerte aufstellen kann.

Ein neues Kapitel befaßt sich mit der Lungenorthodiagraphie und der Orthodiagraphie der Baucheingeweide. — Am Schluß erwähnt Verf. noch die orthophotographischen und teleröntgenographischen Verfahren von Albers-Schönberg und Köhler. Er selbst berichtet über Fernaufnahmen von 1—2 Sekunden und Nahaufnahmen von $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ Sekunde Dauer.

Seine zusammenfassenden Ausführungen lasse ich wörtlich folgen:

»Die Orthodiagraphie ist ein technisch exakt ausgebautes Verfahren, welches uns gestattet, das Herzschattenbild mit parallelen Strahlen aufzuzeichnen. Die Orthodiagraphie ist nicht schwer zu erlernen, unsere Resultate werden aber um so zuverlässiger, je mehr Übung wir haben. Bei den verschwindend geringen Unkosten der einzelnen Aufnahmen sind wir in der Lage, die Orthodiagraphie ebensooft wie etwa die Perkussion zu wiederholen und so unseren Befund stets wieder zu kontrollieren. Die Herzgröße kann mittels der Orthodiagraphie einwandsfrei festgestellt werden. Ebenso kann die Form des Herzschattens und die Gestalt der einzelnen Herzbogen, der bis jetzt vernachlässigte, aber wohl wichtigste Punkt der Herz-Röntgendiagnostik, bei geeigneter Technik mit Leichtigkeit festgestellt werden. Dabei hat die Orthodiagraphie den photographischen Methoden gegenüber den Vorzug der Möglichkeit, die Pulsationen der einzelnen Herzabschnitte gleichzeitig zu beobachten.

Die orthophotographischen Verfahren sind technisch schwierig. Unter ihnen hat die Immelmann'sche Methode der Orthodiagraphie gegenüber keinen Vorteil, da sie nicht objektiver wie diese ist.

Die Spaltaufnahmen nach Albers-Schönberg und Haenisch ergeben einwandsfreie Resultate und sind als Kontrolle der Orthodiagraphie sehr wertvoll, ohne diese infolge der Umständlichkeit und Kostspieligkeit ihrer Herstellung ersetzen zu können.

Die Köhler'sche Teleröntgenographie ist der beste und dabei einfachste Ersatz der Orthodiagraphie. Auch die Fernaufnahmen sind wertvoll als Kontrolle der Orthodiagraphie, besonders nachdem ihre Herstellung nun bei kürzerer Expositionszeit möglich ist. Aber auch sie können aus den ebenerwähnten Gründen niemals die Orthodiagraphie ganz ersetzen. Außerdem erscheint mir die Orthodiagraphie für die Beobachtung der Herzformen vorläufig noch geeigneter zu sein. Der besondere Wert der Fernaufnahmen liegt in ihrer korrekten Projektion, was besonders für die Aufnahmen im schrägen oder queren Durchmesser gilt.«

Gaugele (Zwickau).

---

2) **Klingelfuss.** Präzisierung des Begriffes »Momentaufnahmen« in der Röntgenstrahlentechnik.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 4.)

Verf. weist darauf hin, daß der Kürzung der Expositionszeit vorläufig in der Dauer einer Einzelentladung eine untere Grenze gesetzt bleiben wird.

Um eine Vergleichsbasis für die sog. Momentaufnahmen zu gewinnen, empfiehlt er, statt der Zeit des Stromschlusses die Anzahl der Unterbrechungen und die aufgewendete Magnetisierungsstromstärke zu beobachten.

Objekte, die in $^1/_{25}$ Sekunden effektiver Expositionszeit die photographische Platte hinreichend schwärzen, würden mit fünf einzelnen »Schlägen«, solche, die fünfmal durchlässiger sind, mit einem »Schlage« durchleuchtet sein, falls die aufgewendete Stromstärke in

beiden Fällen gleichgroß ist, wobei dann zu beachten wäre, daß sich die einzelnen Schläge nicht schneller folgen, als der zeitliche Verlauf einer Entladung zuläßt.

Wollte man Aufnahmen machen, deren Expositionsdauer kürzer ist, als der zeitliche Verlauf des einzelnen »Schlages«, so müßte man, wie das in der optischen Photographentechnik üblich ist, einen Momentverschluß vor die X-Strahlenröhre bringen, der nur einen Teil der Strahlung des einfachen Schlages durchläßt. Dabei würde man auf eine neue Schwierigkeit stoßen, nämlich auf das zeitlich richtige Zusammentreffen der Blendenöffnung mit dem Verlauf der Hauptphase der X-Strahlen; denn wie Verf. an der Aufnahme der durch den »einfachen Schlag« hervorgerufenen X-Strahlen durch eine Spaltblende auf eine bewegte photographische Platte zeigt, ist die Entladung einer einmaligen Unterbrechung nicht kontinuierlich, sondern mehrfach zwischen Null und einem Maximum schwingend.

Gaugele (Zwickau).

---

3) **Martini.** Über die durch die Röntgenstrahlenbehandlung hervorgerufenen histologischen Veränderungen maligner Geschwülste.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 4.)

Verf. hat an einem großen Material Untersuchungen im oben angegebenen Sinne ausgeführt, und zwar in der Weise, daß er Pat. klinisch sorgfältig beobachtete und die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste mehrmals, und zwar immer vor und nach Abschluß der Behandlung vornahm. Seine Fälle betrafen Mammakarzinome, Krebsmetastasen in Lymphknoten, Ulcus rodens der Wange, fungösen Krebs der Nase, malignes Lymphosarkom der Brustwand und des Schienbeines, Myxosarkome des Oberschenkels und Beckens, Enchondrome der Rippen, bösartige Geschwulst der Unterkieferdrüse, Adenokarzinome des Hodens; zum Teil handelte es sich um Rezidive.

Als Indikation gilt dem Verf. die Inoperabilität der Geschwülste oder aber, wenn kosmetische Gründe vorliegen, wie bei Gesichtsgeschwülsten. Aber auch hier darf nicht vergessen werden, daß man, wenn nach einigen Bestrahlungen keine Besserung eintritt, die wertvolle Zeit für die Operation nicht vorübergehen lassen darf. Andererseits erklärt Verf. es als die Pflicht des Arztes, die von einer unoperierbaren Geschwulst Befallenen einer Röntgenbestrahlung zu unterwerfen.

Der klinische Erfolg war ein derartiger, daß bei der Art der jeweiligen Erkrankung und ihrer Ausbreitung von keiner anderen Behandlung bessere Resultate zu erwarten waren. Bei den Brustdrüsenkrebsen fiel der Nachlaß der Schmerzen und der deutliche Rückgang der Geschwulstknoten auf; die Wangenepitheliome heilten radikal mit schöner Narbe aus, das maligne Lymphom zeigte einen überraschenden Schwund, das Sarkom der Brustwand verschwand nach 11—12 Sitzungen

vollkommen, das Myxosarkom des Oberschenkels und Beckens ließ nur eine Besserung des Allgemeinbefundes erkennen.

Das Osteosarkom wurde überhaupt nicht gebessert, ebensowenig das Enchondrom der Halswirbel, während bei dem Sarkom des Unterkiefers und des Hodens eine Abnahme der Geschwulst und Nachlaß der Schmerzen eintrat.

Diese Unterschiede in den Erfolgen finden in der Verschiedenheit der Form und des histologischen Baues der Geschwulstelemente mehr als in der Ausdehnung der Geschwulst ihre Erklärung. Wie bekannt, können die bindegewebigen Geschwülste verschiedene Form und einen komplizierten Bau annehmen, so daß verschiedene Kombinationen von Sarkomgewebe mit anderen, ebenfalls mesenchymalen Geweben unter Bildung von Mischgeschwülsten: Fibrosarkom, Liposarkom, Myxosarkom, Chondrosarkom, Osteosarkom usw., zustande kommen können. Aus dem obengenannten geht nun hervor, daß aus weniger hoch entwickelten, aber stark wuchernden Zellen und wenig Stroma bestehende Geschwülste die für die zerstörende Einwirkung der Röntgenstrahlen am meisten empfindlichen Neubildungen darstellen; daher sind die medullär gebauten, aus unreifen, dem embryonalen Bindegewebe ähnlichen Geweben bestehenden Geschwülste leichter zugänglich für die Beeinflussung durch Röntgenstrahlen als Mischgeschwülste, die zwar auch aus Bindesubstanz bestehen, in denen diese aber älter und stärker ausdifferenziert ist.

Besonders sind die Osteosarkome und Chondrosarkome für die Röntgenstrahleneinwirkung schwer zugänglich, weil die knöcherne Hülle ein von den Strahlen schwer durchdringbares Gewebe darstellt.

Aber nicht nur das Parenchym, sondern auch das Stroma und die Umgebung einer Geschwulst werden histologisch verändert. Besonders an Stellen großer Zerstörung des Parenchyms finden sich auch stärkere Degenerationserscheinungen des Stroma, an Stelle des Parenchyms tritt sklerotisch aussehendes, geschrumpftes Bindegewebe; die Gefäße findet man häufig thrombosiert und ihre Wandungen hyalin entartet.

Aus seinen histologischen Untersuchungen gewann Verf. den Eindruck, daß in Geschwulstzellen keine besonderen charakteristischen, d. h. von den gewöhnlichen Degenerationsformen verschiedene Rückgangserscheinungen vorkommen; er fand alle möglichen Stadien von Rückmetamorphose, von der trüben Schwellung und von der hyalinen, schleimigen, vakuolären Entartung des Protoplasma mit mehr oder weniger weitgehender Veränderung des Kernes bis zu den verschiedenen Formen von Nekrobiose, von Nekrose, von Cytolyse und Histolyse.

Die Röntgenstrahlen stellen also ein physisches Agens dar, das in den Zellen verschiedene Verwandlungen bedingen kann, so daß die Zellen mehr oder weniger verändert oder ganz zerstört werden.

Gaugele (Zwickau).



4) **E. Wossidlo.** Experimentelle Untersuchungen über Veränderungen der Nissl'schen Granula bei der Lumbalanästhesie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 4.)

Verf. konnte durch seine Versuche an Kaninchen die Resultate van Lier's bestätigen. Auch er fand, daß alle zur Lumbalanästhesie angewendeten Mittel, Novokain, Stovain, Alypin und Tropakokain, Veränderungen an dem Zelleib der Ganglienzellen des Rückenmarkes hervorrufen, daß diese Erscheinungen aber wieder rasch verschwinden.

In den Ganglienzellen der Medulla oblongata konnte er dagegen bei seinen Todesfällen keine pathologischen Prozesse auffinden. Was die einzelnen erprobten Mittel anlangt, so empfiehlt W. als das beste das Tropakokain. Das Alypin hatte in den Experimenten eine zu hohe Mortalität, das Novokain schädigt die sensiblen Gebiete lange, und ebenso hat das Stovain den Nachteil, daß es reizend wirkt und länger dauernde Schädigungen setzt. Was ferner die Wirkungsweise der in den Rückgratskanal injizierten Mittel anlangt, so kann dieselbe eine verschiedenartige sein. Erstens wirkt die Leitungsunterbrechung auf die Funktion der Zelle, ferner übt das auf dem Lymphweg oder entlang den Nervenfasern vorgedrungene Mittel seinen Einfluß, und schließlich kann eine Ödemisierung durch die Injektion selbst eintreten. Die Nisslkörper sieht W. als Produkte einer normal funktionierenden Ganglienzelle an. Unterbrechung der Funktion führt einen Zerfall herbei, während der Wiedereintritt der normalen Funktion eine Neuproduktion der Granula hervorruft. Die Spannungsverhältnisse mögen dabei eine Rolle spielen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **E. Leser.** Die spezielle Chirurgie in 60 Vorlesungen. 1279 S. mit 410 teils farbigen Abbildungen im Text. 8. vermehrte und verbesserte Auflage.

Jena, **Gustav Fischer,** 1908.

In bereits gewohntem Zeitzwischenraum, 2 Jahre nach der vorangehenden Auflage, erscheint die L.'sche spezielle Chirurgie von neuem; der lebhafte Wettbewerb auf dem Büchermarkt hat ihrer wohlbegründeten Beliebtheit also keinen Abbruch getan. Nach den wiederholten Besprechungen in dieser Zeitschrift genügt die Feststellung, daß das rastlose Schaffen der neueren Chirurgie auch im Buche seinen Niederschlag gefunden hat, zum Teil in gebotener Zurückhaltung, wie bei den Operationen im Luftdrucksunterschiedverfahren, oder in etwas breiterer Ausführung, wie in der Harnleiterchirurgie. Um so mehr fällt auf, daß der Verf. den chirurgischen Eingriffen am Ohr und Felsenbein immer noch, man möchte fast sagen, ängstlich aus dem Wege geht. Bei aller Würdigung der von ihm hervorgehobenen Beweggründe für seine Ablehnung ist es doch kaum angängig, dem Schüler wie dem Arzte dies wichtige Kapitel vorzuenthalten, dessen

Kenntnis und Anwendung ja unter Umständen auch dem auf sich allein gestellten Arzt der Drang des Augenblickes aufzwingen kann, und die Kritik wird nicht müde werden können, diese Forderung zu erheben.

Bei dieser Gelegenheit mag auch das Fehlen der Besprechung der Meningitis serosa, auf welche man immer mehr aufmerksam wird, bemerkt werden.

Auch einige Röntgenbilder, deren Undeutlichkeit der Verf. selbst bedauert, könnten wohl wiederum leicht durch bessere ersetzt werden, da sie eigentlich ziemlich alltägige Vorkommnisse darstellen. Eine sehr annehmbare Neuerung besteht darin, daß die einzelnen zusammengehörigen Abschnitte innerhalb der Vorlesung noch durch im Druck herausgehobene Überschriften zusammengefaßt werden, obwohl der Vorlesungston allerdings damit unterbrochen wird. Jedenfalls kann man auch als Kritiker den Erfolg des Buches anerkennen.

Herm. Frank (Berlin).

---

6) **J. Petrivalský.** Zur Therapie der Phimose.

(Časopis lékařů českých 1907. p. 1055.)

Der Autor gibt eine neue Methode der Phimosenoperation an, die er als plastische Exzison bezeichnet. Bei gespannter Vorhaut spaltet er den Präputialring beiderseits durch je einen 1 cm langen Schnitt, der beide Vorhautblätter durchtrennt, und exzidiert die obere Partie des Ringes zwischen den beiden seitlichen Schnitten. Dann bildet er aus dem dorsalen äußeren Vorhautblatt wiederum durch zwei seitliche, 1 cm lange Schnitte einen Lappen, spaltet das innere Blatt, etwa der Mitte des Hautlappens entsprechend, je nach Bedarf eventuell bis zum Sulcus coronarius, zieht das Präputium vollständig über die Glans zurück und schlägt nun den Hautlappen zwischen die auseinander weichenden Schenkel des Schnittes im inneren Vorhautblatt. Die durch die Inzision des inneren Vorhautblattes entstandenen zwei Läppchen werden nach außen umgebogen und in die Winkel seitwärts vom äußeren Lappen eingepflanzt; die noch offenen Wundränder werden durch Nähte geschlossen.

Die Vorteile dieser Methode sind folgende: Die Eichel bleibt nicht dauernd unbedeckt, die Vorhautöffnung wird infolge der Einpflanzung der äußeren Haut in das innere Vorhautblatt elastischer: der kosmetische Effekt ist ein guter, es resultieren keine überflüssigen Lappen; die Methode ist bei allen Formen der Phimose und in jedem Alter ausführbar. (Sechs Abbildungen.) **G. Mühlstein** (Prag).

---

7) **C. Bayer.** Prostatadehnung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Nr. 3.)

B. glaubt, daß, analog der Sphinkterendehnung bei Krampfzuständen des Afters, die Dehnung der Prostata in einzelnen Fällen von chronischer Prostatitis und Prostatahypertrophie ihre Berechtigung

habe, und zwar dann, wenn der Krampf vor und nach dem Urinieren das hervorstechendste Symptom bildet, schwere Komplikationen wie früher, jauchige Cystitis, Abszesse aber fehlen. Er hat einen lithotryptorähnlichen Apparat konstruiert, mit dem die Dehnung leicht und bei Vorsicht gefahrlos gelingt. Mit ihm kann bei Cystitis auch eine Blasenspülung ausgeführt werden. Von acht Fällen, die mit Dilatation behandelt wurden, hatten nur drei keinen Erfolg; die übrigen Pat. dagegen waren mit dem Resultat der Behandlung zufrieden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

8) **Moynihan.** A clinical lecture on suprapubic prostatectomy.

(Practitioner 1908. Juni.)

M. hat 100mal die suprapubische Prostatektomie nach Freyer ausgeführt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Von 15 Pat. mit Karzinom der Prostata starben 3, von 85 Pat. mit einfacher Hypertrophie der Vorsteherdrüse starben 6 nach der Operation; demnach hatte M. eine Mortalität von 8%.

2 Pat. gingen an Lungenembolie, 2 an Harnverhaltung, 2 an Chok (beides Karzinome), 2 an Nierenentzündung und Erschöpfung zugrunde.

Zur Sicherung des Cavum Retzii sowie zum besseren Arbeiten in der Tiefe der Blase näht Verf. nach der Inzision der Harnblase letztere mit der Bauchwand mittels durchgreifender Nähte zusammen und läßt die Fäden lang, um später beim Spülen der Harnblase leichter die Wunde auseinander ziehen zu können.

Die Entfernung der Prostata wird in der Weise ausgeführt, wie sie von Freyer angegeben ist, nur daß sich Verf. beim Entgegendrängen der Prostata vom Mastdarm aus die dazu benutzte Hand durch Überziehen eines sterilen Gummihandschuhes schützt. Die Pars prostatica urethrae wird stets mit entfernt, meist auch ein Teil der Pars membranacea; irgendwelche Störungen hat Verf. niemals danach beobachtet. Sobald die Prostatektomie ausgeführt ist, soll die Blase mit einer 1%igen Karbollösung ausgespült werden, bei bestehender Cystitis 20—30 Minuten lang, bis die Flüssigkeit klar ist.

Vor dem Einführen eines Drains in die Blase wird gewarnt, da durch das Liegenbleiben eines auch noch so kleinen Gummirohres die Blasenschleimhaut gereizt und die Heilung hinausgeschoben werde. Verf. verkleinert die Bauchwunde durch je eine Naht am oberen und unteren Ende und läßt im übrigen die Wunde offen und durch Granulation verheilen. Vom 2. Tage an wird die Blase täglich durch einen von oben her eingeführten weichen Gummischlauch mit einer 1%igen Karbollösung ausgespült.

Seitdem Verf. die Drainage fortläßt, hat er viel schnellere Heilung beobachten können. Während sich früher die Wunde durchschnittlich in 26 Tagen schloß, heilte bei den letzten 50 Operationen ohne Drainage der Bauchschnitt innerhalb 14 Tagen. Sobald die Pat. sich von der Operation erholt haben, sollen sie sich im Bett aufsetzen und später möglichst bald herumzugehen versuchen.

Bei der Prostatektomie stellen sich gewöhnlich dann Schwierigkeiten ein, wenn eine bösartige Neubildung vorliegt und das Organ in eine kleine harte Geschwulst verwandelt ist, die sich nicht ausschälen läßt, sondern exzidiert werden muß. Überhaupt ist der Verdacht auf Bösartigkeit gerechtfertigt, sobald eine kleine harte Partie in dem sonst weichen und vergrößerten Organ nachgewiesen werden kann, die der Ausschälung große Schwierigkeiten entgegensetzt oder dieselbe unmöglich macht. **Jenckel** (Göttingen).

---

9) **R. J. Goodlee.** Prognosis in relation to treatment of tuberculosis of the genito-urinary organs. The Bradshaw lecture. 64 S., 2 Abbildungen.

London, **J. Bale Sons,** 1907.

Verf. ist der Chirurg des University College Hospital in London, einer der führenden englischen Chirurgen. Ich füge dies bei, weil die in seinem Vortrage niedergelegten Ansichten zum Teil erheblich von denen, die zurzeit in Deutschland in Geltung sind, abweichen.

Der Vortrag wurde vor dem Royal College of Surgeons gehalten und ist veranlaßt durch Stiftung eines Dr. Bradshaw, zu dessen Gedächtnis G. mit kurzen biographischen Notizen über den Stifter beginnt, der ein Original gewesen zu sein scheint. Was das eigentliche Thema betrifft, so betrachtet er zunächst die Resistenz des Körpers gegen Tuberkulose im allgemeinen, geht kurz auf die historische Entwicklung der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose ein, reiht daran eine Zahl von Krankengeschichten, von geheilten Pat., die an Urogenitaltuberkulose gelitten hatten, und die durch möglichst konservative Methoden geheilt wurden.

Bei Nebennierentuberkulose operiert G. nicht. Die meisten Nierentuberkulosen entstehen, seiner Auffassung nach, von der Blase aufsteigend; nur sehr selten hämatogen. Die Indikation für die Nephrektomie zieht er äußerst eng. Er unterwirft ihr nur die Phthisis renalis und Pyelitis bei Verschluß des Harnleiters, da die Niere dann doch außer Kurs gesetzt ist; sonst inzidiert und drainiert er bei Pyelitis. Sind kleinere tuberkulöse Herde in der Niere, so reseziert er sie nach Möglichkeit. Er wendet die Nephrektomie so selten an, weil man nie wisse, ob nicht die andere Niere auch schon erkrankt sei. Von den ganzen Methoden, die wir unter dem Begriffe der funktionellen Nierendiagnostik zusammenfassen, ist in dem Vortrage nirgends die Rede.

Bei Besprechung der Harnleitertuberkulose erklärt G. sich für Resektion, es sei denn, daß sowieso nephrektomiert werden muß. Dann soll möglichst viel von dem Harnleiter weggenommen, keinesfalls aber eine partielle Blasenresektion angeschlossen werden. Für die Behandlung der Blasentuberkulose empfiehlt Verf. Injektionen von Argentum nitricum. Bei Hodentuberkulose exstirpiert er den Hoden nur, wenn er ganz zerstört oder stark schmerzhaft ist. Sonst reseziert er nur unter Entfernung des Nebenhodens. Bei Prostatatuberkulose



inzidiert er vom Damme, wenn es zur Abszedierung kommt. Bei der Tubentuberkulose zieht er die Laparotomie der vaginalen Methode vor. Zum Schluß geht er noch auf die in England jetzt so häufige Behandlung mit bakteriellen Vaccinen nach Bestimmung des opsonischen Index ein, die technisch zu umständlich und zuviel Fehlern unterworfen sei.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

10) **R. Knorr.** Die Cystoskopie und Urethroskopie beim Weibe. 145 Abbildungen, 3 Tafeln. 286 Seiten.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1908.

Verf. hat in seinen seit Jahren abgehaltenen und viel besuchten Unterrichtskursen das Bedürfnis gefühlt, nach einem Buche, das den modernen Stand der gynäkologischen Cystoskopie mit Einschluß der funktionellen Nierendiagnostik und der Urethroskopie in kurzer zusammenfassender Darstellung an der Hand von zahlreichen Abbildungen schildert und die technischen Schwierigkeiten dem Anfänger nach Möglichkeit erleichtert.

Der Hauptteil des Buches wird dementsprechend von technischen und diagnostischen Ausführungen in Anspruch genommen, der dritte, wesentlich kürzere Teil behandelt die klinische Seite des Gebietes. Die Ausführungen sind klar und präzis, die Abbildungen sehr zahlreich und instruktiv. Die Literaturangaben sind sehr spärlich und geben manchem Autor Grund zu gerechter Beschwerde. Das Buch erfüllt seinen Zweck in durchaus entsprechender Weise; es sei hier aber der Ort, darauf hinzuweisen, daß der Bedarf an Lehrbüchern der gleichen Art jetzt auf lange hinaus gedeckt ist, denn erst vor kurzem ist Stöckel's gleichnamiges Buch und Zangemeister's Atlas erschienen. Desgleichen haben alle Neuauflagen der gynäkologischen Lehrbücher die entsprechenden Kapitel durchgehend neu bearbeitet oder neu entstehen lassen. Zudem ist das speziell für die weibliche Cystoskopie Charakteristische überaus beschränkt, fast nur die Veränderungen der Blase bei gynäkologischen Erkrankungen betreffend; alle wichtigen Grundzüge sind bei beiden Geschlechtern die gleichen und in den großen allgemeinen Lehrbüchern von Nitze und Casper aufs ausführlichste behandelt.

Man muß also die Bedürfnisfrage für die Zukunft entschieden verneinen.

Willi Hirt (Breslau).

---

11) **Mayo.** Transperitoneal removal of tumors of the bladder.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

M. ist verschiedentlich nicht mit der extraperitonealen Blaseneröffnung zufrieden gewesen, wenn es sich um radikale Blasenresektionen, z. B. wegen Karzinom handelte. Er sah nicht allein baldige Rezidive, sondern es wurde auch das Cavum Retzii in den Prozeß hineingezogen. M. hat deswegen in der letzten Zeit in fünf Fällen von Blasengeschwülsten die transperitoneale Eröffnung der Blase vorgenommen und ist mit dem Operationsresultat sehr zufrieden gewe-

da alle Operierten genasen. Der Gang der Operation ist folgender: Trendelenburg'sche Lage, Eröffnung der Bauchhöhle oberhalb des Schambeins, Zurückhalten der Eingeweide durch Gazekompressen, Hineinziehen der Blase in die Wunde und Eröffnen derselben durch einen 2 Zoll langen Schnitt. Man kann jetzt ohne Rücksicht auf das Bauchfell so viel von der Blase fortnehmen als notwendig ist. Die Blasenwunde wird dann durch durchgreifende Catgutnähte geschlossen, darüber kommt eine feste Naht des Bauchfells mit Silk oder Seide, dann Schluß der Bauchhöhle. Die ersten Tage wird die Blase regelmäßig durch den Katheter entleert. **Herhold** (Brandenburg).

---

12) **Pavone.** Dell' intervento chirurgico e dell' utilità del cateterismo degli ureteri nell' anuria calcolosa.

(I. Cong. d. Soc. ital. di Urologica 1908.)

Gelegentlich, nicht immer, konnte P. an Urämie Leidende infolge von Harnleiterverstopfung durch Operation noch retten. Am 3., 4. und 5. Tag der Anurie hat er durch den Harnleiterkatheter verstopfende Steine gelockert und zurückgeschoben. Letztere wurden ausgestoßen, und die Anurie war beseitigt. Zuweilen konnte durch Injektion einer Adrenalin-Kokainlösung in den Harnleiter der Krampf mit gleichem Erfolge beseitigt werden. Nach Beseitigung des Hindernisses auf einer Seite sah P. cystoskopisch Urin aus beiden Harnleitern fließen, so daß die Reflexanurie als zweifellos vorkommend erachtet werden muß. Der Harnleiterkatheterismus hat für die Diagnose die doppelte Bedeutung, die Seite des Hindernisses und seine Beschaffenheit (Stein, Narbe, Falte) festzustellen. Wenn der Stein durch die Sonde nicht fortzubewegen ist, so soll man zur Nephrotomie schreiten, die der vitalen Indikation genügt und durch Hemmung des Harnleiterkrampfes gelegentlich noch die Ausstoßung des Steines herbeiführt. Erst bei Fehlschlagen dieser Hoffnung soll sekundär die Ureterotomie angeschlossen werden. Wird zu spät bei Anurie eingegriffen, so droht, vom tödlichen Ausgang abgesehen, auch noch die Gefahr der Funktionsstörung der Niere. **Dreyer** (Köln).

---

13) **Uteau.** Traitement de l'anurie.

(Revue de chir. XXVIII ann. Nr. 3 u. 4.)

Eine umfassende Abhandlung über den Gegenstand, aus der folgendes hervorgehoben sei:

U. unterscheidet Anurien aus rein mechanischer oder anatomischer Ursache, rein reflektorische Anurien und gemischte Formen, bei denen die anatomischen Veränderungen des Harnapparates allein die Anurie nicht erklären und die Mitwirkung eines Reflexvorganges angenommen werden muß. Bei der Anurie aus rein mechanischer oder anatomischer Ursache gibt es vier Möglichkeiten: 1) Anurie der anatomisch einzigen Niere. 2) Anurie der allein noch funktionierenden Niere. 3) Auf

beiden Seiten sind die ausführenden Wege verschlossen. 4) Das Parenchym beider Nieren ist völlig zerstört.

Die häufigste Ursache der mechanischen Anurie ist ein Stein oder eine Geschwulst im Becken. Doch muß z. B. bei sehr kleinem oder unebenem Stein noch eine reflektorische Zusammenziehung der Harnleitermuskulatur oder eine reflektorische Hemmung der Nierenabsonderung hinzutreten, um Anurie zu bewirken (gemischte Form).

Die Behandlung ist für beide Fälle gleich und kann nur chirurgisch sein, da selbst erfolgreiche Heilmittel nicht die Krankheitsursache beseitigen können. Die retroperitoneale Ureterostomie ist schwierig, langdauernd, oft erfolglos und somit als dringliche Operation an wenig widerstandsfähigen Kranken unbrauchbar. Dasselbe gilt von der transperitonealen Ureterotomie. Zunächst ist der Harnleiterkatheterismus auszuführen. U. vergleicht ihn mit dem großen Einlauf beim Ileus; er klärt auch die Diagnose und ist, wenn er nicht hilft, wenigstens unschädlich. Die Nephrostomie ist ohne Zögern anzuschließen. Sie entspricht dem Kunstafter ohne Darmverschluß und ist die Methode der Wahl. Selbst in eiligen Fällen vermeidet U. dabei den Thermokauter; er zerstört kostbares Nierengewebe, und die Blutung, gegen welche er prophylaktisch empfohlen wird, schadet gar nichts. Bei Beckengeschwülsten soll zunächst auch nur die Anurie durch die Nierenfistel bekämpft werden, ehe die Radikaloperation in Frage kommt.

Bei der rein reflektorischen Anurie kann der Reflex von jedem Abschnitt des Harnapparates ausgehen, aber auch außerhalb desselben seinen Ursprung haben (Anurie bei Wanderniere, nach Traumen, Höllensteineinträufelungen, Bruchoperationen).

58 im Auszug mitgeteilte Fälle der Literatur veranschaulichen die verschiedenen Arten von Anurie. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

14) **A. Mori** (Piombino). Metodi e processi operatori per la cura del varicocele.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 10.)

M. stellt in einer sehr ausführlichen und überaus fleißigen Arbeit aus zahlreichen, zum Teil kaum gekannten Spezialpublikationen, zumeist in italienischer, französischer und englischer Sprache, die Methoden der Varikokelenbehandlung, durch viele gute Skizzen erläutert und kritisch verglichen, zusammen und schließt daran eine eigene neue Operationsmethode. Es erfolgt eine Suspension des Hodens nahe am Leistenring in sehr interessanter Weise behufs Erleichterung und Regelung des venösen Rückflusses im Plexus pampiniformis. Die Methode gehört zur Gruppe der am Kremaster auszuführenden Eingriffe und schließt sich den von den Landsleuten des Autors Carta und Barile und von Vince vorgeschlagenen an.

M. eröffnet in Kokainanästhesie die Haut über dem Leistenkanal, legt stumpf den Samenstrang bloß und hebt ihn hervor, bis der Hoden

im Operationsfeld erscheint. Nun wird ringsum der Kremaster und die Tunica fibrosa in der Hälfte ihrer Länge durchschnitten, der obere Stumpf fixiert, der untere manschettenförmig nach abwärts gestülpt. Jetzt können allenfalls besonders weite Venenstücke unterbunden oder reseziert werden. Hierauf wird der obere Kremasterstumpf an die Umstülpungsstelle des unteren schirmförmigen Stumpfes mit Catgut genäht, die Manschette des Kremaster wieder zurück hinaufgestülpt und kreisförmig an die obere Hälfte genäht. Es ist also eine Invagination der oberen Hälfte des Kremaster und der Tunica in die untere erfolgt, der Kremaster verkürzt, der Hoden im Hodensack gehoben. M. meint, daß sein Vorschlag alle Koeffizienten der Varikokele — die Gefäßveränderung, die Hodensenkung, die Erschlaffung und Dehnung von Kremaster und Tunica vaginalis communis — trifft; außerdem vermeidet er die Nachteile mancher anderen Methode, welche eine Torsion oder Knickung der Venen unvermeidlich machen. Die doppelte Muskelhülle verstärkt vielmehr den Rückfluß im Venengebiet. Auch die schließliche Inguinalektopie des Hodens infolge gewisser anderer Methoden ist unmöglich. M. ist mit den bisher erzielten Resultaten vollkommen zufrieden.

J. Sternberg (Wien).

---

15) **C. Barile** (Florenz). Un nuovo processo per la cura radicale del varicocele.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 7.)

B. gründet seine neue Methode der Varikokelenoperation auf den Gedanken, daß nur die Sicherung der regelmäßigen Venenentleerung des Plexus pampiniformis ein Rezidiv verhütet. Diese Funktion hat der Kremaster. Ist er erschlafft oder ausgedehnt, so soll er auf möglichst natürliche Weise unterstützt werden, d. h. mit Hilfe derselben Muskeln, denen er entstammt, also aus dem Obliquus internus und transversus. B. spaltet deshalb nach Eröffnung der Aponeurose des Obliquus externus nahe am Leistenring vier quer oder mäßig schräg verlaufende Muskelbündel stumpf aus den genannten Muskeln ab, näht die oberen zwei auf die vordere, die unteren zwei, nachdem sie in der Mitte durchschnitten wurden, mit ihren vier freien Enden an die hintere Wand der Tunica vaginalis communis, nahe am oberen Pol des Hodens, an. Bei sehr großen Varikokelen erfolgt gleichzeitig die Resektion der erweiterten Venen. **J. Sternberg** (Wien).

I.

Operationsschleier mit Metallstützgestell.

Von

Dr. P. Hackenbruch,

dirigierender Arzt am St. Josef-Hospital zu Wiesbaden.

Es kann jetzt keinem Zweifel mehr unterliegen, daß unsere Operationsresultate durch die Verwendung von Schleiern, welche, der Forderung von Mikulicz Rechnung tragend, die gesetzte Wunde gegen die Tröpfcheninfektion aus Mund und Nase des Chirurgen und seiner Gehilfen schützen, in außerordentlicher Weise günstig beeinflußt werden.

Wenn trotzdem die Verwendung von Operationsschleiern noch keine allgemeine geworden ist, so liegt der Grund dazu wohl darin, daß die bis jetzt empfohlenen Schleiervorrichtungen für den Operateur und seine Gehilfen immerhin

Fig. 1.



Metallstützgestell des Operationsschleiers. Vorderansicht.

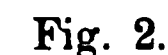


Fig. 2.



Metallgestell des Operationsschleiers. Seitenansicht.

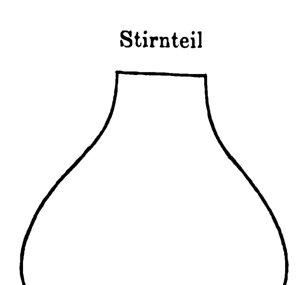
eine mehr oder weniger große Unbequemlichkeit in sich tragen. Auch der durch seine Einfachheit sich auszeichnende, von Witzel empfohlene Operationsschleier, welcher ähnlich dem orientalischen Frauenschleier nur die Augenpartie des Gesichtes frei läßt, hat für seinen Träger hauptsächlich den Nachteil, daß bei länger dauernden Operationen und insbesondere im Sommer das Gesicht und der Kopf bald recht unangenehm warm werden, weil die Exspirationsluft schlechten Abzug hat.

Um diesem Übelstande möglichst abzuhelfen, konstruierte ich mir ein Metallstützgestell für einen Operationsschleier, wodurch eine bessere Luftzirkulation

gewonnen wurde, während der Schutz für die Operationswunde der gleiche bleibt. Nach vielfachen Versuchen und Änderungen erwies sich als praktisch im Gebrauch der jetzt kurz zu beschreibende Operationsschleier.

Das Stützgestell des Mullschleiers besteht aus einem den Kopf zirkulär umfassenden, für verschiedene Kopfweiten veränderlichen und durch Schraubenkopf feststellbaren Metallring (Fig. 1 und 2), an welchem beiderseits in der Schläfengegend ein das Gesicht und Kinn umrahmender Metallbogen durch drehbares Scharniergelenk so angebracht ist, daß dieser Metallbogen wie das Visier eines Ritterhelmes in die Höhe geschlagen werden kann; der Gesichtsmetallbügel ist ebenfalls durch eine einfache Schiebervorrichtung verlängerbar. An der Vorderseite des Stirnteiles des Kopfreifens befinden sich drei flache, kleine, nach oben gerichtete Häkchen, in welche ein einschichtiger, engmaschiger, umsäumter Mullschleier von gut $^1/_2$ m Länge und beigefügtem Schnittmuster (Fig. 3) mit seiner

Fig. 3.



Schnittmuster des Kopfteiles des Operationsschleiers.

Fig. 4.



Der Kopfschleier ist aufgelegt, der Gesichtsschleier hängt am Gesichtsbügel herunter.

schmalen oberen Seite eingehängt und zwei- bis dreimal um den Stirnteil umgeschlagen wird; dadurch entsteht an dem Stirnband ein Gazewulst, der beim aufgesetzten Schleier die Stirn berührt und den sich entwickelnden Stirnschweiß aufsaugt. Der über den Kopf zurückgeworfene einschichtige Schleier bedeckt Kopf und Nacken reichlich (Fig. 4).

Der Gesichtsteil des Operationsschleiers, welcher aus einer zweifachen Schicht engmaschigen, umsäumten Mulls besteht, hat ein ähnliches, aber entsprechend kleineres Schnittmuster. Dieser zum Verdecken von Mund und Nase dienende Mullschleier wird in zwei, am unteren Bogen des Gesichtsbügels befindliche kleine flache Häkchen eingehängt und ebenfalls mehrmals um den unteren Bogenteil herumgeschlagen, so daß er serviettenförmig herunterhängt (Fig. 4). Etwa 6 cm unterhalb des Stirnreifens befindet sich an dem Gesichtsbügel zu beiden Seiten je ein flaches, nach oben gerichtetes Häkchen, in welches die in die Höhe geschlagene Breitseite des Gesichtsschleiers so eingehängt wird, daß der freie Rand des Schleiers, über den Nasenrücken hinwegziehend, Nase und Mund bedeckt. Die

Art der Befestigung zeigt am besten Fig. 5, worauf die linke Seite des Schleiers eingehakt und die rechte Seite zum Einhaken emporgehoben dargestellt ist, während Fig. 6 den fertig zum Gebrauch angelegten Schleier illustriert.

Auf Grund sehr zahlreicher Verwendung stört der fertig aufgesetzte Schleier in keiner Weise beim Operieren und hat gegenüber dem bis jetzt von uns gebrauchten Witzel'schen Schleier den großen Vorteil, daß er nicht so warm macht, weil die Exspirationsluft zu beiden Seiten des Metallgesichtsbügels unbehindert entweichen kann, während durch die zweifache vorgespannte Gazelage alle eventuell dem Munde des Sprechenden entfallenden Tröpfchen aufgefangen werden. Es läßt sich natürlich dieser Schleier auch in drei- oder mehrfacher Schicht benutzen, was in dem Falle zuweilen nötig ist, wenn Operateur oder Gehilfe operieren bzw. assistieren müssen in einer Zeit, in welcher sie selbst an

Fig. 5.



Der Kopfschleier ist aufgelegt, der Gesichtsschleier ist links eingehakt und wird rechts zum Einhaken emporgehoben.

Fig. 6.



Operationsschleier fertig zum Gebrauch.

Schnupfen, Husten oder Angina leiden. Ein weiterer Vorteil unseres Operationsschleiers besteht darin, daß er die Ohröffnungen frei läßt.

Wie schon kurz gesagt, ist der Kopfteil des Metallstützgestelles durch einen einfachen Mechanismus leicht verstellbar für verschiedene Kopfweiten; desgleichen kann auch der Gesichtsbügel je nach Bedürfnis verlängert oder verkürzt werden, so daß auch für Bärte verschiedener Länge die nötige Schutzhülle ermöglicht ist.

Der Operationsschleier ist zu haben bei P. A. Stoss Nachf., Wiesbaden, Taunusstraße 2, zum Preise von 6 ℳ.

Literatur.

Schuchardt, Kopfklammer. Zentralblatt für Chirurgie 1900. Nr. 15.

F. Wenzel, Die Verwendung von Gazeschleiern bei aseptischen Operationen. Zentralblatt für Chirurgie 1902. Nr. 19.

O. Witzel, Chirurgische Hygiene, Aseptik und Antiseptik. Deutsche Klinik 1903. Urban & Schwarzenberg.

II.

Aus dem Krankenhause der Barmherzigen Brüder in Dortmund.

Zur Technik des Gipsverbandes.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. K. Vogel,

Privatdozent für Chirurgie, dirig. Arzt.

Ich pflege mein sehr großes Frakturmaterial im allgemeinen nach den Grundsätzen Bardenheuer's zu behandeln. Nur für den Unterschenkel weiche ich insofern von seinen Vorschriften ab, als ich möglichst bald einen Gipsverband anlege und die Pat. aufstehen lasse, meist schon nach 8—14 Tagen. Ich bin zur Benutzung des Gipsverbandes zuerst gezwungen worden durch die hohen Anforderungen, die die schulgerechte Bardenheuer'sche Methode an das Hilfspersonal, besonders das ärztliche, stellt, Anforderungen, denen ich aus Mangel an Kräften nicht immer genügen konnte. Ich glaube aber auch, daß die Nachteile des Gipsverbandes, die Fixation der Gelenke und Atrophie der Muskeln, wenig hervortreten bei normalem Verlauf, wo er nicht lange zu liegen braucht, und daß sie in hohem Grade aufgewogen werden durch die Möglichkeit, den Pat. bald aufstehen zu lassen.

Sei dem wie ihm wolle, zweifellos wird wohl mancher Unfallchirurg noch vom Gipsverband Gebrauch machen. Daher möchte ich eine Modifikation desselben mitteilen, die, wie ich glaube, gerade für Unterschenkelfrakturen empfehlenswert ist. Dieselbe hat den Zweck, den Verband zu erleichtern.

Ich habe mich früher schon mit dieser Aufgabe beschäftigt, speziell als Assistent von Herrn Geheimrat Schede in Bonn, wo wir eine große Anzahl von Kindern mit angeborener Hüftgelenksverrenkung behandelten und diese sich mit den für ihre schwachen Kräfte allzu schweren Gipsverbänden herumschleppen sahen.

Seit 1 Jahre bin ich, nach Rücksprache mit verschiedenen Chemikern, der Frage praktisch nähergetreten und habe sehr ausgedehnte Versuche mit den verschiedensten Modifikationen des Gipsverbandes gemacht, die ich speziell bei Unterschenkelverbänden erprobte.

Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, die Resultate noch nicht ideal, aber meines Erachtens immerhin wert, mitgeteilt und eventuell nachgeprüft zu werden.

Die Erleichterung des Gipsverbandes darf nicht auf Kosten seiner Festigkeit, Dauerhaftigkeit und Billigkeit erreicht werden. Ebenso muß die bequeme Art der Herstellung und die schnelle Erhärtung gewahrt bleiben.

Ich ging nun von dem Gedanken aus, die Porosität zu erhöhen, die der gewöhnliche Gipsverband ja schon in ziemlich erheblichem Grade besitzt, und zwar dadurch, daß ich Chemikalien zusetzte, die im Moment, wo die Binde ins Wasser getaucht wird, Kohlensäure entwickelten. Es ist klar, daß bei gleichmäßiger Verteilung jener Agenzien im Gipspulver bzw. in der Binde die beim Naßwerden sich entwickelnde Kohlensäure die Gipsmasse schaumig auftreibt.

So einfach der Gedanke ist, zeigten sich bei der Ausführung doch Schwierigkeiten, die zum Teil auch jetzt noch nicht ganz beseitigt sind.

Erstens leidet durch die verstärkte Porosierung des Verbandes die Bindung seiner Teile untereinander: er wird bröckelig. Weiter wirkt natürlich die in der Binde sich entwickelnde Kohlensäure dem Eindringen des Wassers in jene entgegen, da sie nach außen drängt. Die Durchtränkung der Binde ist also erschwert.

Dem ersteren Nachteil habe ich dadurch zu begegnen gesucht, daß ich billige Klebemittel in Pulverform zusetzte, stieß dabei aber auf die Schwierigkeit, daß jetzt der Verband sehr langsam trocknete, so daß er bei irgend notwendiger Stellungskorrektur kaum zu gebrauchen war. Zwischen diesen beiden Fehlern: mangelhafte Kohäsion auf der einen und zu langsames Trocknen auf der anderen Seite, habe ich lange hin- und herlaviert. Auf meine vielen Versuche will ich hier nicht eingehen. Das zeitige Resultat derselben ist folgendes:

Um die Kohlensäure zu entwickeln, bringe ich sog. »konzentrierten Alaun« und Kreide im Verhältnis ihrer Atomgewichte zusammen. Auf den »konzentrierten Alaun« wurde ich von einem alten Chemiker, den ich an Fractura cruris behandelte, aufmerksam gemacht. Es ist chemisch Aluminiumsulfat $Al_2(SO_4)_3$; jene Bezeichnung ist in der Technik, wo das Präparat zum Gerben usw. gebraucht wird, üblich, chemisch ist sie inkorrekt. Das Salz kristallisiert mit 18 Molekülen Kristallwasser. Kreide ist kohlensaurer Kalk.

Die Gleichung lautet demnach:

$$Al_2(SO_4)_3 + 18H_2O + 3CaCO_3 = 3CaSO_4 + 2Al(OH)_3 + 15H_2O + 3CO_2.$$

Das Wesentliche an dieser Umsetzung ist also, daß die Schwefelsäure sich mit dem Kalk zu Gips ($CaSO_4$) verbindet und die Kohlensäure frei wird. Dieser Prozeß geht in dem Moment vor sich', wo das Gemisch ins Wasser kommt.

Die Gleichung liefert also nicht nur Kohlensäure, sondern auch Gips. Letzterer entsteht jedoch in zu geringer Menge, als daß mit jener Mischung allein ein fester Verband erzielt werden könnte. Derselbe unterscheidet sich nicht wesentlich von einem einfachen Kleisterbindenverband, vor allem trocknet er sehr langsam.

Ich habe daher jenes Pulvergemisch gewöhnlichem Gips zugesetzt, so daß dieser den *eigentlichen* Verband herstellt, jenes nur dem Zweck der Kohlensäureentwicklung dient.

Als Binde- bzw. Klebemittel habe ich Traganth, Gelatine, Leim, Amylum und Gummiarabikum verwandt.

Der Leim bewährte sich recht gut, kann aber nur *schwer genügend fein* pulverisiert werden. Am meisten zufrieden bin ich vorläufig mit Amylum und Gummiarabikum gewesen.

Demnach ist mein Rezept zurzeit folgendes:

Rp.	Gummi arab.	10,0
	Amyl.	20,0
	Cretae alb. subtill. pulv.	27,0
	Alum. sulf.	60,0

Die Pulver müssen gut gemischt und vor allem möglichst fein zerkleinert werden, da sonst der Verband nicht fest wird.

Jenes Gemisch wird nun dem gewöhnlichen Gips zugesetzt und mit ihm innig vermengt, und zwar empfehle ich ein Verhältnis von 1 (Gemisch) : 5 (Gips).

Die Herstellung der Binden sowohl wie das Anlegen des Verbandes geschieht genau wie bei gewöhnlichem Gips. Es ist ratsam, die Binden nicht allzu dick noch allzu breit zu nehmen, da das Eindringen des Wassers in die Tiefe schon durch die nach außen strömende Kohlensäure erschwert wird.

Das Gipswasser bedeckt sich bald mit Schaum; es geht natürlich viel Kohlensäure verloren, doch merkt man beim Verstreichen mit der Hand deutlich ein Knistern im Verband, zum Zeichen, daß noch genügend Gas vorhanden ist.

Beim Abwickeln der Binde stellen sich die tieferen Teile *oft* noch als trocken heraus, sie müssen dann — am besten durch Ausdrücken eines nassen Wattebausches — nachträglich benetzt werden.

Diese etwas umständlichere Applikation ist noch ein kleiner Nachteil des Verfahrens. Ich hoffe, denselben noch ausgleichen zu können.

Ich habe nun bei vielen Pat. den gewöhnlichen Gipsverband und diese Modifikation desselben abwechselnd angelegt, *ohne* daß sie von der Änderung Kenntnis hatten; alle haben auf Befragen prompt erklärt, daß dieser Verband wesentlich leichter sei. Der exakte Beweis, etwa durch die Wage, ist sehr schwer, da

zuviel Momente die Rechnung beeinflussen. Die Gewichte können jedenfalls nur unter Berücksichtigung der Volumverhältnisse verglichen werden; diese sind aber sehr schwer festzustellen.

Die Angabe sämtlicher Pat., daß die Methode den Verband erleichtere, dürfte wohl als Beweis genügen.

Dieselbe ist zweifellos noch verbesserungsbedürftig, aber meines Erachtens auch verbesserungsfähig. Das Prinzip, Kohlensäure, gewissermaßen in statu nascendi, wirken zu lassen und dieselbe durch jene chemische Umsetzung, die gleichzeitig Gips liefert, zu erhalten, ist jedenfalls richtig. Einzelheiten der Anwendung können modifiziert werden.

---

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

173. Sitzung am 13. Juli 1908.

Vorsitzender: Herr Hermes.

1) Herr Hermes: a. Magenvolvulus bei Sanduhrmagen.

Der Fall betraf eine 70jährige Frau, welche seit 30 Jahren an Magenbeschwerden litt; sie konnte sich nie recht satt essen, ohne Magenschmerzen zu bekommen, die wieder erst nach zeitweise täglichem Erbrechen sistierten. Vor 10 Jahren hatte sie einen Anfall von heftigen Magenschmerzen, die ohne ärztliche Behandlung bei 6wöchiger Bettruhe unter Massage schwanden. Im Januar 1907 erkrankte sie an heftigen Leibschmerzen mit Fieber und Ileuserscheinungen; sie wurde in kollabiertem Zustand ins Krankenhaus gebracht; sie zeigt unterhalb des Nabels, in der Mitte des Leibes, eine kugelige Auftreibung, die eine Einfurchung besitzt, so daß man den Eindruck nebeneinander liegender, hochgradig geblähter Darmschlingen hat; in den seitlichen Partien ist der Leib flach, leicht eindrückbar; durch Magenspülung wurde 1 Liter bräunlicher, leicht übelriechender Flüssigkeit entleert; die Konfiguration des Tumors war danach derart, daß man ihn für einen stark gesenkten, dilatierten Magen halten konnte. Die Laparotomie ergab einen cystenartigen, magenähnlichen Tumor, der nach unten bis ins Becken ragte; hinter ihm lagen kontrahierte Darmschlingen; an seinem oberen Rande, nach dem Zwerchfell zu, verlief das durch das Lig. gastrocolicum mit dem Tumor verbundene Querkolon. Nach Herabziehen des Querkolons und Hochdrängung des Tumors erkennt man, daß es sich um einen Sanduhrmagen handelt, dessen pylorischer Teil sich um seine Achse in isoperistaltischer Richtung gedreht hatte und durch einen 12 cm langen und 5 cm breiten Schlitz im Mesocolon transversum hindurchgetreten war. In der Umrandung dieses Schlitzes waren sehnenartig glänzende Faserzüge zu sehen; am Magen waren narbige Veränderungen oder Verwachsungen nicht zu konstatieren. Der kardiale Teil des Magens zeigte eine normal aussehende, etwas verdickte Wand, während der pylorische, erheblich größere, die Zeichen starker Stauung aufwies; die Stenose zwischen den beiden Magenteilen war für den einstülpenden Finger gerade passierbar.

Wegen des hochgradigen Kollapszustandes wurde schnell eine Witzelfistel am pylorischen Teil angelegt, diese in der Wunde fixiert, die Bauchwand mit durchgreifenden Nähten geschlossen. Die Pat. erholte sich unter Kampfer und Kochsalzinfusion schnell aus dem Kollapszustand; es erfolgten bald Stuhlgang und Winde. Die Ernährung fand zunächst durch Nährklistiere und die Magenfistel statt, aus der sich anfangs noch reichliche Mengen Mageninhalts entleerten. Nach 8 Tagen Entfernung des Katheters aus der Magenfistel, worauf sie sich schnell schloß. Dann wurde die Ernährung per os so gut vertragen, daß von den Nährklistieren Abstand genommen werden konnte. Allmählich trat der frühere Zustand wieder ein; die Pat. wurde mit regelmäßigen Magenspülungen behandelt und in leidlichem Kräftezustand in eine Siechenanstalt entlassen.

Der geschilderte Fall ist der erste von Volvulus eines Sanduhrmagens; er unterscheidet sich von den beiden bisher bekannten Fällen von Volvulus des ganzen Magens durch das Fehlen jeder Adhäsionsbildung, die bei diesen für den Volvulus

verantwortlich gemacht werden. Hier war der gedrehte Magen durch einen Schlitz im Mesocolon transversum hindurchgetreten.

b. H. schildert die Anlage des Operationsgebäudes des Rudolf Virchow-Krankenhauses und demonstriert es am Schluß der Sitzung im einzelnen.

2) Herr Gumbel: a. Über Wirbelbrüche.

G. berichtet über geheilte Fälle folgender Verletzungen:

α. Bruch des Dornfortsatzes des 4. Lendenwirbels, der durch Fall gegen eine Wagendeichsel entstanden war.

β. Bruch der Querfortsätze des 3. Lendenwirbels. Der Pat. war aus 6 m Höhe herabgesprungen, beim Auftreffen auf der Erde infolge der Wucht des Sturzes mit dem Oberkörper vornüber gefallen. Der isolierte Bruch der beiden Querfortsätze kann nur durch Muskelzug entstanden sein. Heftpflasterverband. Nach 5 Wochen war Pat. beschwerdefrei.

γ. Bogenbruch des Epistropheus, entstanden durch Fall auf das Gesäß aus Höhe von drei Stockwerken. Commotio cerebri; keine motorischen und sensiblen Lähmungen. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde gestellt auf Grund der lokalen Schmerzhaftigkeit, der Diastase zwischen Atlas und Epistropheusdorn Beschränkung der Rotation des Kopfes. Das Röntgenbild ergab Bruch des Bogens beiderseits zwischen den Gelenkfortsätzen. Behandlung mit Extension in Glisson-scher Schwinge. Jetzt (nach 10 Monaten) besteht nur noch eine geringe Beschränkung der Drehbewegung.

b. Retrocoecale Bauchfelltasche.

Der über 10 cm lange Wurmfortsatz liegt, mit der Spitze nach oben gerichtet, in einer retrocoecalen Bauchfelltasche, mit dem Peritoneum verwachsen. Ein Mesenteriolum fehlt; die Art. appendicularis ist etwa 15 cm lang, entspringt abnorm hoch aus der Art. ileocolica und tritt nach ihrem Verlauf im Mesenterium des Ileum in das retrokolische Bindegewebe ein, um sich dicht am Processus vermiformis in typischer Weise zu teilen. Dieses Verhalten spricht für embryonales Zustandekommen der Lageanomalie, die wohl als Hernia processus vermiformis in recussu retrocoecali aufzufassen ist. Auch die übrigen pericoecalen Bauchfelltaschen, namentlich der Recessus ileoappendicularis, sind sehr tief und weit.

3) Herr Levy-Dorn: Erfahrungen über Röntgentherapie und -Diagnose.

L. hat einem Pat., der an starker Hyperhidrosis der Hände und Füße litt, die eine Hand mit mäßigen Dosen bestrahlt. Unter nicht nennenswerter Reaktion der Haut trat nach ca. 14 Tagen Trockenheit auf, die bis jetzt, d. h. 6 Wochen, anhält. Ein Vergleich mit der nicht behandelten, permanent feuchten Hand zeigt deutlich den Erfolg der Bestrahlung, deren Erfolg bei Hyperhidrosis noch von vielen bezweifelt wird.

Der zweite vorgestellte Pat. leidet an myelogener Leukämie; er wird schon 1³/₄ Jahr durch intermittierende Röntgenbehandlung über Wasser gehalten, so daß er seinem schweren Beruf als Gärtner meist nachgehen konnte. Die Kurve der Zahl der weißen Blutkörperchen wies auffallenderweise die niedrigsten Werte auf, wenn es dem Pat. am schlechtesten ging. Man hat den Eindruck, als ob der Anstieg der Blutkörpermengen eine heilsame Reaktion darstellt, die im Übermaß allerdings wie das Fieber schaden wird. Man sollte daher die Röntgentherapie bei Leukämie nicht in der Absicht treiben, die Blutkörperchenmengen möglichst herabzudrücken, sondern das Allgemeinbefinden zu heben. Bei dem Pat. stand auch sonst das Allgemeinbefinden und die günstige Wirkung der Strahlen darauf wenig im Einklange mit anderen Symptomen, wie Milztumor, Kopfschmerz, blutigem Stuhl. Häufig angewandte kleine Röntgendosen brachten ihm während der schlechten Zeiten großen Nutzen. N. empfiehlt diese Form der Bestrahlung allgemein bei Leukämie.

L. demonstriert weiter Bilder von einem Pat. mit Ösophaguskarzinom und Divertikel in der Höhe der Thoraxapertur; ob ein Divertikel vorlag, war vor

Anwendung der Röntgenstrahlen zweifelhaft; außerdem gelang die Sondierung erst nach genauer Feststellung der Lage des Tumors durch das Röntgenbild.

Es folgten dann Bilder von einem Falle von Myositis ossificans im M. brachialis int.; dieselbe war aufgetreten im Anschluß an eine schwere Luxation des Ellbogens, die vor 8 Wochen eingerenkt und mit Kontraktur geheilt war. Die Sagittalaufnahme ließ Absprengungen des Condylus vermuten, das Seitenbild zeigt die typische Myositis: unregelmäßig schattierte und geformte Knochenmassen im Verlaufe des M. brachialis int., getrennt von der Diaphyse des Humerus, im Bereiche desselben breiter, nach der Ulna zu schmäler.

Zum Schluß zeigt L., wie man sich mit primitiven Mitteln ein Modell herstellen kann, das alles, was für das Verständnis der verschiedenen Lokalisationsmanöver mittels Röntgenstrahlen zu wissen nötig ist, erläutert. Veranlaßt wurde er dazu durch häufige Anfragen über Anwendung und Sinn einiger Einrichtungen bei dem neuesten Lokalisationsapparate, dem Radiostereometer nach Gillet, dem Röntgentiefenmesser nach Fürstenau. Er erörtert insbesondere den Zweck der sog. seitlichen Konstanten.

4) Herr Günther: Behandlung von Kniescheibenbrüchen.

Von elf in der I. chirurg. Abteilung des Virchow-Krankenhauses beobachteten Kniescheibenbrüchen, von denen acht operiert wurden, werden fünf vorgestellt. Bei der Operation wurde so vorgegangen, daß mit vom Condylus zum Condylus femoris geführtem Schnitt das Gelenk eröffnet und mit durch Gaze geschütztem Finger von Blutcoagulis befreit wurde. Dann wurden eine Seidenknochennaht und über ihr mehrere Catgutperiostnähte angelegt. Nach Schluß vorhandener seitlicher Risse mit Catgut wurde die Hautwunde vollkommen vernäht. Alle Fälle heilten per primam. Entlassen wurden alle Operierten in solchem Zustande, daß sie sicher und ohne Unterstützung durch Stock, Kniekappe oder irgendwelchen portativen Apparat gehen konnten. Freilich zeigten alle noch Beschränkungen der Beweglichkeit im Knie im Sinne der Beugung. Diese wurde dann noch weiterhin gebessert, ja nach längerer Zeit vollkommen gehoben, wie sich an den Demonstrierten zeigen ließ. Unter diesen befanden sich zwei mit dem sehr seltenen Vorkommen der Fraktur im 10. und im 70. Lebensjahre. Beide waren operiert, der Greis erst, nachdem durch unblutige Behandlung ein schlechtes Resultat erzielt war.

5) Herr Pincus: Essentielle Hämaturie.

P. stellt einen geheilten Fall von Massenblutungen aus beiden Nieren vor bei einer 37jährigen Pat. 1898 litt sie im Anschluß an einen Fall an einer rechtsseitigen Kniegelenksentzündung. 5 Monate lang Behandlung mit Gipsverbänden. Mehrfach Punktion von Blut und Eiter. 1904 erkrankte sie an Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber. 1906 ohne nachweisbare Ursache plötzliches Auftreten von Nierenblutungen ohne Schmerzen. Aufnahme in ein Krankenhaus; nach wenigen Tagen Operation. Nephrotomie der linken Niere. Heilung. Weihnachten 1907 fällt Pat. eine Kellertreppe hinunter und zieht sich dabei eine Kontusion beider Lendengegenden zu. Am 1. Januar 1908 plötzliches Wiederauftreten von blutigem Urin, ohne Schmerzen; am 4. Februar Aufnahme ins Krankenhaus. Die kräftige, gut genährte Pat. befand sich in keineswegs anämischem Zustande. Die linke Niere war palpatorisch nicht nachweisbar, die rechte etwa zur Hälfte ihres Volumens abtastbar, auf Druck etwas schmerzhaft. Beide Ureterendruckpunkte stark empfindlich; Urin fast schwarz; im Sediment Erythrocyten, wenig Leukocyten. Cystoskopische Untersuchung ergibt, daß aus beiden Ureteren Blut fließt. Im März 1908 ist nur der Morgenurin noch ganz dunkel, am Tage ist er oft von heller Fleischwasserfarbe; im Sediment granulierte Zylinder; Albumen $1/2$‰.

14. Mai 1908: Plötzliches Aufhören der Blutung.

Im Anschluß an diesen Fall bespricht P. jenes seltene Krankheitsbild, welches in der Regel mit Massenblutungen und Koliken verläuft, und bei welchem früher nie materielle Veränderungen nachgewiesen wurden. Daher stammte der Name: essentielle Hämaturie. Die Theorien der renalen Hämophilie und der Angio-



neurose hält P. nicht für bewiesen. Er schließt sich denjenigen an, die die Ursache dieser Blutungen in einem chronisch entzündlichen Prozeß suchen.

Die Diagnose läßt sich erst nach Ausschluß der Tuberkulose, der Steinkrankheit und des Neoplasmas stellen, in vielen Fällen überhaupt nicht mit Sicherheit.

Die Therapie kann eine exspektative sein bei gesicherter Diagnose und nicht zu starker Alteration des Allgemeinbefindens durch den Blutverlust; jedoch ist der rechte Zeitpunkt für eine probeweise Freilegung mit nachfolgender Spaltung des Nierenparenchyms nicht zu verfehlen. Der heilende Einfluß der Nephrotomie ist erwiesen. Bei lebensgefährlichen Blutungen kommt event. die Nephrektomie in Betracht. Bei Doppelseitigkeit der Erkrankung liegen noch keine chirurgischen Resultate vor. **R. Wolff** (Berlin).

---

17) **Försterling.** Ein neues Universalblendenstativ mit Schutzkasten.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 4.)

Beschreibung eines Stativs mit Blendenvorrichtung und Schutzkasten über die auf dem Groedel'schen Röhrenhalter fixierte Röhre. Seine Vorzüge beschreibt Verf. also:

1) Absoluter Schutz der Umgebung und der zu untersuchenden bzw. zu behandelnden Person gegen unbeabsichtigte Bestrahlung.

2) Große Stabilität der ganzen Vorrichtung; diese ist dabei weder an einen Tisch noch an eine bestimmte Stelle des Zimmers gebunden.

3) Leichteste Handhabung bei der Einstellung; es ist möglich, dem Kasten jede beliebige Höhen- bzw. Winkelstellung wiederzugeben, die er bei etwaigen früheren Aufnahmen gehabt hat; d. h. man kann Aufnahmen stets unter denselben Bedingungen wiederholen.

4) Man kann sowohl große Übersichts-, wie Blenden- bzw. Kompressionsaufnahmen damit machen, ohne den Pat. umlagern zu müssen oder die Röhre zu verwechseln.

5) Ist der Apparat geeignet zu therapeutischen Bestrahlungen jeder Art, sowohl größerer Flächen, wie kleinerer Stellen. Auch bei Erkrankungen in den Körperöffnungen (Mund, Mastdarm, Scheide) ist er anwendbar.

6) Vermöge des selbstzentrierenden Röhrenhalters braucht jede Röhre nur einmal zentriert zu werden; bei jeder späteren Benutzung ist sie stets dann sofort eingestellt.

7) Ist er trotz seiner Vielseitigkeit verhältnismäßig billig (ca. 300 Mk.).

Er dürfte mithin sämtlichen Anforderungen entsprechen, die man billigerweise an einen solchen Universalapparat stellen kann.

Hergestellt wird das Stativ von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen. **Gaugele** (Zwickau).

18) **Bircher.** Knochentumoren im Röntgenogramme.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 4.)

Der erste Teil enthält eine Schilderung der Röntgengeschichte der Knochengeschwülste und erwähnt vor allem die Verdienste von Rumpel. Daran anschließend berichtet Verf. über einige Fälle aus dem Kantonkrankenhause zu Aarau.

Fall 1. 11jähriger Knabe aus gesunder Familie. Seit der Geburt Verdickung des rechten Unterschenkels am Fußgelenk, speziell des äußeren Knöchels. Röntgenbild: Auftreibung der Tibia und Fibula mit Trübung der Knochensubstanz. Operation und mikroskopische Untersuchung: Enchondrosis ossificans.

Fall 2. 21jährige Fabrikarbeiterin aus gesunder Familie mit Vorwölbung der linken Wange durch faustgroße Oberkiefergeschwulst. Röntgenbild: die Geschwulst ist vor allem durch Verdeckung der normalerweise sichtbaren Knochen erkenntlich. Operation und Diagnose: Myxofibrosarkom. Heilung.

Fall 3. 8jähriger Knabe aus mit Tuberkulose belasteter Familie zeigt längere Zeit geschwollenes Knie mit starken Schmerzen beim Gehen. Winkelstellung des Knies. Röntgenbild: Bruch des Femur in der Epiphysenlinie des distalen Endes,

in eine rarefizierte Partie übergehend. Operation und Amputation; Sarkom. Tod an Metastasen in der Wirbelsäule und in der Lunge.

Fall 4. 20jähriger Landwirt aus gesunder Familie mit einer seit 12 Wochen bestehenden, rasch wuchernden Geschwulst in der linken Kniekehle. Pat. kann nicht mehr gehen, hat starke Schmerzen. Kein Trauma. Röntgenbild: deutliche Geschwulstbildung. Operation und Amputation: kleinzelliges Rundzellensarkom.

Fall 5. 64jähriger Mann. Vor 20 Jahren Geschwulst am linken Knie; seit 2 Jahren Wucherungen in der Kniegegend mit Durchbruch nach außen. Auf dem Röntgenbild unregelmäßige, den Knochen durchsetzende Massen. Operation und Amputation: Spindelzellensarkom mit Ossifikation.

Fall 6. 58jähriger Mann. Oktober 1906 Sturz auf die linke Hand. Im Dezember Geschwulstbildung des Vorderarmes mit starker allgemeiner Abmagerung. Spindelförmige, kleinhöckerige Geschwulst mit Trübung des unteren Speichenendes auf dem Röntgenbild. Amputation verweigert. Resektion von Radius und Ulna auf 12 cm. Exzision eines Knotens unter dem Kinn. Diagnose: Großzelliges Rundzellensarkom, vom periostalen Bindegewebe ausgehend. Später Exartikulation am Ellbogen. Rezidive. Tod.

Fall 7. 46jähriger Knecht mit Schwellung am linken Arm. Röntgenogramm: vollkommene charakteristische Trübung der Knochen und Weichteile im Ellbogengelenk mit Verrenkung der Vorderarmknochen. Resectio cubiti. Diagnose: Fibromyxo-osteosarcoma periostale. Heilung.

Fall 8. 38jähriger Mann mit Geschwulst auf der linken Schulter, Röntgenbild: Zerstörung am Oberarmkopf. Exartikulation des Armes: Kleinzelliges Rundzellensarkom. Tod an Metastasen.

Fall 9. 29jähriges Dienstmädchen mit Beckengeschwulst, wie das Röntgenbild zeigt, hervorgehend aus der Articulatio sacroiliaca; Laparotomie: Riesenzellensarkom. Tod.

Die Bedeutung der Röntgenographie der Knochengeschwülste faßt B. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Dieselbe setzt uns in den Stand, mit ziemlicher Sicherheit zu entscheiden, ob eine vom Knochen ausgehende Geschwulst oder eine andere Krankheit vorhanden sei. Sie erklärt uns die Diagnose.

2) Läßt sie uns den Umfang der Erkrankung am Knochen erkennen, wie weit das Wachstum im Knochen vorgeschritten ist, wie die Geschwulst sich ausgebreitet hat. Dadurch ebnet sie uns den Weg, den wir bei der Operation einzuschlagen gedenken, ob wir mit konservativer oder radikaler Operation vorgehen müssen. Sie gibt uns scharfe Operationsindikation.

3) In vielen Fällen läßt sie uns den Ausgangspunkt der Geschwulst erkennen und auch ihre Wachstumsrichtung. Sie klärt uns oft über Verhältnisse auf, die uns makroskopisch dunkel bleiben. Sie unterstützt daher auch die pathologisch-anatomische Untersuchung.

Gaugele (Zwickau).

19) J. Novak. Ein Fall von Hämatolymphangiom.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 4.)

Bei einem 5jährigen Kinde wurde eine Geschwulst an der unteren Extremität gefunden und operiert, die, subkutan entwickelt, vorwiegend aus gefäßreichem Bindegewebe bestand und in ihrer Ausbreitung dem Verlaufe der Vena saphena magna folgte. Sie griff auf Haut, Periost und Muskulatur über. Das hervorstechendste Merkmal war eine ausgedehnte Entwicklung von Blut- und Lymphgefäßen. Die Wandung der Arterien und Venen wies eine starke Verdickung auf. An den Venen bestanden ferner noch andere zartere Stellen mit aus Endothel und Fibroblasten aufgebauten Auswüchsen, die durch ihre Verästelung die Venenlichtung zum Teil in einen kavernösen Hohlraum verwandelten. Verf. möchte die Geschwulst als Hämatolymphangioma mixtum fibroendotheliale bezeichnen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



20) **W. Swetschnikow.** Über die Entstehung und das Wachstum multipler kavernöser Angiome.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

50 Angiome von Erbsen- bis Hühnereigröße fanden sich außen am Körper eines 13jährigen Jungen. Die subkutanen Geschwülste ließen sich unter der Haut und gegen die Haut verschieben. Die größten lagen auf der Brust. An den besonders zahlreichen Geschwülsten der Volarflächen der Vorderarme war der enge Zusammenhang mit den Venen (Basilica, Cephalica) besonders deutlich nachzuweisen. Bei der Sektion sah man den Eintritt dicker Venen in die Knoten. Außer den subkutanen wurden noch gefunden ein Angiom im vorderen Mediastinum, zwei unter der Pleura costalis rechts, eins in der rechten Hälfte der Zunge, eins im rechten Sinus pyriformis des Kehlkopfes, zahlreiche in der Leber. Auffallend war eine starke Erweiterung der Venen fern von den Angiomen, so z. B. in der Milz, die kein einziges Kavernom enthielt.

S., der unter Leitung von A. J. Moïsejew gearbeitet hat, kommt zu der Ansicht, daß Anomalien in der Entwicklung des Venensystems zugrunde liegen, die zur Dilatation vieler Venen Anlaß geben, in deren Verlauf an einzelnen Stellen exzessive Erweiterung und durch Konfluenz Bildung kavernöser Gefäßgeschwülste stattfindet. **V. E. Mertens** (Kiel).

21) **McLeod.** The bacterial vaccines in relation to the ordinary pyogenic processes.

(Buffalo med. journ. 1908. Juli.)

Verf. hat bei zahlreichen chirurgischen Affektionen die Vaccinebehandlung nach Wright mit Erfolg verwendet. Eine Anzahl von Fällen (27) schwerer, hartnäckiger Furunkulose und Karbunkelbildung (5), verursacht durch Staphylokokkus albus und aureus, wurde durch ausschließliche Behandlung mit Mischvaccine dieser Kokkenarten größtenteils sehr rasch geheilt oder gebessert, nachdem die bisherige Behandlung erfolglos gewesen war. Durch die gleiche Vaccineart wurden mehrere Fälle von jahrelang ohne Erfolg behandelter Sykosis zur Heilung gebracht. Auch einige Aknefälle, bei denen sich aus den Pusteln Staphylokokkus albus isolieren ließ, kamen durch die entsprechende Vaccine prompt zur Heilung. Bei durch Staphylokokken veranlaßten Erkrankungen wurde stets die von dem betreffenden Pat. selbst gewonnene Vaccine angewendet; Phlegmonen, Osteomyelitis, Erysipelas usw. wurden günstig beeinflußt, ebenso in zwei Fällen operierte Thoraxempyeme nach Influenza; hier wurden die im Eiter gefundenen Pseudodiphtheriebazillen der Pat. zur Vaccina benutzt und rasches Versiegen der vorher profusen Eiterung erzielt. Nach Verf.s Erfahrungen ist eine Stammvaccine nur bei Staphylokokkenerkrankungen zu empfehlen, bei Streptokokkenschädigung wertlos, ausgenommen beim Erysipel. **Mohr** (Bielefeld).

22) **H. Hans.** Intussusceptio urethrae.

(Med. Klinik 1908. p. 902.)

Durch Fall auf den Damm wurde die Harnröhre kreisförmig abgerissen. Hinter der sich bildenden Striktur entstand eine ampullenförmige Erweiterung der Pars membranacea, die durch starken Urindruck schließlich sich nach vorn zu einstülpte. Wie sich bei der Urethrotomia externa zeigte, wurde die Intussuszeption durch Katheterismus im ganzen ins Blaseninnere vorgeschoben. (Abbildungen.) Der »Polyp« wurde an seinem »Ansatz« abgetragen, der Kranke nach 18 Tagen mit für dicksten Katheter durchgängiger Harnröhre entlassen.

Georg Schmidt (Berlin).

23) **Murtry.** Primary carcinoma of the female urethra.

(Annals of surgery 1908. Juni.)

Verf. konnte nur 27 Fälle von primärem Krebs der weiblichen Harnröhre aus der Literatur zusammenstellen. Er selbst operierte zwei Fälle durch völliges Aus-

schälen der Harnröhre bis zum Schließmuskel der Blase; die Art der Operation selbst ist nicht angegeben. Die eine Pat. heilte gut, die andere bekam sehr bald ein Rezidiv und starb. Die Frühdiagnose des primären Harnröhrenkarzinoms ist schwierig, da gutartige Karunkeln und Syphilis ähnliche Erscheinungen hervorrufen. **Herhold** (Brandenburg).

24) **J. Stopczanski.** Über plastische Induration des Penis. (Aus der Krakauer dermatologischen Klinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Mitteilung eines Falles, bei dem bei der Aussichtslosigkeit interner oder lokaler Therapie die zwar auch nicht sicheren Erfolg versprechende Exstirpation des Knotens vorgenommen wurde. Nach genauer histologischer Untersuchung kommt S. zu dem Schluß, daß die Ursache entzündliche Veränderungen rings um die Dorsalgefäße sein können, auch wenn an anderen Arterien sklerotische Veränderungen fehlen. Literatur. **Renner** (Breslau).

25) **H. Man.** Über Prostataanomalien.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1908. Nr. 26.)

In einem Vortrage wird eine Literaturübersicht über die bisher beobachteten Mißbildungen der Prostata, die versprengten Prostatakeime und Retentionscysten der Drüse gegeben.

Ein 18jähriger Mann mit totalem Defekt der Vorsteherdrüse und Samenbläschen und ein Pat. mit einer cystischen Geschwulst im Bindegewebe zwischen Blase und Mastdarm werden vorgestellt. M. ist der Ansicht, daß letztere Geschwulst aus Überresten des Wolff'schen Körpers hervorgegangen sei.

Besprechung der *Differentialdiagnose*. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

26) **G. Lasio** (Mailand). Contributo allo studio della prostatite acuta parenchimatosa.

(Clinica chirurgica 1908. Nr. 10.)

L. hatte an einem reichen Krankenmaterial Gelegenheit, Fälle von akuter parenchymatöser Prostatitis zu beobachten, die von dem von Thompson und Ségond fixierten klassischen Bild erheblich abwichen und ihm demnach auch andere therapeutische und speziell operative Indikationen ergaben. Es handelte sich im ganzen um 13 Fälle, Individuen zwischen 15 und 60 Jahren. Bezüglich der Ätiologie war zweimal fehlerhafter Katheterismus, einmal Influenza, zweimal Prostatahypertrophie, dreimal akute Gonorrhöe, einmal Cystitis bei habitueller Koprostase, einmal tuberkulöse Cystitis und vorgeschrittene Lungenphthise zu konstatieren; für drei Fälle fehlte die Erklärung — ein Vorkommnis, das in Publikationen v. Frisch's, Hinrichsen's u. a. Analogien findet. Mit Rücksicht auf die Resultate neuerer Untersucher, daß die Drüse permanent bei allen Leuten Mikroorganismen, und zwar zum Teil ernst pathogene, enthält, dürften sich solche Fälle, wie auch die der »idiopathischen« Prostatititen der Rad- und Motorradfahrer, nach Erkältungen u. ä. erklären lassen.

In den zwei Fällen mit Hypertrophie, 56 und 60 Jahre alt, hatte der Abszeß enorme Dimensionen angenommen und die Drüsensubstanz fast vollständig erweicht, bis auf eine harte, fibröse Rindenschicht. Erst die Operation deckte bei dem einen Pat. den Zustand auf, bei dem anderen der spontane Durchbruch in die Blase.

In dem Falle des Phthisikers waren die ätiologischen Verhältnisse nicht klar. L. möchte eher eine spezifische Cystitis annehmen. Ein Übergreifen von der Blase nimmt er auch in dem Falle mit habitueller Koprostase (15jähriger Knabe mit Malaria) an. Eine metastatische Prostatitis stellt der eine Fall mit Influenza vor. Zwei weitere nach ungeschicktem und unreinem Katheterismus boten besonders schwere Zerstörungen der Drüse.

L. hebt besonders hervor, daß viele seiner Fälle im Beginn ohne ernstere Erscheinungen blieben: Kein Fieber noch Schüttelfrost; allgemeines Wohlbefinden; keine Schmerzen, weder im Damme noch im After; Kot- und Harnentleerung frei. In den meisten Fällen bot aber die objektive Untersuchung eine Veränderung des Umfanges der Prostata oder andererseits krasses Mißverhältnis zwischen Größe der Prostata und Intensität der Blasenstörungen. Auch konnte gewöhnlich die Prostatamassage die Diagnose festigen. Die Entleerungsstörung ist in solchen Fällen gewiß durch den entzündlichen Zustand der Schleimhaut bedingt; sie wird also je nach der Bildung der Abszesse zeitlich wechseln.

In zwei Fällen, in welchen die Einschmelzung des Gewebes über die Grenzen der Drüse gegriffen hatte, in dem einen aufwärts ins Beckenzellgewebe, auf den Damm, wo also eine rasch fortschreitende und umfangreiche Phlegmone, bzw. eine Verjauchung des Dammes und des Penis bzw. Hodensackes drohte, glaubt L., durch den rechtzeitigen Eingriff — Bloßlegung und Eröffnung des Abszesses nach transversaler Perineotomie in Medullaranästhesie — schwerere Folgen, Stenosen usw. abgewendet zu haben.

Sämtliche Operierte verließen übrigens das Krankenhaus gesund, nicht nur von der lokalen Eiterung, sondern auch von den sekundären Ernährungsstörungen befreit. **J. Sternberg** (Wien).

27) **T. Walker.** The radical treatment of cancer of the prostate.

(Practitioner 1908. Februar.)

Übersichtliche, die Literatur in ausgiebiger Weise berücksichtigende Arbeit, in der die verschiedenen Operationsmethoden zur radikalen Beseitigung des Prostatakarzinoms auseinandergesetzt werden. Verf. hat selbst zweimal ein Prostatakarzinom durch die suprapubische Methode nach Freyer entfernt. Das häufigere Verfahren ist das perineale. Die von Young (Baltimore) angegebene Radikaloperation, bestehend in der totalen Entfernung der Prostata mitsamt des Pars membranacea urethra und dem Trigonum Lieutaudi bis zur Einmündungsstelle des Harnleiters, Entfernung der Samenblasen, Resektion der Vasa deferentia, Vernähung der Blase und Anastomose des vorderen Teiles der Blase mit der Harnröhre wird genau beschrieben und durch vier beigefügte Photogramme illustriert. Von den auf diese Weise von Young operierten Pat. waren zwei nach 12 bzw. 13 Monaten vollkommen gesund, ein Pat. starb 6 Wochen nach der Operation an septischer Pyelonephritis, der letzte 12 Monate nach der Operation infolge einer Litholapaxie.

Jenckel (Göttingen).

28) **Wilms.** Zur Technik der Beckenkompression bei Operation der Blasenektopie nach Trendelenburg.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 321.)

Das von Trendelenburg angegebene Beckenkompressorium war bekanntlich auf Anlegung gegen die Weichteilhautdecke der Darmbeine hin berechnet und führte leicht zu Dekubitus. Um diesem Übelstand abzuhelfen, hat W. ein Kompressorium konstruiert, das, aus einem federnden Metallbügel bestehend, in mit Nägeln armierte Platten ausläuft. Die Nägel greifen die Knochenflächen an und können mittels Schrauben deren Zusammendrängung bewirken. Abbildung des Apparates, der in der Klinik, ohne Nekrose zu bewirken, bereits mit Erfolg probiert ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **F. Necker** und **R. Paschkis.** Die diagnostische Verwertbarkeit der Konjunktivalreaktion in der Urologie. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Zunächst versuchten Verff. die Reaktion an 40 chirurgischen Fällen, von denen 17 klinisch tuberkulös oder stark verdächtig waren. 15mal fiel die Probe positiv, 2mal negativ aus; von letzteren erwies bei einem die Laparotomie die Richtigkeit

der klinischen Diagnose: Tuberculosa peritonei, im anderen wurden bei der Sektion keine tuberkulösen Veränderungen gefunden. Von 23 klinisch Unverdächtigen reagierten 3 positiv, und bei zweien fanden sich auch nachträglich Lungenverdichtungen.

Urologische Kranke kamen 42 zur Untersuchung. Von 15 klinisch verdächtigen reagierten 6, die 9 negativen waren auch im Tierversuch, welcher immer nebenbei angestellt wurde, bazillenfrei. Von 23 klinisch unverdächtigen reagierten 3.

Einige diagnostisch besonders schwierige Fälle werden kurz mitgeteilt. Verff. kommen zu dem Schlusse, daß die Reaktion zwar nicht als sicheres diagnostisches Mittel bei Urogenitaltuberkulose zu betrachten sei, doch die Diagnose wesentlich stützen könne, wo Bazillennachweis im Sediment, eventuell sogar im Tierversuche mißlingt.

Verff. benutzten zuerst Alttuberkulin, ziehen aber jetzt das sicher dosierte, weniger reizende Tuberkulintest des Institut Pasteur de Lille vor.

Renner (Breslau).

30) J. J. Grekow. Über Nieren- und Blasentuberkulose.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

G. tritt dem Rovsing'schen Vorschlag des doppelseitigen Explorativschnitttes zur Abtastung der Nieren entgegen. Er empfiehlt den Kocher'schen Schnitt auf der vermutlich kranken Seite. Von diesem Schnitt aus könne man die andere Niere gut abtasten, ohne das Bauchfell in Gefahr zu bringen. In den drei hier mitgeteilten Fällen von Nephrektomie hat ihn das Verfahren vollauf befriedigt.

V. E. Mertens (Kiel).

31) A. Miles. Plastic operation on the renal pelvis for intermittend hydronephrosis.

(Edinb. med. journ. 1908. Februar.)

Durch schrägen Abgang des Harnleiters vom Nierenbecken und dadurch zeitweise bedingten ventilartigen Verschluß entstand bei einer 25jährigen Pat. eine linksseitige Hydronephrose. Verf. fand bei der Freilegung der Niere den unteren Pol sackartig erweitert und die Wandung stark verdünnt. Nach Eröffnung des Nierenbeckens erwies sich die Öffnung des Harnleiters von bindegewebigen Massen umgeben, die zum Teil die Lichtung klappenartig verschlossen. Nach Spaltung der Harnleitermündung wurden die bindegewebigen Ränder mittels Schere exzidiert und über einem in den Harnleiter geführten und nach außen geleiteten Katheter das Nierenbecken mittels Seide vernäht. Der größte Teil des sehr verdünnten unteren Nierenpoles wurde dann ebenfalls exzidiert und die Öffnung durch Seidennähte in drei Etagen (Czerny-Lembert) geschlossen. 15 Monate bestand eine Nierenbeckenfistel. Die Beschwerden hörten mit dem Tage der Operation auf.

Jenckel (Göttingen).

32) Külz. Über einen Fall von Nephrotomie bei Anurie nach Schwarzwasserfieber.

(Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1908. Nr. 15.)

Der Fall betrifft einen Eisenbahningenieur, der bereits 2 Jahre früher ein sehr schweres Schwarzwasserfieber überstanden hatte. 48 Stunden nach Eintritt der Anurie Aufnahme ins Krankenhaus. Wegen der Hoffnungslosigkeit seines Zustandes willigt Pat. in die ihm vorgeschlagene Nephrotomie, die $3^1/_2$ Tage nach Beginn der Anurie in Chloroformnarkose vorgenommen wird. Schnitt durch das mittlere Drittel der intensiv dunkelrot, fast blaurot gefärbten, an das Kolorit der Milz erinnernden Niere, bis ins Becken. Das Parenchym des sehr hyperämischen, nicht unerheblich blutenden Organs ist von auffallend schwammig-brüchiger Konsistenz. Tamponade. 3 Stunden nach der Operation wurden 30 ccm Blut aus der Blase entleert. 8 Stunden später starke Durchfeuchtung des Verbandes mit ikterischem Urin. 24 Stunden nach der Operation trat der Tod ein unter den gleichen Erscheinungen wie sonst bei Anurie nach Schwarzwasserfieber.



Verf. hebt hervor, daß trotz des Mißlingens der bisher bekannt gewordenen, allerdings wenig zahlreichen Fälle angesichts der völligen Aussichtslosigkeit der nichtoperativen Behandlung weitere chirurgische Versuche durchaus berechtigt sind. Er empfiehlt, in späteren Fällen statt der bisher vergeblichen Versuche mit einseitiger Kapselspaltung und Nephrotomie die gleichzeitige beiderseitige chirurgische Inangriffnahme der Nieren anzuwenden. **Revenstorf** (Hamburg).

33) **F. Winter** (Suderode). Ein Fall von Torsion des Samenstranges.

(Inaug.-Diss., Leipzig, 1908.)

Pat. erkrankte, nachdem er vorher hier und da Schmerzen von 2—3 Stunden Dauer im Unterleib gehabt hatte, plötzlich an Erbrechen, ziehenden Schmerzen im Hoden und schmerzhafter Verdickung des Hodens. Bei der Operation, die in Detorsion und Orchidopexie bestand, fand man ein abnorm langes Mesorchium. Verf. rät, gestützt auf den glücklichen Ausgang in diesem Falle, bei jeder Torsion zum Versuch der Erhaltung des Hodens. **Stocker** (Bonn).

34) **R. Horand.** Hydrocèle vaginale d'origine tuberculeuse.

(Lyon méd. 1908. Nr. 18.)

Die Hydrokele des Hodens ist in einer gewissen Zahl von Fällen auch dann eine tuberkulöse, wenn lokale oder allgemeine Zeichen für Tuberkulose fehlen. H. berichtet über fünf Fälle dieser Art; bei dreien unter ihnen wurde die tuberkulöse Natur des Leidens durch Serumdiagnostik sichergestellt, bei zweien durch andere Umstände wenigstens sehr wahrscheinlich gemacht.

Boerner (Rastatt).

35) **N. W. Kopyloff.** Die Behandlung des Kryptorchismus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 4.)

Verf. hat in kurzer Zeit eine größere Reihe von Fällen von Kryptorchismus beobachtet und operiert. Das Verfahren war im ganzen das von Schüller, Riedel und Czerny, nur mit etwas veränderter Technik. Der Hoden wurde nämlich nach Lösung des Samenstranges durch eine Naht fixiert, die durch Hodensubstanz und Hodensack auf beiden Seiten der Raphe hindurch ging. Der Funiculus wurde dann auch noch durch Nähte am Leistenring und Eingang in den Hodensack fixiert, um das Hinaufziehen des Hodens zu verhindern. Bei einer Reihe von Fällen blieb der Hode im Fundus, bei einigen kam er später etwas nach oben zu liegen, machte aber keine Beschwerden mehr. Jedenfalls war das Resultat stets ein zufriedenstellendes. Vielfach waren mit dem Kryptorchismus Hernien, Hydrokelen oder eine Geschwulst verbunden **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

36) **Rawling.** The surgical treatment of the incompletely descended testis.

(Practitioner 1908. August.)

Bericht über 120 Fälle, die wegen unvollkommenen Descensus testiculi einer Operation unterworfen waren. 23 Pat. befanden sich zwischen dem 1. und 10. Lebensjahre, 64 zwischen dem 10. und 20., und 33 waren über 20 Jahre alt.

Mit dem üblichen Operationsverfahren, den Hoden aus seinen Verbindungen zu lösen, nach unten herunterzuziehen und mit dem Hodensack an der tiefsten Stelle zu vernähen, ist R. wenig zufrieden. Von 40 Pat. hatten nur 4 bei dieser Behandlung ein gutes Resultat; meistens zog sich der Hoden wieder nach oben zurück. Auch mit der zweiten Methode, den Hoden im Leistenkanal zu lassen und die Hernie allein zu beseitigen, ist Verf. nicht einverstanden, da leicht eine bösartige Umwandlung, eine Torsion und eine Infektion dieses Bauchhodens eintreten könne. Verf. empfiehlt vielmehr bei einseitiger Infektion die Entfernung des Hodens, die er bei 50 Pat. ausführte.

Bei doppelseitigem unvollkommenen Descensus rät Verf. davon ab, beiderseits den Hoden nach der Bauchhöhle hin zu schieben und die Bruchpforte zu schließen, da bekanntlich die Bauchhoden ihre Fähigkeit, Samen zu produzieren, verlören, während 40% der inguinal, pubisch und puboscrotal liegenden Hoden weiter

funktionierten. Bei doppelseitigem Kryptorchismus ist die Operation, wenn irgend möglich, vor der Pubertätszeit auszuführen; man kann bei genügend langem Samenstrang den Hoden an das Skrotum zu nähen versuchen oder soll, wenn dies nicht geht, den Hoden im Leistenkanal liegen lassen und nur die Hernie beseitigen.

Jenckel (Göttingen).

37) **Conforti.** Contributo all' istologia del testicolo in retenzione.
(Morgagni 1908. Nr. 7.)

Verf. hat bei acht untersuchten Leistenhoden fünfmal durch den ganzen Hoden verbreitete, meist in Knotenform vereinigte, seltener zerstreut liegende, jugendlichen Hodenkanälchen gleichende, mit follikulärem Epithel ausgestattete, mit sehr kleiner oder gar keiner Lichtung versehene Gänge gefunden. Dazwischen fanden sich auch weiter entwickelte Kanäle, die eine Zwischenstufe zwischen den obigen und den wohlausgebildeten, mit Sertoli'schen Stützzellen und Spermatogonien versehenen Gängen darstellen. Konzentrisch geschichtete, hyalin aussehende, runde Körperchen wurden extrakanalikulär zweimal gefunden und schienen keine Beziehung zum Epithel zu haben, sondern von den Basalmembranen auszugehen. Die interstitiellen Zellen schwankten in den untersuchten Fällen sowohl nach Zahl wie Lagerung außerordentlich. Ihre Vermehrung darf nicht als eine Art Kompensationshypertrophie aufgefaßt werden, sondern beruht wohl auf einer Entwicklungshemmung.

Dreyer (Köln).

38) **Thibierge.** Étude clinique sur le kraurosis vulvae.
(Ann. de dermatol. et de syph. 1908. p. 1.)

Verf. faßt seine Beobachtungen folgendermaßen zusammen: Die Kraurosis vulvae ist charakterisiert durch eine mehr oder weniger beträchtliche Zusammenziehung des Orificium vulvae, durch Atrophie und Glätte der Vulvarschleimhaut mit Verlust ihrer Elastizität. Ihr geht voraus ein Zustand von kürzerer oder längerer Dauer, wo allein die Atrophie und Glätte der Vulvarschleimhaut bestehen. Die Kraurosis ist die Folge der Involution der Gewebe, die dem Orificium vulvae benachbart sind, und ist verknüpft mit der Unterdrückung der Funktion der Ovarien.

Unter 94 Frauen jeden Alters fand Verf. sie zwölfmal. Zum Schlusse bringt er kurz 16 eigene Beobachtungen.

Klingmüller (Kiel).

39) **Butler** and **Long.** The vaccine treatment of gonorrhoeal vulvovaginitis in children.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 10.)

Die Verff. haben zwölf kleine Mädchen von $1^1/_2$ Jahren bis zu 12 Jahren mit gonorrhoischer Vulvovaginitis nach dem Wright'schen Verfahren behandelt. Der Erfolg war, daß in vier Fällen innerhalb 10 Tagen bis zu 3 Wochen jegliche Absonderung verschwand und keine Gonokokken mehr nachweisbar waren. In fünf weiteren Fällen gelang es nach längerer Zeit, den Fluor und die Gonokokken zu beseitigen; nur drei Fälle blieben ungeheilt.

Diesen zwölf Fällen stellen die Verff. zwölf andere gegenüber, welche in bisher üblicher Weise mit antigonorrhoischen Mitteln äußerlich behandelt worden waren; von diesen ist nur bei dreien die Absonderung verschwunden, aber nur einer dieser Pat. hat keine Gonokokken mehr.

Es scheint also die Wright'sche Methode einen wesentlichen Fortschritt auch in der Behandlung derartiger Krankheitsfälle zu bedeuten.

W. v. Brunn (Rostock).

40) **Berkofsky.** Zur Unterbindung der Venae spermaticae bei puerperaler Pyämie.
(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.)

In drei Fällen wurde mit alleiniger Unterbindung der Vena spermatica ein günstiger Erfolg erzielt. Die transperitonale Unterbindung der Spermatikalvenen kann als ein ungefährlicher Eingriff bezeichnet werden.

Borchard (Posen).

41) **Puech** et **Massabuau.** Les tumeurs mixtes du col de l'utérus.
(Province méd. 1908. Nr. 19.)

Die Mischgeschwülste des Uterushalses sind selten. Verff. haben in der Literatur 15 Fälle gefunden, denen sie einen neuen hinzufügen. Es handelte sich um ein Chondromyxoadenofibrom der Cervix, das gestielt in die Scheide hineinragte. Die Geschwulst wurde exstirpiert, da die Einwilligung zur Uterusexstirpation verweigert wurde. Verff. raten wegen der Möglichkeit der bösartigen Umwandlung solcher Mischgeschwülste zu radikalem Vorgehen. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

42) **B. A. Lucio** (Pisa). Sopra alcuni casi di tumori solidi dell' ovaio.
(Clinica chirurgica 1907. Nr. 9.)

Mit Rücksicht auf die relative Seltenheit der soliden Eierstocksgeschwülste (1,5%) gewinnt die Mitteilung L.'s über sechs solche Fälle, ein Peritheliom, ein Sarkom und vier Fibrome, an Bedeutung. Die sorgfältigen histologischen Untersuchungen und Folgerungen speziell für die Fibrome seien dem Spezialforscher besonders empfohlen. **J. Sternberg** (Wien).

43) **Briggs.** Fulminating pelvic-abdominal edema simulating ruptured tubal pregnancy.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 7.)

Zwei eigene Beobachtungen dieses bisher nur wenig bekannten Leidens, von dem bisher nur zwei Fälle (Jocet und Legueu) publiziert worden sind.

Die Pat., beides Damen in mittleren Jahren, erkrankten plötzlich mit allen Symptomen des Tubenrisses. Das Becken erwies sich bei der Untersuchung mit fluktuierenden Massen ausgefüllt.

Bei der Operation ergab sich beide Male das gleiche Bild: massenhafte seröse Exsudation unter die Serosa der Beckeneingeweide, im zweiten Fall auch unter die Serosa der Bauchdecken mit Erguß in die freie Becken-Bauchhöhle.

Die erste Pat. genas danach, die zweite starb. Auch die Autopsie vermochte durchaus keine Ursache für diese merkwürdige Erkrankung aufzudecken.

Wahrscheinlich ist sie angioneurotischen Ursprunges.

W. v. Brunn (Rostock).

44) **P. Makrowski.** Über Leberabszesse.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

1) Ein 40jähriger Ingenieur erkrankte am 31. Dezember an Appendicitis mit heftigen Schmerzen und Frösten. Am 21. Januar stand er auf eigene Hand auf und bekam einen sehr schweren Schüttelfrost. Da Fieber und Fröste anhielten, kam er am 24. Januar in die Klinik von Prof. Spisharny.

Er klagte über Schmerzen im Epigastrium und rechts am Rippenbogen. Bei Lagewechsel und linker Seitenlage Schüttelfrost. Kein Ikterus. Der Leib war leicht aufgetrieben, spannte sich bei jeder Berührung besonders rechts. Die Hauptschmerzen wurden in der Gallenblasengegend geklagt; die Leber war nicht, die Milz deutlich vergrößert.

Während 5tägiger Beobachtung und symptomatischer Behandlung besserten sich die Schmerzen und ließ die Leibesspannung nach, während das Fieber anhielt.

30. Januar Operation (J. P. Alexinski). Durch einen Längsschnitt am äußeren Rectusrand wurde zunächst eine Vergrößerung der derben, scharfrandigen Leber festgestellt. Durch einen zweiten Schnitt wurde der in Verwachsungen eingebettete Wurm freigelegt und reseziert. Beide Wunden heilten glatt, während Fieber und Fröste anhielten. Am 6. Februar begann Pat. über Schmerzen in der Lebergegend bei tiefem Atmen und Druck zu klagen.

9. Februar Operation. Resektion der 9. Rippe am r. Angulus scapulae. Probepunktion negativ, auch vier weitere in den nächsten Tagen.

20. Februar Operation. Öffnung der Pleura an der Stelle der alten Rippenresektion, wobei Pneumothorax entstand, der mit Potain abgesogen wurde, nachdem das Zwerchfell an die Pleurawunde fixiert war. Tamponade.

23. Februar Operation. Schnitt durch das Zwerchfell, von dem aus die Leber (und Niere) ohne Befund abgetastet wurde. Tamponade nach beiden Seiten. Vielfache Punktionen blieben resultatlos. Endlich wurde am 6. April eine erweichte Stelle in der Leber stumpf geöffnet, wobei zwei Eßlöffel dicken Eiters sich entleerten. Von jetzt ab besserte sich das Allgemeinbefinden und sank die Temperatur.

Pat. wurde am 14. April entlassen, das Krankenlager zog sich aber bis in den Juni hin.

2) Seit 2 Jahren litt der jetzt 21jährige Student an häufigen Durchfällen mit Schmerzen und aufgetriebenem Leib. Im September 1906 gesellte sich zu Durchfällen das Gefühl der Schwere im Epigastrium. Ende Oktober fing das Allgemeinbefinden an schlecht zu werden, hin und wieder hatte Pat. Schüttelfrost. Zu beständigen dumpfen Schmerzen im Epigastrium gesellten sich allmählich Fieber und Fröste. Der Leberrand war in ganzer Ausdehnung schmerzhaft und zeitweise palpabel (?). Pat. war nie ikterisch. Der Schnittpunkt des Rippenbogens und äußeren Rectusrandes war intensiv schmerzhaft. Die Lungen waren normal und verschieblich.

29. Dezember Operation (J. K. Spisharny). Schnitt am äußeren Rectusrand. Ein Bauchdeckenabszeß hing durch eine Fistel mit einem intraperitonealen Abszeß zusammen und dieser wieder mit einem dritten in der Tiefe mehr zur Mittellinie hin. Drainage. Zunächst Besserung. Vom 27. Dezember ab wurden von der ersten Wunde aus noch mehrere kleine Abszesse eröffnet. Eine linksseitige Pneumonie mit rechtsseitigem Empyem führte am 4. Januar zum Tode.

Die Autopsie lehrte, daß die Operationswunden in der Leber lagen. Außerdem fanden sich noch »viele« unberührte Abszesse hauptsächlich im linken, aber auch im rechten Leberlappen. Die Gallenwege wurden frei gefunden. Woher die Abszesse stammten, blieb unaufgeklärt. **V. E. Mertens** (Kiel).

45) **Outerbridge.** Calcified pancreatic cyst.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. Juli.)

Die Pat., die seit 12 Jahren an Diabetes und in den letzten Jahren an Leberkoliken litt, bemerkte seit 4 Jahren eine zunehmende Schwellung in der Magengegend. Bei der Operation wurde retroperitoneal, hinter Magen und Querkolon, eine steinharte, kokosnußgroße, nur wenig bewegliche Geschwulst gefunden, welche die Stelle des Pankreas einnahm. Die Inzision der Geschwulst ergab, daß es sich um eine Cyste mit verkalkten, fest mit der Umgebung verwachsenen Wänden und mit dermoidcystenähnlichem Inhalte handelte. Drainage der Cyste, Entfernung eines taubeneigroßen Steines aus der Gallenblase. Cholecystostomie. Tod nach 16 Tagen an Azetonurie. **Mohr** (Bielefeld).

46) **Stockton and Williams.** Acute pancreatitis.

(Buffalo med. journ. 1908. Juli.)

Verff. berichten über vier sämtlich tödlich geendete Fälle von akuter hämorrhagischer Pankreatitis mit Autopsiebefund und exakter histologischer und bakteriologischer Untersuchung. Von den beiden operierten Fällen ist der eine dadurch bemerkenswert, daß die Pankreatitis sekundär durch Perforation eines Duodenalgeschwüres verursacht wurde; bei der Operation fand man nach Durchtrennung ausgedehnter Verwachsungen in der Gegend des verhärteten Pankreas einen Abszeß, dessen Ursprung erst bei der Autopsie klar wurde, nämlich Perforation eines dicht an der Ausmündungsstelle des Pankreas gelegenen Duodenalgeschwüres.

Mohr (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 43. Sonnabend, den 24. Oktober 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Klinik und Poliklinik in Basel, Direktor: Prof. Dr. Wilms.

Behandlung akut eitriger Entzündungen mit heißer Luft.

Von

Dr. Hans Jselin,
I. Assistenzarzt.

Seit Bier die Hyperämie als Heilmittel wissenschaftlich und praktisch zu Ehren gebracht hat, ist das Interesse für die Behandlung der entzündlichen Prozesse rege geworden. Bier brauchte zur Heilung entzündlicher Krankheiten ausschließlich die passive Hyperämie, die

Stauung. Die aktive Hyperämie hält er dafür ungeeignet und will sie nur bei chronischen Vorgängen zur Unterstützung der Resorption angewendet wissen (vgl. Die Hyperämie als Heilmittel, bei Vogel, 1907 p. 422, ferner p. 158, 163, 164 und 250). Klapp[1] benutzt die heiße Luft erst, »wenn die Eiterung versiegt und die Entzündung abgeklungen ist, zur Erhöhung der Mobilisierung«. Ullmann[2] und auch Bier ließen mit Erfolg heiße Luft auf oberflächliche Geschwüre einwirken. Zur Bekämpfung phlegmonöser Entzündungen ist das alte Volksheilmittel Wärme bisher als heiße Luft noch nicht systematisch verwendet worden. Die vortrefflichen Tierversuche Schäffer's[3] haben uns Mut gemacht, die Heilwirkung der Wärme bei eitrigen frischen Entzündungen zu erproben. Die heiße Luft wurde gewählt, weil die Haut dabei am wenigsten leidet, und weil dieses Mittel am besten den chirurgischen Anforderungen an reinliche Wundpflege gerecht wird. Schäffer behandelte künstlich erzeugte subkutane Entzündungen am Tier; er gab den heißen Umschlägen den Vorzug. Unsere Erfahrungen am Menschen rechtfertigen die Wahl der heißen Luft.

Der Heißlufttherapie, dem sog. »Heizen«, geht immer der chirurgische Eingriff voran: In Bromäthernarkose und bei Blutleere wird der Abszeß gespalten, der Ursprung der Eiterung klargelegt, Eiter und nekrotisches gelöstes Gewebe werden mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült und die Eiterhöhle wird mit Jodoformgaze, die 2 Tage liegen bleibt, ausgelegt. Bei den eitrigen Sehnenscheidenphlegmonen legen wir die Schnitte von Klapp[1] an. Das Heizen beginnt am Tage nach der Operation.

Seit einem halben Jahre werden in der chirurgischen Poliklinik alle phlegmonösen Erkrankungen der oberen Glieder mit heißer Luft behandelt. Selbst auswärtige Kranke unterziehen sich gern der etwas zeitraubenden Kur, weil, wie sie sagen, die heiße Luft die Schmerzen nimmt. Erstaunlich war für uns die Verkürzung der Heilungszeit; die Eiterung hörte nach einigen Tagen auf, die Wunden reinigten sich rascher und schlossen sich schneller als ohne dieses Mittel.

Die Anwendung ist folgende: als Wärmequellen dienen uns die billigen Bier'schen Holzheizkästen. 2—3 Stunden täglich 2mal wirkt die Wärme ein. Die Kastentemperatur beträgt in halber Höhe 90 bis 110° C. Innerhalb dieser Grenzen bleibt der Wärmegrad an der Haut ziemlich unabhänig von der Kastentemperatur; fast immer zeigte das Thermometer 44—47° C., gleichgültig, ob es in einer Digitalfalte, oder auf der bloßen Haut oder unter dünnem trockenen oder feuchten Mullverband lag. Die rasche Blutzirkulation und die Schweiß-

---

[1] Klapp, Die Behandlung der Sehnenscheidenphlegmone. Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 15.

[2] Ullmann, Wiener klin. Wochenschrift 1901.

[3] Jean Schäffer, Der Einfluß unserer therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung. (Aus der Breslauer Hautklinik.) Stuttgart, Enke, 1907.

verdunstung scheinen schädliche Temperaturerhöhungen zu verhüten. Den konstanten Wärmegrad von 46° C an der Haut hat auch Wilms[4] 1898 bei »seiner forcierten Wärmebehandlung von Gelenkerkrankungen mittels einfachen Wärmeapparates« gefunden. Schäffer hält 46° für die wirksamste Temperatur. Daß die Hyperämie erwärmend in die Tiefe wirkt, haben die Temperaturmessungen in der menschlichen Harnröhre bei Wärmeanwendung auf den Damm von Wilms und auch Quincke bewiesen; Steigerung bis zu 3° konnte festgestellt werden. — Die Wirkung der heißen Luft äußert sich in bekannter Weise auf der Haut. Die geheizten Stellen werden ödematös. Genähte Wunden schwitzen klares Serum durch die Nahtlücken aus. Die künstliche Schwellung verschwindet meist über Nacht, die Rötung noch schneller.

Unsere Erfahrungen sollen an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden, sie seien hier nur angedeutet: Entzündete Weichteilverletzungen wurden mit Erfolg geheizt; vernachlässigte durchgehende Fingerverletzungen, Fälle, in denen wir früher sofort amputiert hatten, konnten konservativ behandelt werden. Tiefe Hohlhandphlegmonen (drei Beobachtungen) heilten binnen 12—15 Tagen, tiefe Panaritien des ganzen Fingers mit teilweiser Nekrose der Sehnenscheide (5 Fälle) in 8—14 Tagen ohne Schädigung der Sehne. Bei drei eitrigen Sehnenscheidenphlegmonen mit Eiterung bis in die Hohlhand blieben die Sehnen mit ganzer Bewegungsfähigkeit erhalten. Diese Ergebnisse haben die fatale Prognose der eitrigen Sehnenscheidenphlegmonen gebessert und die Behandlung eitriger Entzündungen überhaupt zu einer erfreulicheren gemacht. Wir empfehlen dieses Verfahren genauer Prüfung.

---

1) **Niclot** et **Romary.** Les blessures par armes de chasse et l'infection. Contribution expérimentale.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 6.)

Die Jagdfeuerwaffen unterscheiden sich von denen des Heeres wesentlich durch Tragweite und Geschosse. Deshalb unterliegen auch die von ihnen gesetzten Verletzungen und die sie begleitenden Infektionen z. T. anderen Bedingungen. Wie die Verff. in einer Reihe von Kultur- und Schießversuchen unter wechselnden Anordnungen feststellten, können sich Bakterien an der Oberfläche des Bleies und der Schwarzpulverkörner nicht allzu lange lebend erhalten und nur schlecht vermehren. Beim Schrot spielt auch die Legierung, die Politur und die Oberflächenadhärenz für die Haftung der Mikrobenleiber eine wichtige Rolle. Die Vorladung ist je nach dem Material (Filz, Wolle, Fett, Wachs, Kautschuk, Papier- oder Stoffreste) in wechselndem Grade keimreich. Nach Schüssen auf sterilisierte Sandsäcke erwiesen sich die mit einer bestimmten Bakterienart beschickten Bleikörner fast immer keimfrei, die getroffenen Stellen des Sackes infiziert, ein Er-

[4] Wilms, Deutsche med. Wochenschrift 1898. Nr. 23.

gebnis, das die Verff. weniger dem »Abwischen« des Bleies an der Sackwand als dem Umstande zuschreiben, daß Blei und seine Legierungen an und für sich bakterientötend wirken. Die mittleren Körner eines auf eine Paraffintafel abgegebenen Schrotschusses sind weit keimärmer als die seitwärts gestreuten, welche oft Luftkeime mitreißen. Die lebendige Kraft und die Stichflamme der Pulvergase wirken eben mehr auf die zentralen Körner. Von infiziertem Schwarzpulver können nur einzelne unvollständig verbrannte Körner bei Nahschüssen noch Keime in die Wunde tragen, da die Verbrennungstemperatur mehr als 120° beträgt. Die Vorladung wird bei dieser Temperatur nur äußerlich sterilisiert (»geröstet«), so daß ihr meist keimreiches Material, wenn es ganz oder teilweise in der Wunde stecken bleibt, regelmäßig Infektionen bewirkt.

In Schußkanälen durch Gelatinezylinder werden im ganzen Verlaufe, besonders aber am Eingange, Keime abgesetzt.

Diese experimentellen Ergebnisse werden am lebenden Objekt durch mitgerissene Kleider- und Hautfetzen, die Zertrümmerung des Gewebes und die Art der Wundversorgung wesentlich abgeändert. Auch scheinen hier die Anaeroben (malignes Ödem) als Infektionserreger vorzuherrschen. Tetanusinfektionen sind die Verff. in *ihrem* Beobachtungsgebiete — Süd-Algier und Sahara — nicht begegnet.

Gutzeit (Neidenburg).

---

2) **G. Crile** (Cleveland). Surgical shock.

(Boston med. and surg. journ. 1908. Juni 25.)

C., dem wir schon verschiedene ausgezeichnete experimentelle und klinische Studien über das Wesen und die Bekämpfung des chirurgischen Choks verdanken, legt hier in einem in der Harvey-Gesellschaft in Neuyork gehaltenen Vortrage den Unterschied und die Beziehungen zwischen Hämorrhagie und Chok dar und knüpft daran allgemeine und spezielle Vorschläge seiner Verhütung und Behandlung.

Wenn sich die Hämorrhagie nicht sonst klinisch sicher bemerkbar macht, so gibt oft die Blutuntersuchung Aufschluß darüber, ob wir es mit einer Hämorrhagie oder mit einem Chok, den C. eine intravaskuläre Hämorrhagie nennt, zu tun haben. Bei einer echten oder extravaskulären Hämorrhagie findet man in klinischen Untersuchungen kurze Zeit nach Beginn Sinken des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen und sofort, meist vor Eintritt jener Veränderung, Steigen der Leukocytenzahl, während beim Chok diese Blutbestandteile keine oder keine nennenswerte Veränderung zeigen.

C. warnt bei der Besprechung der mannigfachen psychischen Momente vor übertriebener Vorbereitung der Pat., die er ebenso verwirft wie zu nachlässige. Er erinnert an die allgemein bekannte, aber selbst in den besten Kliniken nur zu oft vernachlässigte Forderung, vor Beginn der Operation möglichst alles von dem Pat. fernzuhalten, was ihn unnötig aufregt. Der taktvollen Einleitung und sorgfältigen Durchführung der Narkose widmet er beherzigenswerte Worte.

Was die Beziehungen der Hämorrhagie zum Chok anlangt, so hebt C. die wohlbekannte Tatsache hervor, daß Kinder wie alte Leute auf Blutverlust gern mit schwerem Chok reagieren, sowie daß Pat., die viel Blut verloren haben, in größerer Chokgefahr schweben, und knüpft die Forderung an, in diesen Fällen die Vorsichtsmaßregeln zu verschärfen.

Hinsichtlich der chirurgischen Technik widmete er den einzelnen Körperteilen besondere Betrachtungen, aus denen Folgendes hervorgehoben sei. Bei Gehirnoperationen narkotisiert er im Gegensatz zu Horsley, der Chloroform verwendet, nur mit Äther, wenn auch die venöse Blutung beim Chloroform etwas geringer sein mag. Schonendste Eröffnung des Schädels, wenn möglich nicht mit Hammer und Meißel, sowie möglichst zarte Berührung des Gehirns erscheinen ihm wichtige, oft nicht genügend gewürdigte Gesichtspunkte.

Im Anschluß an die Erwägung, daß gesteigerter Hirndruck auf den intrakraniellen Blutdruck hemmend wirkt, event. so stark, daß letzterer für die Ernährung der lebenswichtigen Zentra nicht mehr ausreicht, sucht C. in Fällen von Hirngeschwülsten usw. alles mit besonderer Vorsicht zu vermeiden, was diesen Druck weiter vermindern kann.

C. erwähnt vier Fälle von Hirndruck, in denen im Beginn der Narkose die Atmung aussetzte; in zwei von diesen Fällen gelang es ihm unter gleichzeitiger künstlicher Atmung die Trepanation rasch genug auszuführen, worauf die Atmung spontan wieder begann. (Ref. hat zwei ganz gleiche Fälle in der chirurgischen Klinik in Breslau erlebt.)

Bei Operationen am Mund, Gesicht und Hals sind Blutverlust, Narkosenzufälle und Reflexe, welche die Herztätigkeit hemmen, die hauptsächlichsten zum Chok führenden Umstände, die sich jedoch alle bei genügender Vorsicht vermeiden lassen. Bei Operationen am Kehlkopf, Rachen und Nasen-Rachenraum gibt Verf. vorher Atropin und setzt außerdem die Reflexe durch Kokainisieren der Schleimhäute herab.

Eine große Rolle spielt der Chok bei Operationen in der Brusthöhle, wo Überfüllung der großen Venenstämme, ja akute Herzerweiterung die Folge unzweckmäßigen Vorgehens sein können. C. nimmt an, daß ein Teil der üblen Zufälle, die man durch Verdrängung oder Verlagerung der großen Gefäße und des Herzens zu erklären suchte, so eine bessere Erklärung finden. (Nach Ansicht des Ref. kann sich vielleicht aus der exakteren Beobachtung, die das Operieren in der Sauerbruch'schen Kammer oder in Überdruckapparaten erlaubt, eine Entscheidung über diese Frage gewinnen lassen.)

Bei Operationen am Bauch, von denen namentlich die wegen eiternder Prozesse vorgenommenen eine große Chokgefahr involvieren, vermeide man nach Möglichkeit Narkosen selbst mit Äther und suche mit Stickoxyd auszukommen event. durch Morphium eine wesentliche Ersparnis des Narkotikums zu erzielen.

Bei Chokgefahr durch Amputationen legt C. vorher den Plexus frei und kokainisiert ihn. Im traumatischen Chok operiert er nur dann unmittelbar nach der Einlieferung des Pat., wenn die Operation mit lokaler oder spinaler Anästhesie vorgenommen werden kann; andernfalls wartet er erst die Reaktion ab.

Zum Schluß bespricht C. die Wirkung der direkten Bluttransfusion auf den Blutdruck; während er unmittelbar nach einer solchen Transfusion eine Erhöhung des Druckes um 15 bis 120 mm Hg feststellen konnte, erreichte er durch venöse Kochsalzinfusion niemals mehr als wenige Millimeter. Dabei warnt er aber vor sogenannter Übertransfusion, die im Tierversuch die schwersten Störungen, wie Lungenödem, hervorrief. Andererseits stellte er fest, daß Tiere nach einer Bluttransfusion Chok hervorrufende Maßnahmen weit besser vertrugen.

C. warnt vor Bluttransfusion in Fällen von schweren organischen Herzveränderungen, da das Herz dann der zugemuteten Mehrarbeit nicht Herr wird, empfiehlt sie aber in Fällen von Chok bei sonst gesundem Herzen aufs wärmste, ganz besonders wenn Blutverlust die Ursache des Choks ist.

H. Buchols (Boston).

---

3) **H. Strasser.** Lehrbuch der Muskel- und Gelenkmechanik. I. Band: Allgemeiner Teil. Mit 100 Textfiguren.

Berlin, **Julius Springer, 1908.**

Das vorliegende Buch hat zum Gegenstand die Mechanik des menschlichen Stütz- und Bewegungsapparates. Auf diesen paßt ganz besonders der Vergleich mit einer Maschine, welche wunderbar kunstvoll gebaut ist und den mannigfaltigsten Aufgaben zu genügen vermag. Während die Erforschung der Vorgänge, durch welche in den Muskelfasern die mechanische Triebkraft erzeugt wird, wesentlich in das Gebiet der Physiologie fällt, geschieht die Erforschung des Maschinenbaues mit anatomischen Methoden. Die Einführung in die Maschinenlehre des Körpers muß eine der Aufgaben des anatomischen Unterrichtes und der Tätigkeit auf dem Seziersaale sein. Das vorliegende Lehrbuch soll im wesentlichen ein Hilfsbuch für den anatomischen Unterricht sein.

Das Werk zerfällt in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Letzterer soll sich besonders eng an den praktischen anatomischen Unterricht angliedern und eine spezielle Anleitung sein zum Studium der mechanischen Verhältnisse der Muskeln und Gelenke bei der Präparation. Im allgemeinen Teile, der jetzt vorliegt, werden die wichtigeren allgemeinen mechanischen Probleme, die sich in der Muskel- und Gelenkmechanik darbieten, klar formuliert und im vollen Umfang und Zusammenhang erläutert.

Von besonderer Wichtigkeit ist der erste Abschnitt, der den Mediziner in die Grundbegriffe der theoretischen Mechanik einführen soll. Gerade mit diesem Abschnitt füllt Verf. eine Lücke in der

medizinischen Literatur aus, da bis jetzt ein kurzer Leitfaden fehlt, der den Mediziner über die Grundprinzipien der Mechanik aufklärt, und in dem das Hauptgewicht nicht auf die Zusammenstellung von Formeln, sondern auf die Gewinnung richtiger elementarer Vorstellungen über das mechanische Geschehen und auf die Schulung des räumlichen Vorstellungsvermögens gelegt ist.

Der zweite Hauptabschnitt behandelt die allgemeinen mechanischen Verhältnisse des Skeletts und der Muskeln, der dritte führt den Leser in die allgemeinen Probleme der Gelenk- und Muskelmechanik ein. Hier werden an einzelnen Beispielen Untersuchungen über das Gleichgewicht der Kräfte im Ruhezustande des Gelenkapparates aus dem Gebiete der Statik und bei Bewegungen der Glieder untereinander aus dem Gebiete der Kinetik und Dynamik vorgeführt.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis von Werken über theoretische und technische Mechanik, über Anatomie und Physiologie und Muskel- und Gelenkmechanik beschließt das lehrreiche Werk, dessen zweiter spezieller Teil besonders für den Chirurgen des Bewegungsapparates von großer Wichtigkeit sein wird. **Drehmann** (Berlin).

---

4) **A. Hoffa** und **A. Wollenberg.** Arthritis deformans und sogenannter chronischer Gelenkrheumatismus. Eine röntgenologische und anatomische Studie. Mit 178 Abbild. 299 S.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1908.

Das vorliegende Werk, dessen Herausgabe H. nicht mehr erleben sollte, berichtet über Studien, welche dieser gemeinschaftlich mit seinem Assistenten W. unternahm, um das unklare Gebiet der chronischen Gelenkkrankheiten, die gewöhnlich unter der Rubrik des chronischen Gelenkrheumatismus zusammengeworfen werden, zu klären.

In der Einleitung stellen die Autoren eine Einteilung der Gelenkkrankheiten auf im Vergleich zu der Einteilung früherer Autoren. Die weiteren Ausführungen sollen zeigen, daß die Osteoarthritis deformans einerseits und die Polyarthritis chronica primitiva progressiva, sowie der sekundäre chronische Gelenkrheumatismus andererseits voneinander in klinischer wie anatomischer Beziehung streng zu trennen sind. In der weiteren Ausführung werden die drei Krankheitsbilder unter Darstellung zahlreicher Krankengeschichten, Röntgenbefunde und anatomischer Untersuchungen genau präzisiert. Der anatomische Teil stellt die Habilitationsschrift W.'s dar.

Die Arthritis deformans, die nur eine kurze Besprechung erfährt, da später aus der Feder W.'s eine ausführliche Veröffentlichung erfolgen soll, zeigt im Röntgenbild außer Deformationen, die sich rein mechanisch durch Belastung eines für seine Aufgabe nicht genügend tragfähigen Knochens erklären lassen, noch Gestaltsveränderungen durch aktive Knochenneubildung. Die nach Sauerstoffeinblasung hergestellten Röntgenbilder zeigen, daß eine Kapselschrumpfung mit Ver-

ödung der Gelenkhöhle nicht nachweisbar ist. Die Synovialis scheint nur mäßig verdickt und mit geringgradigen Wucherungen versehen. Die anatomischen Untersuchungen bestätigen diesen Befund, ebenso die ausführlichen mikroskopischen Untersuchungen der Synovialis. Die letzteren zeigen, daß prinzipielle Unterschiede im anatomischen Bilde der Synovialis zwischen Arthritis deformans und Arthritis traumatica nicht vorliegen. Ätiologisch unterscheiden Verff. eine spontane, eine reaktive im Senium, nach Traumen oder Entzündungen und eine neurogene Arthritis deformans.

Therapeutisch interessieren uns einige Resektionen des Schenkelkopfes bei deformierender Arthritis des Hüftgelenkes und die Exstirpation subpatellarer Fettzotten am Kniegelenk. Die Erfolge des letzteren Eingriffes sind aus den Krankengeschichten nicht zu erkennen.

Die primäre chronische progressive Polyarthritis, ein progredienter Prozeß, der häufig schon im frühen Alter beginnt und außer den Gelenken auch Sehnenscheiden und Schleimbeutel ergreift, von unbekannter Ätiologie, zeigt im Röntgenbilde keine Knochendeformationen, sondern im Vordergrunde stehen Atrophie, Kapselschrumpfung und Kontraktur. Erst in späteren Stadien kommt es durch Hinzutreten von Arthritis deformans zu Wucherungen.

Die dritte Gruppe, der sekundäre chronische Gelenkrheumatismus, der sich nach einem akuten Stadium entwickelt, zeigt fast die gleichen Röntgenbefunde, nur daß die Ankylosierungsprozesse und Synostose ganzer Skelettabschnitte eine größere Rolle spielen, dafür aber der Ernährungszustand der Knochen eher eine Besserung erfährt.

Ein großes Kapitel behandelt die Anatomie der chronischen progressiven Polyarthritiden. Einer ausführlichen Übersicht der in der Literatur niedergelegten Befunde folgt eine breite Darlegung der eigenen makroskopischen und mikroskopischen Befunde, auf deren Wiedergabe hier nicht näher eingegangen werden kann. Der Befund erinnert an die Bilder, die wir bei der infektiösen Arthritis finden.

Wir hoffen, daß das Buch eine Anregung geben möge, besonders auf dem Gebiete der Ätiologie dieser Gelenkerkrankungen weiter zu forschen, damit wir in die Lage kommen, prophylaktisch gegen dieses schwere Leiden etwas zu erreichen, gegen das unsere Therapie so gut wie aussichtslos ist. **Drehmann** (Breslau).

---

5) **Alamartine.** Ostéo-arthropathies hypertrophiantes d'origine tuberculeuse. Le rôle de la tuberculose dans le syndrome de P. Marie.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 6.)

Die aus der Klinik Poncet's hervorgegangene Arbeit erbringt den Nachweis, daß eine ziemlich große Zahl hypertrophierender Knochengelenkentzündungen unter der von P. Marie beschriebenen Form, mit und ohne Trommelschlägelfinger, auf Tuberkulose zurückzuführen sind. Ebenso wie beim Rheumatismus tuberculosus Poncet's



handelt es sich nur um eine Toxinwirkung der Tuberkelbazillen; die typischen tuberkulösen Gewebsbildungen, -zerstörungen und -verkäsungen fehlen regelmäßig. Rarefizierende Prozesse im Mark rufen eine entzündliche Wucherung der subperiostalen Knochenschichten mit starker Osteophytenbildung hervor. Dazu kommen Veränderungen der Gelenkflächen von einfacher Knorpelerosion bis zur Synostose. Das Röntgenbild läßt das Fortschreiten und die verschiedenen Stadien der Krankheit gut erkennen.

Nach A.'s Schätzung sind in mindestens 25% aller Fälle andere Organe tuberkulös erkrankt; auf latente Tuberkulose ist bisher nur sehr selten gefahndet.

Auch klinisch gleichen sich der tuberkulöse Rheumatismus und die P. Marie'sche Krankheit insofern, als bei beiden subakute, von schmerzhaften Gelenkschwellungen begleitete Anfälle zu beobachten sind.

In manchen Fällen von frühzeitiger P. Marie'scher Krankheit scheint erbliche Tuberkulose (Hérédo-dystrophie tuberculeuse) eine Rolle zu spielen.

Literaturverzeichnis von 59 Nummern. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

6) **E. C. Titus.** An improved treatment of gonorrheal arthritis (so-called gonorrheal rheumatism).

(New York med. record 1908. Juli 25.)

T. fand, daß statische Elektrizität auf gonorrhoische Prozesse günstig wirkt.

Er führt in Simslage eine eigens konstruierte Vakuumröhre in den Mastdarm ein und steigert den Strom ganz allmählich. Die Behandlung muß ganz schmerzlos sein und eher wohltuend wirken. Es soll ein direkter bakterizider Effekt auf die tiefsitzenden Gonokokken durch die Entwicklung von Sauerstoff- und Salpetersäureanhydrid (in statu nascendi) in den Geweben stattfinden; außerdem befördern die Stromwellen die Zirkulation in den erkrankten Partien und wirken u. a. als Massage.

Verf. gibt an, daß die günstigen Erfolge, die man mit der Influenzmaschine im allgemeinen auf infektiöse Prozesse ausüben kann, den meisten Ärzten noch ganz unbekannt sei. Er habe selbst eine große Reihe von überzeugenden Experimenten darüber angestellt.

Die Behandlung vom Mastdarm geht von der Annahme aus, daß aus Mitbeteiligung von Prostata und Samenblase die meisten gonorrhoischen Allgemeininfektionen und speziell die Nachschübe für den gonorrhoischen Gelenkrheumatismus herzuleiten seien.

Die behandelten Erfolge erscheinen um so mystischer, als Verf. selbst die »aktinische Wirkung der Vakuumtube in die Gewebe nur auf eine Tiefe von 2—6 mm« abschätzt. **Loewenhardt** (Breslau).

---

7) **S. Gara.** Die Behandlung der schweren Ankylosen der Gelenke mit Fibrolysin.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Bei einer Anzahl bis dahin vergeblich und sehr lange behandelter Ankylosen gelang es G. durch tägliche Fibrolysininjektionen, im Durchschnitt etwa nach 20, leicht, ausgiebige Exkursionen mit den Gelenken zu machen. Da die Mobilisierungen immerhin schmerzhaft sind, gibt er gern $^1/_2$ Stunde vorher Aspirin. Die Injektionen allein machen natürlich nicht die Gelenke mobil, sondern ermöglichen nur durch Erweichung des Bindegewebes die Mobilisation.

Renner (Breslau).

---

8) **C. Ritter.** Eine neue Methode der Sehnennaht.

(Med. Klinik 1908. p. 1191.)

Ein Stück einer Arterie oder Vene desselben Menschen wird als Schaltstück zwischen die beiden angefrischten Sehnenstümpfe eingefügt und mit ihnen vernäht. Beiderseits ragen die Sehnenstümpfe etwas in das Rohr hinein. Der Zwischenraum zwischen ihnen und dem umgebenden Gefäßrohr wird, besonders nach Operationen unter Blutleere, sich nachher alsbald mit Blut füllen. Demnach wird eine Verbindung durch lebendes Gewebe hergestellt; die Länge des Spaltes zwischen den Sehnenstümpfen spielt keine Rolle, da man das Ersatzgefäßrohr beliebig lang anwenden kann; auch der verschiedenen Breite der Sehne läßt sich ein Gefäßrohr — z. B. von der Breite einer Vena saphena — nach Bedarf anpassen, indem es einmal, dank seiner Elastizität, zusammenschnurrt, und das andere Mal künstlich dadurch verbreitert werden kann, daß man die Gefäßwand spiralig aufschneidet, so über die Sehne stülpt und alsdann die Spiralschnitte durch feinste Nähte vereinigt (Abbildungen). Das Verfahren bewährte sich bei einer veralteten Sehnenverletzung (Krankengeschichte).

Georg Schmidt (Berlin).

---

9) **Nerking.** Narkose und Lezithin. (Aus der biochemischen Abteilung des Instituts für experimentelle Therapie zu Düsseldorf.) Vorläufige Mitteilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 33.)

Die Wirkung der Narkotika auf den Organismus besteht nach der heut geltenden Lehre darin, daß sie von den Lipoiden bzw. dem Lezithin des Zentralnervensystems aufgenommen werden und damit gewissermaßen eine feste Lösung bilden. Es drängt sich nun die Frage auf, ob es möglich ist, diese Verankerung dadurch aufzuheben, daß man den narkotisierten Tieren andere Lezithine intravenös einspritzt. Nach den Versuchen N.'s scheint es tatsächlich zu gelingen, dadurch die Narkose abzukürzen. Näheres will N. später mitteilen; für jetzt sich mit der kurzen Erwähnung nur die Priorität auf diesem Arbeitsfelde sichern!

Kramer (Glogau).

---

10) **De Witt Stetten** (New York). The modern administration of general anaesthesia in mouth, nose and pharynx surgery.

(New York med. journ. 1908. Juli 18.)

S. empfiehlt die Intubationsmethode, deren Technik er eingehend beschreibt. 15 Minuten vor Beginn der Narkose gibt er 0,01 Morphium mit $^1/_2$ mg Atropin. Die Narkose wird mit Chloroform oder einer Chloroformmischung eingeleitet. Wenn sie einigermaßen tief ist, werden die Nasenhöhlen und der Rachen mit 4%iger Kokainlösung mit 1:5000 Adrenalin betupft. S. legt größten Wert auf diese Manipulation, um völlige Trockenheit und Beseitigung aller Reflexe in Nase und Rachen zu erzielen, und führt das Fehlschlagen seiner ersten Versuche direkt auf die Unterlassung des Kokainisierens zurück. Zur Intubation verwendet er zwei Nélatonkatheter mit seitlicher und endständiger Öffnung an dem konischen Ende. Weite Nr. 25 bis 27 Charrière. Die gut eingefetteten Katheter werden so weit eingeführt, daß die seitliche Öffnung dem Kehlkopfeingange gegenüber zu liegen kommt. Die Entfernung vom Naseneingange beträgt bei Erwachsenen 17 cm. Darauf wird die Zunge vorgezogen und fixiert und der hintere Teil von Mund und Rachen fest mit Gaze ausgestopft. Bei Nasenoperationen führt S. zwei Katheter in den durch Sperre weit geöffneten Mund ein und fixiert sie jederseits in derselben Höhe. Darauf stopft er Gaze in den hinteren Teil des Mundes und den Nasen-Rachenraum. Bei Operationen im Rachen wendet er die von Kuhn warm empfohlene Intubation des Kehlkopfes an, für die er sich ein sehr einfaches handliches Instrument konstruiert hat. S. schließt sich der Meinung Kuhn's an, daß diese Methode, mit Überdruck kombiniert, die komplizierteren Apparate verdrängen wird. Für die Narkose selbst verwendet er meist einen kleinen Trichter, bedient sich aber gelegentlich auch eines Sauerstoffapparates. Er bevorzugt das Chloroform, weil die Narkose im ganzen ruhiger ist, und warnt speziell vor Äther bei gleichzeitiger Verwendung des Paquelin.

H. Bucholz (*Boston*).

---

11) **W. Spielmeyer** (Freiburg). Veränderungen des Nervensystems nach Stovainanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 31.)

Während in mehreren anderen Fällen die von S. auf Krönig's Veranlassung vorgenommene Untersuchung des Rückenmarks von Pat., bei denen einige Zeit vor ihrem Tode die Stovain-Lumbalanästhesie (0,05—0,07 bzw. 0,1—0,12 Stovain) angewandt worden war, keine Veränderungen ergeben hatte, fanden sich solche in auffallender Art bei vier Fällen, die hohe Stovaindosen erhalten hatten. Eine dieser Pat. war 40 Stunden nach der Lumbalanästhesie unter schweren Atmungsstörungen und Koma zugrunde gegangen; außer chromolytischen Vorgängen zeigte das Rückenmark Schwellung und Abrundung

der Zellkörper, Auflösung der Kernmembran und Zerfall der Kernkörperchen als Folge der durch das Stovain hervorgerufenen Atmungslähmung. In den drei übrigen Fällen, in denen der Tod an Karzinose oder Peritonitis usw. 2—8 Tage nach der Operation erfolgt war, waren an den großen polygonalen motorischen Zellen des Rückenmarks, d. h. des Vorderhorns, Auftreibung und Abrundung, vom Kern nach der Peripherie fortschreitende Chromolyse, Verlagerung des Kernes, Fältelung oder Auflösung der Kernkapsel nachweisbar. Daß diese Veränderungen der motorischen Zellen, die den Zellaffektionen in den zugehörigen Nervenkernen nach Zerstörung der Achsenzylinder entsprechen, auf die Stovainwirkung zurückzuführen waren, bewiesen die Versuche an Tieren, die nach intraduralen Stovaininjektionen analoge Veränderungen, selbst (Hunde und Affen) Degenerationen in den hinteren Wurzeln und Hintersträngen erkennen ließen.

Kramer (Glogau).

---

12) **Chaput.** De la rachistovainisation.

(Presse méd. 1907. Nr. 94.)

C. ist begeisterter Anhänger der Rückenmarksanästhesie mit Stovakokain, d. i. eine Mischung von 3 Teilen Stovain mit 1 Teil Kokain; er injiziert davon 4 ccm in einer 2%igen Lösung, das sind 0,08 Stovakokain, und hat damit vollständige Anästhesie selbst bei Operationen am Kopf und den oberen Gliedmaßen erzielt. Üble Zufälle will er niemals gehabt haben und erklärt die bisher beobachteten für Fehler der Technik oder als Folgen der nicht beachteten Kontraindikationen oder als Zufälle, die nicht der Rückenmarksanästhesie zur Last zu legen seien.

Verf. hält für nötig, vorher 10 bis 20 ccm Rückenmarksflüssigkeit zu entleeren, und gibt bei nervösen Personen 1 Stunde vorher $^1/_4$ mg Skopolamin. Bei drohendem Kollaps gibt er Koffein, und gegen nachträgliche Kopfschmerzen hilft ihm sicher die Entleerung von 10 bis 20 ccm Rückenmarksflüssigkeit.

Fehre (Dresden).

---

13) **Schüller.** Die röntgenographische Darstellung der diploëtischen Venenkanäle des Schädels.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 4.)

Dupuytren hat gelegentlich eines Experimentes am Hundeschädel zufällig die Existenz großer Venenkanäle in der spongiösen Substanz des Schädels entdeckt; diese Kanäle führen einen großen Teil des Gehirnblutes ab, so daß der Sinus longitudinalis meist eine relativ enge Lichtung aufweist. Auch beim Menschen ist die Diploë des Schädels von einem Netz größerer Venenkanäle durchzogen, deren genaue Beschreibung wir Breschet verdanken. Nach ihm entspringen die Venen der Diploë aus dem spongiösen Gewebe der Hirnschädelknochen mit großen Zweigen, die sich plötzlich bilden. Die Knochenkanäle, in welchen diese Venen eingeschlossen sind, verlaufen meist näher der inneren Tafel als der äußeren; bisweilen sind sie in einer



kleinen Strecke nach der Hirnhöhle zu oder nach außen offen. Man findet sie leichter an Schädeln, die eine größere Dicke haben, und wo die Diploë stärker entwickelt ist. Es scheint, daß die Schädel des weiblichen Geschlechtes sie öfters darbieten als die der Männer. Auch sonst ist die Stärke der diploëtischen Venen, ihre Länge und die Anzahl ihrer Zweige zahlreichen Verschiedenheiten unterworfen. Sie endigen entweder an der inneren oder an der äußeren Oberfläche des Schädelknochens in jenen Venen, die in ihrer Nähe vorbeiziehen. Die am skelettierten Schädel erkennbaren Knochenlöcher über dem Hinterhauptloch, über der Schläfengegend und unter dem Augenbrauenbogen verraten das Vorhandensein und den Durchmesser der diploëtischen Kanäle. An der Innenfläche des Schädels begegnet man ihren Öffnungen meist an der Furche der Arteria meningea media. Die Kanäle treten häufig an den Suturen von einem Knochen auf den anderen über. Noch öfter jedoch hören die Kanäle, wenn sie an die Nähte gelangen, plötzlich auf und bilden eine Art Blindsack. Am unbeständigsten und unregelmäßigsten sind die diploëtischen Venen des Stirnbeines; die des Scheitelbeines zeigen öfters gegen das Tuber parietale zu Erweiterungen, die wie Varicen aussehen.

Die physiologische Bedeutung des diploëtischen Venensystems wurde schon von Breschet erkannt und entsprechend gewürdigt. Diese Venen stellen die Kollateralen der intrakraniell gelegenen Venensinus dar. Wenn in diesen letzteren irgendein Hindernis des Blutabflusses besteht, wie z. B. Verstopfung der Lichtung durch Thrombose oder Kompression von außen, so können die diploëtischen Venen in reichlichem Maße zum Ausgleich der Zirkulationsstörung im Inneren des Schädels beitragen. Auf Grund einiger vom Verf. gesammelter Beobachtungen erscheint es sogar, daß bei Aktivierung eines derartigen Kollateralkreislaufes eine beträchtliche Erweiterung der diploëtischen Venen eintreten kann, ähnlich wie wir dies an anderen Körperstellen so häufig beobachten, z. B. beim Caput medusae der Bauchwand. Zur Annahme einer derartigen Erweiterung wurde Verf. veranlaßt durch die Beobachtung einzelner abnorm weiter Brechet'scher Kanäle in dem folgenden Falle:

Ein 43jähriger Schneider erkrankte im September 1907 an Jackson-Epilepsie; im weiteren Verlaufe stellte sich eine Parese der rechten unteren Extremität ein. Das Röntgenbild ergab das Vorhandensein eines außerordentlich breiten Breschet-schen Kanales (s. Fig.). Bei der Operation ergab sich der Scheitelknochen als sehr dick; es fand sich eine nußgroße Geschwulst, ein Gliom, die offenbar einen Druck auf den Sinus longitudinalis ausgeübt hatte, wodurch die Erweiterung der Vena diploëtica zustande kam. Ein ähnlicher Fall fand sich bei einem 25jährigen Bauer, auch dieser wurde operiert; hier war die Blutung aus dem Knochen noch stärker, so daß Pat. daran starb.

Zusammenfassend gibt Verf. an: die diploëtischen Venen des Schädels (Breschet'sche Venen) können mit Hilfe der Röntgenographie schon beim Lebenden dargestellt werden.

Bei Vorhandensein eines drucksteigernden Prozesses (Hirngeschwulst) im Schädel scheint eine Erweiterung von diploëtiscl

Venen zustande kommen zu können, so zwar, daß sie einen beträchtlichen Teil des sonst durch die Sinus durae matris fließenden Hirnblutes nach außen fördern.

Der Nachweis einer derartig erweiterten Vene ist von diagnostischer Bedeutung, weil ihr Ausgangspunkt zusammenfallen kann mit dem Sitze der intrakraniellen Geschwulst und somit direkt auf letzteren hinweist.

Gaugele (Zwickau).

14) **C. E. de M. Sajous.** Les sécrétions internes. L'appareil nerveux-hypophyséo-surrénal.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 29.)

»Die Hypophysis stellt ein Zentrum dar, das mit Hilfe des N. hypophyseo-suprarenalis die Funktionen der Nebennieren regelt und sekundär der Fixation des Sauerstoffes der eingeatmeten Luft an das Blut und der Regulation der organischen Verbrennungen vorsteht.« Daß all dieses mit Hilfe des Splanchnicus vor sich geht, hat S. schon früher ausgesprochen (vgl. Zentralblatt 1908 Nr. 6), hier gibt er eine Schilderung des ganzen nervösen Apparates (Nerf hypophyséo-surrenal). Die Bahn beginnt im Lobus post. der Hypophysis cerebri, verläuft im Infundibulum, Tuber cinereum, Boden des 3. Ventrikels weiter durch Medulla oblongata ins Rückenmark. Unterhalb des Austrittspunktes der 3. Dorsalwurzel verlassen die Fasern das Rückenmark, verlaufen im Sympathicus, beteiligen sich am N. splanchnicus major und enden in den Plexus suprarenales.

V. E. Mertens (Kiel).

15) **A. W. Wischnewski.** Zur Technik der osteoplastischen Radikaloperation der Stirnhöhle.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

Die zahlreichen bisher geübten Methoden haben W. nicht befriedigt. Er hat daher an der Leiche ein weiteres Verfahren ausgebildet.

Der Schnitt beginnt am Processus zygomaticus des Stirnbeines in Höhe etwa des äußeren Endes der Augenbraue, zieht im Bogen (auf Grund der Zeichnung geschätzt ca. zwei Querfinger oberhalb der Braue) zum Nasenansatz und dann lateralwärts ein kleines Stück am inneren Lidwinkel vorbei. Das Periost wird kopfwärts etwas abgeschoben und dann mit einer (kleinen Farabeuf'schen) Säge die vordere Wand des Sinus frontalis samt dem Arcus superciliaris und einem Stück des Proc. zygom. flach abgesägt, so daß sie, am Periost hängend, nach unten geklappt werden kann. Gegen Ende des Sägens muß man darauf achten, daß man mit dem Instrument hauptsächlich an den Seiten, weniger in der Mitte arbeitet, weil man sonst gelegentlich — aber selten — mit den dort liegenden Gefäßen in Konflikt geraten kann. Nach Ausräumung des Sinus wird in die Nase drainiert, der Deckel aber aufgeklappt und angenäht.

Die feine Narbe, die in Stirnfalten gelegt werden kann, hält W.

für weniger entstellend, als die eingesunkene Stirn nach Anwendung anderer Methoden. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

16) **K. Witzel.** Entwicklung der Kiefer und der Zähne beim Menschen.

(Zentralstelle für Zahnhygiene 1907.)

Das vorliegende Werk ist kein Lehrbuch im gewöhnlichen Sinne des Wortes, sondern ein Atlas von 75 Tafeln mit beigefügtem Text in deutscher, französischer und englischer Sprache. Die ersten 10 Tafeln bringen die zum Verständnis der komplizierten Vorgänge bei der Entwicklung der Zähne und Kiefer notwendigen Zeichnungen In objektiver Form, ohne jede Replik des Verf.s, werden uns die bekannten Bilder zur Entwicklungsgeschichte der Kiefer nach Kölliker, Binodi, Albrecht und Röse vorgeführt. Tafel 11—34 sind musterhafte Photogramme aus der großen Schädelsammlung des Verf.s, an denen die Entwicklung der Zähne und der Kiefer von der frühesten Embryonalzeit an bis zum höchsten Greisenalter (Schädel einer 105-jährigen Frau) demonstriert wird. Tafel 35 ist ein instruktives Nervenpräparat, aus dem ersichtlich ist, wie nahe die Wurzelspitze der unteren zweiten Prämolaren dem Hauptstamm des Nerv. mandibularis liegt, und wie schwer bei einer Wurzelspitzenresektion eine Verletzung dieses Nerven zu vermeiden ist. Weiter ersieht man aus diesem Präparat an der Lagerung des unteren Weisheitszahnes, wie leicht bei der verhältnismäßig häufigen Retention dieses Zahnes eine Druckneuralgie des Trigeminus entstehen kann. Die folgenden Tafeln bringen ausgezeichnete Röntgenogramme von Schädeln der verschiedenen Altersstufen, an denen insbesondere die Beziehung der bleibenden Zähne zum Milchgebiß, die Anatomie der Wurzelbildung sowie das Verhältnis der unteren Zähne zum Canalis mandibularis studiert werden kann. Auf Tafel 59 sehen wir, wie ausnahmsweise bei der Wurzelbildung eines retinierten Molaren die noch nicht verkalkten Teile des Zahnsäckchens den Canalis mandibularis zangenförmig umfassen, so daß dieser später durch die fertig entwickelte Wurzel hindurchgeht. In einem solchen von Röse beschriebenen Falle wurden bei der Extraktion des Zahnes Nerv. und Arter. mandibularis, die durch ein Foramen in der distalen Wurzel des Weisheitszahnes verliefen, zerrissen. Eine profuse Blutung, sowie eine dauernde Anästhesie im ganzen Bereich des Nerven waren die Folge. Die letzten 3 Tafeln sind Röntgenogramme des Schädels von Lebenden, eines 8jährigen Mädchens, eines 11jährigen Knaben und des Gesichtsschädels des Verf.s.

Das ganze Werk ist mit großem Geschick und großem Fleiß zusammengestellt. Die musterhafte Sammlung von Photo- und Röntgenogrammen wird dem Buche einen dauernden Platz in jedem zahnärztlichen Lehrinstitut sichern. **Boennecken** (Prag).

---

17) **Lerda** e **Marangoli.** La pratica delle injezioni anestetiche perineurali nella chirurgia alveolare e dentaria.

(Stomatologia 1908. Nr. 4.)

Verff. empfehlen, gestützt auf ihre klinische Erfahrung und auf Leichenversuche, für schwierige oder multiple Zahnextraktionen, sowie für Operationen am Alveolarfortsatz die perineurale Anästhesierung der entsprechenden Nervenstämme vor ihrem Eintritt in den Kieferknochen. Behufs Analgesie des Oberkiefers führen sie eine lange Hohlnadel von der Mundhöhle aus »in den Sulcus, der das Ende des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers von der Prominenz des Hamulus des Processus pterygoideus trennt, etwa $^1/_2$ cm medial vom Alveolarfortsatz und hinter dem letzten Molaren« ein und nach einigen tastenden Versuchen in die Fossa spheno-maxillaris. Sie injizieren 4—6 ccm einer 0,5%igen Kokainlösung, der Adrenalin beigefügt ist.

Die Analgesierung des Unterkiefers nach L. und M. deckt sich übrigens vollkommen mit dem Verfahren H. Braun's (conf. dessen bekanntes Buch) zur perineuralen Injektion des N. alveolaris inf. und lingualis, nur daß jene Autoren die 0,5%ige Kokainlösung in den oben bezeichneten größeren Mengen (4—6 ccm) anwenden. Dabei haben sie allerdings mitunter leichtere Kokainvergiftungen erlebt.

A. Most (Breslau).

---

18) **Reinmöller.** Das dentale Empyem des Antrum Highmori. 44 Seiten. 28 Abbildungen und 4 Tafeln.

Rostock, **G. B. Leopold,** 1908.

Unter Anfügung von 20 selbstbeobachteten Fällen stellt R. den Satz auf, daß das dentale Empyem der Highmorshöhle weit häufiger sei, als man bisher annahm. Röntgenverfahren und Untersuchung der Zähne mit dem Induktionsstrom erleichtern die Diagnose wesentlich, indem das Röntgenbild die Granulationsherde über den Wurzeln als Schatten erkennen läßt, der Induktionsstrom Aufschluß gibt, ob die Pulpa noch lebt.

Verf. bespricht des näheren die Diagnose und warnt davor, im Konservieren schlechter Zähne zu weit zu gehen.

Als Therapie für das akute Empyem empfiehlt sich Spülung von der Alveole aus. Für die Behandlung des chronischen Empyems kommt entweder die Cooper'sche Methode, d. h. Eröffnung der Highmorshöhle durch eine Zahnalveole, oder die Desault'sche in Betracht, die die Höhle von der facialen Wand aus freilegt. Verf. operiert immer in Lokalanästhesie (Novokain-Suprarenin). Gegen den Nachschmerz gibt er Pyramidon 0,1—0,3 mit Dionin 0,01—0,03. Als Mundspülflüssigkeit empfiehlt er $^1/_2$%igen Thymolspiritus oder Kochsalzlösung.

Ein Schlußkapitel ist der Nachbehandlung und Prothesenanfertigung gewidmet.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

19) **Schönstadt.** Zur plastischen Technik nach Oberkieferresektion.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 14.)

Um das Herabsinken des Auges der operierten Seite und die hierdurch bedingte Entstellung und Sehstörung (Doppelbilder) zu verhindern, mobilisiert S. die mittlere Nasenmuschel durch Einknicken an ihrem Ansatz und befestigt sie mit dem freien Rand am Periost des Stumpfes des Jochbogens. Die dem Augapfel zugekehrte Fläche wird durch Abpräparieren der Schleimhaut wund gemacht und gibt ihm eine gute knöcherne Stütze.

Sollte die mittlere Muschel geopfert werden müssen, so empfiehlt es sich, einen Lappen der Nasenscheidewand in ähnlicher Weise zu verwenden.

Gutzeit (Neidenburg).

---

20) **J. Nicolaysen.** Fractura radii hos börn.

(Norsk mag. for laegevid. 1908. Nr. 8.)

Die Bajonettstellung der Hand ist bei Kindern selten deutlich ausgeprägt und gehört nicht zu den regelmäßigen Befunden des typischen Radiusbruches. Die Knochenverletzung besteht in der Regel in einer queren Infraktion mit dorsaler Verschiebung des unteren Bruchstückes.

Sowohl die Fraktur wie die Epiphysenlösung der Speiche zeigen große Neigung, die nach eingetretener Konsolidation der Bruchflächen zurückgebliebenen Dislokationen nachträglich wieder auszugleichen. Bei einem 12jährigen Knaben, bei dem sich, wie das Röntgenogramm zeigte, eine vollständige Reposition nicht erreichen ließ, stellte N. 6 Monate später ein ideales Heilungsresultat fest. Diese Tatsache ist wichtig für die Beurteilung von Behandlungsmethoden auf Grund von Röntgenbildern. Man beachte die Frakturlinie, die nicht vor Ablauf von 4—6 Wochen nach der Knochenheilung zu verschwinden pflegt. Nur Röntgenbilder, welche die Frakturlinie noch zeigen, können zur Beurteilung der Resultate einer Behandlungsmethode dienen. Die auf späteren Bildern sichtbaren Veränderungen demonstrieren die Naturheilung.

Revenstorf (Hamburg).

---

21) **Lange.** Strain-fractures of the knee.

(Annals of surgery 1908. April.)

Abrißfrakturen kommen an den Knochen des Kniegelenkes infolge der vielen starken Bänder nicht selten vor. Abgesehen von dem durch Spannung des Lig. patellae hervorgerufenen Kniescheibenbruch können folgende Zerrungen Rißbrüche an den Kondylen des Gelenkes hervorrufen: 1) Hyperextension solche der Kreuzbänder und der seitlichen Bänder. 2) Seitliche entweder von innen nach außen oder umgekehrt wirkende Zerrung solche der inneren oder äußeren Seitenbandans…
3) Aus- oder einwärts rotierender Zug. Verf. vermochte an der L…
an einem über die Tischkante gewaltsam gestreckten Knie eine Fr…

in der Epiphysenlinie des Oberschenkels hervorzurufen. Die Rißbrüche werden nach Einführung der Röntgendurchleuchtung häufiger als sonst erkannt.

Herhold (Brandenburg).

---

22) **Tietze.** Beiträge zur Kenntnis des Entstehungsmechanismus und der wirtschaftlichen Folgen von Fersenbeinbrüchen.

(Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

In dieser Arbeit stellt Verf. einen Rißbruch des Fersenbeines, wie er in den landläufigen Abhandlungen so häufig beschrieben ist, mit anderen Autoren entschieden in Abrede und kann auch den Befund von isolierten Brüchen seitlicher Fortsätze nicht bestätigen. Es lag vielmehr stets ein Kompressionsbruch des Fersenbeines vor, dessen Zustandekommen nicht allein auf Rechnung einer Belastung von oben zu setzen ist, sondern es spielen auch der Bodendruck, der Bandapparat und die Spaltrichtung des Knochens eine entscheidende Rolle. Die Bruchform wechselt in hohem Grade je nach der Richtung der einwirkenden Gewalt.

Während früher die wirtschaftlichen Folgen der Fersenbeinbrüche, die in den meisten Fällen mit ausgesprochenem Plattfuß, Verdickung der Ansatzstelle der Achillessehne, einer Verbreiterung des Fersenbeines bei gleichzeitiger Höhenabnahme verheilen, äußerst ungünstig hingestellt wurden, hat sich die Statistik dieser Brüche in den letzten Jahren bei einer zielbewußten mediko-mechanischen Behandlung doch ganz wesentlich gebessert, und die Zahlen von T., die trotz aller Mängel und subjektiven Schwächen einer Statistik die wirtschaftlichen Folgen der Fersenbeinbrüche in einem ganz anderen Licht erscheinen lassen, sprechen eine deutliche Sprache.

Hartmann (Kassel).

---

23) **Lenormant.** L'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles et anciennes de l'articulation de Lisfranc.

(Arch. génér. de chirurgie II. 1908. Nr. 6.)

Im Anschluß an einen selbst beobachteten und genau beschriebenen Fall von Verrenkung im Lisfranc'schen Gelenk gibt Verf. eine Übersicht über diese verhältnismäßig seltene Verletzung, von der er insgesamt 96 Fälle — darunter 50 Totalverrenkungen — aus der Literatur zusammenstellt. Bei den totalen und auch partiellen Verrenkungen handelt es sich fast durchweg um dorsale Verschiebungen. Die Verletzung kommt meist durch ein direktes Trauma zustande; in dem Falle des Verf.s handelte es sich um eine indirekte Gewalteinwirkung, indem dem Verletzten ein Balken auf die Vorderfläche des in Knie und Hüfte gebeugten Beines fiel, ohne den auf ebenem Boden stehenden Fuß zu treffen. Des weiteren betont L., daß die Verrenkung selten durch einen Bruch kompliziert ist. Für die Therapie kommt möglichst baldige Reposition in Frage, zu der Narkose nötig ist. Verhältnismäßig oft ist auch in Narkose die Reposition unmöglich, indem

Interposition von Sehnen oder Knochenpartikeln dieselbe hindert. Die blutige Reposition ist in diesen Fällen ohne Schwierigkeit und gibt gute Resultate. Bei veralteten Verrenkungen ist infolge Verknöcherung des Bandapparates und Veränderungen der Gelenkflächen auch die blutige Reposition schwierig, so daß nicht immer gute Resultate erzielt werden.

Strauss (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

Die Behandlung von Abszessen.

Von

Dionys Hellin in Warschau.

Seit einiger Zeit behandle ich Abszesse mit minimalen Inzisionen ohne Tamponade oder Drainage. Sammelt sich wieder Eiter, so soll uns das nicht zu größeren Inzisionen verleiten. Vielmehr wird der Eiter, wie bei der ersten Inzision, sanft, schmerzlos für den Pat., ausgedrückt, event. die Inzision, wenn ihre Ränder verklebt sind, mit Sonde erweitert. In der Regel genügt eine einzige Inzision. Vom Ausdrücken des Eiters, das früher so verpönt war, habe ich niemals Schaden gesehen. Bier'sche Hyperämisierung wurde dabei in keiner Form angewandt. Diese Methode der Behandlung hat den Vorteil vor der bis jetzt üblichen (abgesehen von der Bier'schen), daß die Heilungsdauer unvergleichlich abgekürzt wird, daß man dem Kranken die mit dem jedesmaligen Einführen von Gazedrains verbundenen Schmerzen erspart, und die Narben danach minimal sind. Der Übergang von Ausscheidung eitriger Flüssigkeit in serös-eitrige bzw. blutig-seröse vollzieht sich hier sehr rasch. Ich habe auch bemerkt, daß Gummidrains viel weniger die Heilung verzögern als Gazedrains. Es folgt aus dem Gesagten, daß die günstigen Erfolge bei Behandlung von Abszessen nach der Bier'schen Methode vor allem den kleinen Schnitten und dem Weglassen von Tampons zu verdanken sind. Man erinnere sich nur, wie oft eitrige Gonitiden durch mehrfach wiederholte Punktionen heilen (wobei gewöhnlich die rein eitrige Flüssigkeit durch eine Eiter und Synovia, endlich nur reine Synovia enthaltende ersetzt wird). Ich bin überzeugt, daß diese Methode sich recht bald viele Freunde unter den Ärzten, nicht weniger auch unter den Pat. erwerben wird. Die Zahl der von mir auf diese Weise hintereinander ohne Auswahl behandelten Fälle (eine große Serie von Furunkeln und Karbunkeln nicht mitgerechnet) beträgt 26, darunter:

1 Mastitis puerperalis 1 Mastitis bei einer nicht stillenden Frau	Beide sehr groß, mit multiplen, miteinander kommunizierenden Herden, heilten nach einer einzigen kleinen, etwa 1 cm langen Inzision in 11 bzw. 12 Tagen.
2 Abszesse des Femur traumatischen Ursprungs 1 Abszeß des Femur nach Masern (Heilungsdauer 5 Tage) 1 Abszeß des Femur unbekannter (wahrscheinlich tuberkulöser) Natur	Jeder Abszeß nahm, der Länge nach, beinahe die Hälfte des Femur ein.

1 Abszeß des Unterschenkels, auf das Femur hinübergreifend.
1 großer Abszeß des Vorderarmes nach Panaritium (Heilungsdauer 11 Tage).
3 Abszesse der Achselhöhle (Heilungsdauer 4—11 Tage).
1 Abszeß in der Ellbogengegend.
4 Panaritien mit Komplikationen (ca. 11 Tage).

2 große Abszesse des Gesichtes, 3 Abszesse des Halses, 1 Abszeß der Parotisgegend, 1 Abszeß hinter dem Ohr,	heilten im Laufe von 8—10 Tagen.

3 Fälle von Karies des Unterkiefers, die gleichzeitig in Behandlung waren, heilten nach Weglassen von Tampons im Laufe von 2 Wochen; vordem wurde Tamponade lange Zeit hindurch vergeblich angewendet. Einem von diesen Pat., einem 72jährigen Greis, habe ich durch die erweiterte Fistelöffnung Sequester des Unterkiefers, etwa 1/3 der linken Unterkieferhälfte entsprechend, extrahiert.

---

24) **Peltesohn.** Beiträge zur operativen Behandlung der Knochenbrüche und ihrer Folgen.

(Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 3 u. 4.)

In ungefähr 15 Jahren wurden in der Körte'schen Abteilung am Urban etwa 5000 Frakturen behandelt. Bei einer kritischen Sichtung dieses Materiales, die Verf. nach den einzelnen Körperregionen, d. h. Extremitätenabschnitten, vornimmt, kommt er zu dem Schluß, daß die Ursachen, welche operative Maßnahmen bei Knochenbrüchen erfordern, nämlich deforme Heilung und Pseudarthrosenbildung, zu den seltenen Ausnahmen gehören. Nur die suprakondylären Oberarmbrüche trotzen in verhältnismäßig größerer Anzahl der Behandlung mit Verbänden. Die häufigste Ursache für Pseudarthrosenbildung sind allgemein somatische Störungen und lokale Schädigungen durch Muskelinterposition, Verhakungen, Gelenkbrüche usw. Außerdem ist bei komplizierten Brüchen leicht eine Verzögerung der Knochenkonsolidation möglich, da die Sorge für Erhaltung des Lebens meist in den Vordergrund tritt und infolgedessen die Maßnahmen für zweckmäßige Stellung der Fragmente nicht immer anwendbar sind. Die einzelnen Maßregeln, die zur Fixation der Bruchenden dienen können, finden eingehende Besprechung, besonders die Drahtnaht, die Verwendung des Stiftes und die perkutane Nagelung, die Vereinigung der Knochen mit und ohne Anfrischung. Für komplizierte Brüche wird die Naht so lange als erlaubt angesehen, als sie nicht die Übersicht und den Zugang zum Blut sowie den Abfluß der Sekrete hindert. Wenn man einmal operativ vorgeht, so soll man auf ein gutes anatomisches Resultat hinzielen, da nur dadurch Mißerfolge vermieden werden, namentlich bei den artikulären und paraartikulären Frakturen. Die Fixation ist durchaus erforderlich, weil ohne sie die Fragmente oft wieder auseinandertreten, und weil nur bei genügender Befestigung der Knochenenden aneinander frühzeitige Bewegung eingeleitet werden kann. Die Indikation zum operativen Eingriff wurde bei deformer Heilung erst dann als gegeben angesehen, wenn durch sie Funktionsstörungen hervorgerufen worden waren. Bei Pseudarthrosen dagegen wurde operiert, wenn der Zustand schon ein langdauernder war und einfache Mittel schon angewendet worden waren, bzw. wenn das Röntgenbild eine lokale Ursache, wie Dislokation der Fragmente oder Muskelinterposition, erwies. Bei Verzögerung der Konsolidation soll man unter den heutigen Verhältnissen überhaupt nicht zu lange warten, da die endgültige Verknöcherung sich um so länger hinausschiebt, je später man operiert. Bezüglich des primären operativen Eingriffes steht Körte auf dem Standpunkte, daß er nur in Ausnahmefällen gerechtfertigt ist, da die Infektionsgefahr selbst bei bester Asepsis keine geringe ist, und es noch zweifelhaft erscheinen muß, ob die Heilresultate besser sind und die Behandlungsdauer kürzer ist als bei nicht operativer Therapie.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

25) **A. v. Khautz jun.** Über angiomatöse Muskelschwielen. (Aus der zweiten chirurgischen Abteilung der Rudolf-Stiftung.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Mitteilung zweier Fälle, bei welchen klinisch und grobanatomisch der Schwielencharakter im Vordergrunde stand, weshalb Verf. obigen Namen wählte. Beide machten erst nach einem Trauma Erscheinungen und wurden durch Exstirpation geheilt. Histologisch lagen im ersten Falle eine gefäßreiche Muskelschwiele, im zweiten von Schwielengewebe umgebene typische Kavernomherde vor.

Renner (Breslau).

26) H. Lorenz. Über eine eigenartige Form von Myositis fibrosa progrediens.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

Ein 31jähriger Tagelöhner hatte vor 11 Jahren im Anschluß an Erkältung und Fieber eine Schwellung im Nacken — angeblich Furunkel — bekommen, die nach Eiterdurchbruch heilte. Es bildete sich aber eine zunehmende Steifheit des Nackens, derentwegen Pat. 3 Jahre später schon einmal in der Grazer Klinik war. Aus einem — histologisch nicht untersuchten — probeexzidierten grau erscheinenden Stückchen eines Nackenmuskels wurde damals die Diagnose auf Myositis cervicalis gestellt. Wegen weiterer Verschlimmerung kam Pat. 8 Jahre später wieder in die Klinik. Damals bestand eine über einen größeren Teil der Skelettmuskulatur ausgebreitete symmetrische Muskelveränderung, teils Atrophie, teils Hypertrophie, ohne Störungen des Nervensystems. Da die Stellung des Kopfes am meisten störte, wurden die Kopfnicker durchtrennt, mit nur geringem Erfolge. Das histologische Bild zeigte sehnige Bindegewebslängsbündel, dazwischen noch erhaltene Muskelfasern mit auffallender Kernvermehrung.

Alles in allem scheint dem Verf. das Krankheitsbild weder auf die progressive Dystrophie noch auf spastische Kontraktur infolge Accessoriusreizung durch Spondylitis und nachfolgende fibröse Degeneration gut zu passen. Er denkt daher an eine angeborene Prädisposition zu Muskelerkrankung, kombiniert mit Spondylitis, vielleicht gleichzeitiger Accessoriusreizung. **Renner** (Breslau).

27) Porcile. Di un caso di angiomi muscolari multiple.

(Policlinico, sez. chir. XV, 7. 1908.)

Bei einem 11jährigen Mädchen entwickelte sich im Anschluß an einen Fall auf die Schulter eine fluktuierende Geschwulst, die zunächst als Abszeß gedeutet wurde. Die Untersuchung ergab eine Geschwulst, welche die Fossa infraspinata des Schulterblattes ausfüllte und von teilweise normaler Haut bedeckt war. Teilweise fanden sich auch in der bedeckenden und umgebenden Haut zahlreiche Venektasien. Des weiteren fand sich eine walnußgroße Geschwulst im Bereiche des Triceps des Oberarmes und ein haselnußgroßer Knoten im Supinator longus des Vorderarmes. Die drei Geschwülste ließen sich ohne Schwierigkeiten entfernen, da sie, besonders die letzterwähnte, von dem umgebenden Muskelgewebe ziemlich gut abgegrenzt waren. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab Muskelangiome von venösem bzw. arteriellem Typus. Beachtenswert erscheint, daß die eine Geschwulst deutlich lipomatösen Charakter zeigte; weiterhin betont der Verf. die Verdickung der Gefäßwand, die Hyperplasie des Bindegewebes und die Atrophie der Muskelfasern, die zum Teil Segmentation und Fettdegeneration zeigten.

Eine Übersicht über Genese, Vorkommen, Symptomatologie, Therapie und Prognose der Muskelangiome ergänzt die Arbeit. Die Prognose der Geschwülste dürfte von dem Autor wohl zu günstig beurteilt werden, da vielfach die wuchernden Angiome durch die Muskelzerstörungen schwere funktionelle Schädigungen bedingen. (Der Ref.) **Strauss** (Nürnberg).

28) H. Spitzy. Zur Frage der Behandlung von Lähmungen mittels Nervenplastik. (Aus der chirurgisch-orthopädischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik in Graz.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 27.)

S. berichtet z. T. in genaueren Krankengeschichten über eine ziemlich große Zahl von Nervenplastiken an den Extremitätennerven, die wegen Lähmung verschiedener Ätiologie entweder durch Einpflanzung des peripheren Teiles in einen in der Nähe befindlichen gesunden Nerven (periphere Implantation) oder durch Verbindung des ganzen oder eines Teiles des zentralen Stumpfes eines gesunden Nerven mit dem in situ gelassenen gelähmten (zentrale Implantation) operativ angegriffen wurden. Die meisten Plastiken betrafen den gelähmten Peroneus, der mit dem unversehrten

N. tibialis vereinigt wurde, und ergaben mit beiden Methoden gute Resultate. Auch die bei Lähmungen des N. tibialis ausgeführten Einpflanzungen waren von günstigem Erfolge, wenn die Kraft des Ersatznerven durch die Lähmung nicht gelitten hatte. Dagegen war bisher das Resultat der am gelähmten Obturatorius vorgenommenen Plastiken (Einpflanzung in den N. cruralis) wohl wegen des Mißverhältnisses der beiden Nervenquerschnitte nicht befriedigend.

Ein ausgezeichnetes Feld für Nervenplastiken boten die Lähmungen der oberen Extremität, bei denen, wenn sie zentraler Natur sind, immer eine partielle zentrale Einpflanzung eines benachbarten Nerven in den gelähmten vorzuziehen ist. So war bei Einpflanzung des N. medianus in den gelähmten N. radialis der Erfolg in mehreren Fällen ein vollkommener. — S. beschreibt sodann noch genauer die Technik und erwähnt, daß er zur Isolierung und zum Schutze vor dem Erdrücken und Durchwachsen der Nahtstelle durch Narbengewebe der Umgebung die Nahtstellen mit in Formalin gehärteten Hundearterien umhüllt und damit gute Erfolge erzielt hat. Die anfänglich auftretenden Ausfallserscheinungen im Gebiete des kraftspendenden Nerven schwinden bei teilweisen, nicht zu weit gehenden Abspaltungen wieder. Auch die Zuckungen in dem einen Muskelgebiete bei Innervierung des anderen wurden von den Pat. bald durch Selbstregulierung zu überwinden gelernt. **Kramer** (Glogau).

29) **Taylor.** Nerve-bridging.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. L. Nr. 13.)

Infolge von Anwendung von Kunsthilfe bei der Geburt hatte die zur Zeit der Operation 1 Jahr alte Pat. eine totale Lähmung des linken Armes.

Der Plexus brachialis wurde in großer Ausdehnung freigelegt. Die tiefe Halsfascie war mit dem ganz narbig veränderten Plexus eng verwachsen. Die Fascie wurde abgetrennt, der Plexus, soweit er narbig war, en masse reseziert, die Wurzeln des Plexus bis zu den Intervertebrallöchern verfolgt. Die beiden Schnittflächen der einzelnen Nervenenden, die nach der Resektion nur bis 2 cm einander genähert werden konnten, wurden durch Chromcatgutfäden verbunden und das Ganze von Cargilemembran umgeben. Nach etwa 8 Monaten zeigten sich die ersten Anfänge von Bewegung; allmähliche Besserung, nach $28^1/_2$ Monaten vollkommene Sensibilität, nach $34^1/_2$ Monaten dauernder Gebrauch des Armes beim Spielen, Essen usw. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **K. Osterhans.** Nerve anastomosis in infantile paralysis.

(New York med. record 1908. Juli 11.)

O. betont, daß ein großer Teil der Deformitäten nach Kinderlähmungen durch frühzeitige Behandlung der akuten Stadien der Krankheit verhindert werden kann; namentlich kommt Fixation des Gliedes in richtiger Lage nach Abklingen der akuten Symptome in Betracht, während später die bekannten Operationen notwendig werden.

Mit ganz besonderem Vorteil hat auch Verf. von Nervenanastomosen Gebrauch gemacht und publiziert die Krankengeschichte eines 10jährigen Knaben mit rechtsseitigem Talipes equinovarus, bei dem die Lähmung der Peronei durch End-zu-End-Vereinigungen eines zentralen Bündels aus dem N. popliteus int. mit einem peripheren Bündel aus dem N. popliteus ext. und umgekehrt erfolgreich behandelt wurde. Gleichzeitig wurde der M. tibialis ant., die Achillessehne und die Plantarfascie subkutan durchtrennt.

Massage und Elektrizität vervollständigten die Heilung.

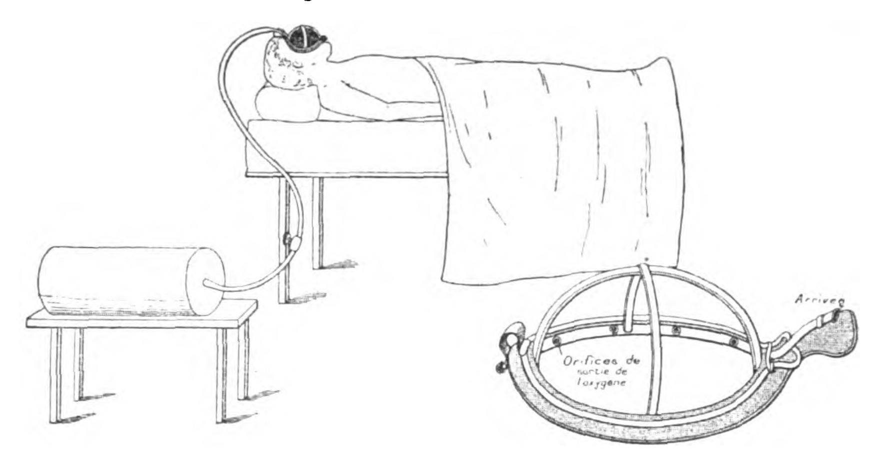
Loewenhardt (Breslau).

31) **Lop.** Appareil pratique pour donner en même temps le chloroforme et l'oxygène.

(Presse méd. 1907. Nr. 94.)

Rings um den unteren dem Gesicht aufliegenden Rand einer Chloroformmaske läuft eine Röhre, die mit mehreren nach dem Innern der Maske zu mündenden

Öffnungen versehen ist. Durch Anschluß dieser Röhre an einen Behälter mit Sauerstoff wird letzterer zugeleitet, während das Chloroform von außen auf die



Maske getropft wird. Der Apparat kann leicht von jedem Instrumentenmacher hergestellt werden. **Fehre** (Dresden).

32) **Dönitz.** Über Verwendung von Gummi als Zusatz zum Anästhetikum bei Lumbalanästhesie. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin. Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 32.)

D. berichtet über den in bezug auf zu kurze Dauer der Anästhesie und auf den Eintritt der eitrigen Meningitis höchst unglücklichen Verlauf des von Erhardt während des letzten Deutschen Chirurgenkongresses unter Gummianästhesie operierten Fall und weist die Behauptung, daß die Auskochung der Spritzen usw. in Sodalösung die Schuld getragen, energisch zurück, da die Spritzen usw. mit steriler Kochsalzlösung nach dem Kochen sorgfältig ausgespritzt worden waren. Auch in einer von Klapp ausgeführten Lumbalanästhesie mit Gelatine-Kokainlösung trat eine aseptische Meningitis auf, wie sie auch von Erhardt in einem weiteren Falle beobachtet worden ist. In beiden Fällen Erhardt's war die Inkongruenz zwischen Puls (langsam, voll) und Temperatur (erhöht) auffällig.

In einem Nachwort bleibt Erhardt bei seiner Behauptung von der Schädlichkeit der Soda und beruft sich auf seine mit der Gummianästhesie gemachten Erfahrungen. **Kramer** (Glogau).

33) **E. Holzbach.** Der Wert der Rückenmarksanästhesie für die gynäkologischen Bauchoperationen. (Aus der Tübinger Universitäts-Frauenklinik. Prof. Dr. Sellheim.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 28.)

Für die Technik der Lumbalanästhesie verlangt H., die Punktionsspritze mit einem Gummischlauch zu armieren, damit jede Verschiebung der Nadel während der Injektion vermieden werde, dem Präparat Suprarenin erst im Moment der Benutzung zuzusetzen und nach beendeter Injektion jeden Lagewechsel der Pat. langsam vorzunehmen. In bezug auf den Wert der Lumbalanästhesie äußert er sich auf Grund der zahlreichen Erfahrungen, besonders aus der Sellheim'schen Klinik, dahin, daß die Methode bei aufmerksamer Handhabung der Inhalationsnarkose in vielen Punkten so wesentlich überlegen ist, daß die jetzt ihr noch anhaftenden Unbequemlichkeiten gern dafür in Kauf zu nehmen seien. Unter den letzten 250 von im ganzen 1000 Fällen wurden nur in 9 ein völliges Versagen der

Anästhesie, in 7 ein unbefriedigender, durch Würgen und Brechen gestörter Verlauf, in 41 ein Nichtausreichen der Anästhesie, die durch die Inhalationsnarkose ergänzt werden mußte, verzeichnet. An Nacherscheinungen wurden in 3 Fällen eigenartige trophische Störungen (Infiltrat und Nekrose in der Glutäalgegend), in einigen anderen Blasenbildung im Gebiete des M. peroneus bzw. an einem Finger, in der Hälfte der Fälle eine transitorische Albuminurie (nach Stovainisierung ins Rückenmark) beobachtet. Heftige Kopf- und Nackenschmerzen der Operierten kommen Dank der verbesserten Technik nicht mehr vor. — Erwähnt sei noch, daß, um die Pat. während der Operation unter Lumbalanästhesie in ein schläfriges Stadium zu versetzen, kleine Dosen von Skopolamin-Morphin vorher gegeben wurden.

Kramer (Glogau).

34) **P. Courmont et A. Cade.** Maladie de Recklinghausen et tumeur du cervelet.

(Lyon méd. 1908. Nr. 27.)

Bei einer 28jährigen Frau mit Recklinghausen'scher Krankheit traten 17 Jahre nach Feststellung der ersten Geschwulst deutliche Zeichen einer Kleinhirngeschwulst auf (Hinterhauptskopfschmerz, ausgesprochene Gleichgewichtsstörungen. doppelseitige Stauungspapille, zerebrales Erbrechen). Da der Sitz der Geschwulst, ob rechts oder links, nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden konnte, wurde von einem operativen Eingriff abgesehen, und die Kranke ging unter gehäuften epileptiformen Krämpfen zugrunde. Bei der Sektion fand sich neben dem für Recklinghausen'sche Krankheit typischen Befund ein Sarkom der rechten Kleinhirnhemisphäre. Verff. erörtern die Beziehungen zwischen der Neurofibromatose und der Kleinhirngeschwulst; sie kommen zu der Ansicht, daß es sich um eine bösartige Generalisation der Grundkrankheit auf das Gehirn handelte. Derartige Fälle sind nur einigemal bisher beschrieben worden.

Boerner (Rastatt).

35) **De Renzi.** Nuove applicazioni curative. Cisticerco cerebrale ed echinococco del fegato.

(Nuova revista clinico-terapeutica 1908. Nr. 6.)

Ausführlicher Bericht über zwei Fälle von Echinokokkeninvasion. In einem Falle fand sich bei einem 38jährigen Manne neben zahlreichen Hautechinokokken das klassische Bild eines Gehirncysticercus, das monatelang bestand. In dem anderen Falle waren die Erscheinungen eines Leberechinokokkus deutlich. In beiden Fällen ergab die Blutuntersuchung eine auffallende Eosinphilie, die R. auf die Anwesenheit der Echinokokkuscysten zurückführt. Von besonderer Bedeutung erscheinen die Erfolge der eingeschlagenen Therapie. Durch innerliche Darreichung von Extractum filicis mar., über dessen Verwendung leider keine exakten Angaben gemacht werden, gelang es, die Hautechinokokken und die Symptome des Gehirncysticercus zum Verschwinden zu bringen, so daß in den 2 der Kur folgenden Jahren keine Störung beobachtet werden konnte. Bei dem Leberechinokokkus verschwand Eosinophilie und Leberschwellung im Laufe von 20 Tagen. R. empfiehlt daher auf Grund dieser und weniger analoger Fälle den ätherischen Extrakt des Filix mas. zur Behandlung der Echinokokken. **Strauss** (Nürnberg).

36) **Anton** und **v. Bramann** (Halle a. S.). Balkenstich bei Hydrocephalien, Tumoren und bei Epilepsie.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 32.)

Die Ursachen und Wirkungen der vermehrten Flüssigkeitsansammlung in den Gehirnhöhlen des Näheren besprechend und die geringen, weil zu kurzdauernden Erfolge der Ventrikel- und Lumbalpunktionen hervorhebend, machen Verff. den Vorschlag, eine freie Kommunikation der Ventrikelflüssigkeit mit dem Subduralraum des Gehirns und Rückenmarks, wie sie für die ungestörte Ernährung und für die gleichmäßige Funktion der Nervenkomplexe des Gehirns notwendig ist,

durch operative Öffnung des Balkens so herzustellen, daß dieser neue Weg dauernd erhalten bleibt. Zu diesem Zweck soll von einer kleinen Trepanations- oder Bohrlochöffnung aus seitlich der Mittellinie in der Querebene der rechten präzentralen Furche mit einer, an der Falx entlang geführten, gebogenen Kanüle mit stumpfer Spitze, — um die Balkenarterie nicht zu verletzen —, der Stich und die Erweiterung desselben gemacht werden. Vier sehr eingehend mitgeteilte Krankengeschichten von drei Fällen von Hydrocephalus internus und ein Fall von Meningitis serosa, in denen in der angegebenen Weise vorgegangen und nach der Eröffnung des Balkens mit Entleerung von Liquor die Dura wieder genäht, der Haut-Knochenlappen zurückgeschlagen und die Kopfwunde geschlossen worden war, beweisen, daß die Operation gut durchführbar, von den Pat. ohne Nachteil ertragen und von subjektiver und objektiver Besserung der Hirndruckerscheinungen gefolgt war.

Verff. empfehlen den Balkenstich bei Hydrocephalus, bei Geschwülsten mit Hydrocephalus und Stauungsneuritis (Fall 3), bei Hypertrophie des Gehirns von Epileptikern und »Pseudotumoren«, d. h. den anderen mit Raumbeengung des Gehirns einhergehenden Erkrankungen (Meningitis serosa usw.).

Kramer (Glogau).

37) **M. Hajek.** Ein Beitrag zur Kenntnis des dentalen Empyems der Kieferhöhle auf Grund meiner Beobachtungen der letzten 10 Jahre.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

Verf. ist zwar mit der Mehrzahl der Rhinologen der Ansicht, daß die meisten Kieferhöhlenempyeme nasalen Ursprunges sind, zeigt aber an instruktiven Fällen, daß die dentalen viel häufiger sind, als man annimmt. Er fand unter 250 Empyemen 20 dentale. Die von ihm mitgeteilten Fälle erläutern sehr gut, wie schwer es oft ist, den dentalen Ursprung zu erkennen, und er selbst ist sicher, noch viele Fälle übersehen zu haben. Die Röntgenuntersuchung wird häufig Aufschluß geben können. H. teilt die Formen des dentalen Empyems ein in solche bei akut und solche bei chronisch entzündlichen Veränderungen der Zahnwurzel und der Alveolarumgebung. Manchmal ist weder ein Wurzelabszeß, noch ein Granulom, noch ein breiter Durchbruch vorhanden, und man muß dann annehmen, daß die putriden Stoffe der Pulpa durch die Wurzelspitze die Kieferhöhle erreicht haben. Auch hinter gut sitzenden Füllungen finden sich manchmal eitergefüllte Wurzelkanäle. Literatur. **Renner** (Breslau).

38) **E. Kellner.** Beitrag zur Klinik der mit Knochennekrose einhergehenden Kieferhöhleneiterungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

Knochennekrose kann entweder durch Übergreifen der Entzündung von der Schleimhaut der Kieferhöhle auf Periost und Knochen entstehen, oder bei Osteomyelitis des Oberkiefers, oder fortgeleitet vom Alveolarfortsatze. Die mediale und die faciale Wand werden von der Nekrose bzw. Perforation bevorzugt. Verf. bringt acht Fälle. Alle wurden durch breite Eröffnung nach Luc-Caldwell vollkommen und dauernd geheilt. **Renner** (Breslau).

39) **O. Kahler.** Zur Frage der Genese der Cholesteatome der Nebenhöhlen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

Daß neben der sekundären, meist durch Eiterung bedingten Entstehung von Nebenhöhlencholesteatomen auch eine primäre, epidermoidale vorkommt, zeigt Verf. an einem von ihm operierten Falle von Cholesteatom des Stirnbeines. Neben der Stirnhöhle, die keinen pathologischen Inhalt, nur mikroskopisch chronisch entzündliche Schleimhaut aufwies, fand sich eine 6 : 5 : 3 cm große, mit gelber Flüssigkeit und rötlich grauen krümligen Massen gefüllte Höhle, an einigen Stellen mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet. Eine Entstehung aus einem abgeschlos-

senen Teile der Stirnhöhle oder einer verlagerten Siebbeinzelle glaubt Verf. ausschließen zu können. Außerdem soll der Befund von elastischen Fasern in der Wand für die epidermoidale Entstehung sprechen.

Acht Fälle von echten Stirn- und Kieferhöhlencholesteatomen werden angeführt. Literatur. **Renner** (Breslau).

40) **Barret and Orr.** Two cases of epistaxis, in which ligation of external carotid artery became necessary.

(Intercol. med. journ. of Australasia 1908. Juni 20.)

Zwei Fälle von Nasenbluten, das schließlich, nachdem alle anderen Mittel ohne nachhaltigen Erfolg geblieben waren, die Unterbindung der Carotis ext. notwendig machte, worauf die Blutung prompt stand. Es handelte sich um jüngere Männer ohne nachweisbare Hämophilie oder sonstige in Betracht kommende Erkrankungen, bei denen die Blutung nach Entfernung eines Nasenpolypen, bzw. Kauterisation vergrößerter Nasenmuscheln ohne besondere Gelegenheitsursache einige Tage nach der Operation einsetzte. Wahrscheinlich handelte es sich in beiden Fällen um Ulzeration der Blutgefäße. **Mohr** (Bielefeld).

41) **Alessandri.** Contributo alla chirurgia conservativa delle ossa e delle articolazioni.

(Bull. della R. accad. med. di Roma Anno XXXII. p. 371—397.)

In diesem lesenswerten Artikel berichtet A. über seine Erfahrungen aus dem Kapitel der Extremitätenchirurgie. Zunächst handelt er die Tuberkulose ab. Er geht hierbei in seinen konservativen Bestrebungen sehr weit, kann aber trotzdem von ausgezeichneten Erfolgen sprechen. Unkomplizierte Fälle (33 Krankengeschichten) behandelt er mit Injektionen von 1%iger Jod-Jodkalilösung nach Durante (cf. dieses Zentralblatt 1906 p. 38) in den Krankheitsherd sowohl wie allgemein (in Nates oder Bauchwand), eine Behandlung, die sich besonders für reine Knochenherde eignet. Dabei wendet er die üblichen Kontentivverbände an. Fortgeschrittene Fälle (ebenfalls 33 Krankengeschichten) reseziert er und hat auf diese Weise, besonders am Fuß, selbst verzweifelte Fälle geheilt. Auch bei Geschwülsten, sei es myelogenen oder periostalen Sarkomen, geht er konservativ mit Resektion vor. Alsdann berichtet A. über einige Fälle von Frakturen, weiterhin über fünf Pseudarthrosen, zum Teil mit starker Dislokation, die er durch Knochennaht zur Heilung gebracht, zum Teil mit Resektion der Fragmente. **A. Most** (Breslau).

42) **W. A. Oppel.** Die operative Behandlung der Folgen von partiellen Schußverletzungen peripherer Nervenstämme.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1908. [Russisch.])

Auf Grund deutscher (Henle), japanischer und russischer (zum Teil persönlicher) Erfahrungen bespricht O. die operativen Maßnahmen und redet besonders der Neurolyse das Wort. Er betont, wie wichtig es ist, dem aus fibröser oder knöcherner Haft befreiten Nerven ein neues Bett zu schaffen, das ihn gegen wiederholte narbige Umstrickung schützt.

Beachtenswert — wie O. mit Recht hervorhebt — ist der folgende Fall. Wegen unerträglicher Beschwerden mußte O. aus einem N. medianus 4 cm resezieren. Sowohl den zentralen als auch den peripheren Medianusstumpf implantierte er seitlich dem N. ulnuris. Unmittelbar nach der Operation konnte Pat. die Finger bewegen! Nach einigen Monaten stellte sich eine Neuritis des Ulnaris ein, die O. dazu zwang, den Medianus wieder abzutrennen; dabei wurde das zentrale Medianusende noch um 10 cm gekürzt. Auch nach dieser Operation keine Motilitätsstörungen! Es ist also erwiesen, daß höher hinauf Anastomosen motorischer Nerven vorhanden gewesen sein müssen, an deren Vorhandensein wir noch nicht genügend gewöhnt sind. **V. E. Mertens** (Kiel).

43) **Anglada.** Luxations doubles simultanées scapulo-humérales.

(Arch. internat. de chir. 1908. II, 6.)

Eine 55jährige, fettleibige Frau fiel bei einem Sturze von der Treppe auf beide vorgestreckte Hände, wodurch es zu einer doppelseitigen symmetrischen Oberarmverrenkung kam, die sich in Narkose leicht reponieren ließ. Die kasuistische Besonderheit des Falles veranlaßte den Verf., eine Zusammenstellung der bisher in der Literatur bekannten Tatsachen über die verhältnismäßig seltenen doppelseitigen Verrenkungen zu versuchen und durch ausführliche Literaturangaben zu ergänzen.

Strauss (Nürnberg).

44) **Bovero.** Di alcune modalità poco note del »processus supracondyloideus humeri internus«.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino Anno LXXI, 6.)

Nach einer kurzen Zusammenstellung der bisher beobachteten und beschriebenen Varietäten des Processus supracondyloideus humeri bringt Verf. die ausführliche Beschreibung von zwei weiteren Varietäten, die er im Laufe einer 32 Fälle umfassenden Arbeit fand. Die Darstellung der Besonderheiten der Fälle würde den Rahmen eines Referates überschreiten.

Ausführliche Literaturangaben ergänzen die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

45) **F. Villars et P. Canaguier.** Sur un cas de lipome intra-musculaire du brachial antérieur.

(Journ. de méd. de Bordeaux 1908. Nr. 33.)

Intramuskuläre Lipome sind bisher nur selten beschrieben worden. Ihre Diagnose kann große Schwierigkeiten bieten, ganz besonders die Differentialdiagnose gegen kalten Abszeß und Sarkom; Fluktuation, Veränderungen der Haut, Drüsenschwellungen, Tuberkulose anderer Organe werden für Abszeß, rapides Wachstum und ungleichmäßige Konsistenz für Sarkom sprechen. Verff. beobachteten ein Lipom des linken M. brachial. int., welches durch seinen seltenen Sitz, sein schnelles Wachstum im Anschluß an ein Trauma und seine Größe (Umfang 25 cm) ganz besonders bemerkenswert ist. **Boerner** (Rastatt).

46) **Thon.** Volare, mit typischer Radiusfraktur komplizierte Ulnaluxation. — Ulnarislähmung. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Gießen. Prof. Poppert.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 29.)

Pat. war zu Fall gekommen, wobei er auf dem Terrazzoboden mit beiden Füßen gleichzeitig nach vorn rutschte und nach hinten auf die rückwärts ausgestreckte, stark dorsalflektierte linke Hand fiel; als er schon zu Boden lag, rutschte er infolge des Schwunges noch ein wenig weiter nach vorwärts, so daß die linke Hand zum zweiten Male noch stärker dorsalflektiert wurde. Hierbei war, nachdem vorher der typische Radiusbruch entstanden, ermöglicht durch ein volares Ausweichen des Ulnaköpfchens, eine hochgradige dorsale und proximale Verschiebung des distalen Radiusfragmentes eingetreten. Obwohl die trotz mehrfacher Frakturierung des letzteren gelungene Einrichtung bald vorgenommen worden, war doch, wohl durch eine Quetschung gegen das weit nach unten herausgetretene Ulnaköpfchen, eine Lähmung des M. ulnaris erfolgt, die nicht mehr behoben werden konnte.

Kramer (Glogau).

47) **Waechter.** Arrest of growth at the lower end of the radius after separation of its epiphysis.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Ein 11jähriges Kind erlitt durch Fall einen Epiphysenbruch am unteren Ende des linken Radius. 2 Jahre nach der im übrigen guten funktionellen Heilung bemerkten die Eltern, daß die Beweglichkeit im Handgelenk abnahm, und daß die

Hand schief stand. W. konstatierte eine ulnare Abduktionsstellung der Hand, die, wie das Röntgenbild nachwies, durch ein verschiedenes Wachstum der beiden Unterarmknochen bedingt war. Das untere Ende des Radius war im Längenwachstum infolge der verknöcherten Epiphysenlinie zurückgeblieben. Die verknöcherte, mit Zerstörung des Gelenkknorpels einhergehende Verknöcherung der Epiphysenlinie war eine Folge des erlittenen Bruches.

Herhold (Brandenburg).

48) **R. Guzzi** (Mailand). Caso singolare di edema traumatico alla mano destra.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 9.)

G. bringt einen ungewöhnlichen Fall von hartem Ödem der rechten Hand im Anschluß an ein Trauma zur Kenntnis: Ein 20jähriger Bauer geriet vor 6 Jahren mit dem rechten Zeigefinger in ein Zahnradgetriebe und verlor die zweite und dritte Phalanx, worauf nach einigen Tagen auch die Grundphalanx exartikuliert wurde. Monatelang blieben Unempfindlichkeit und Schwäche im ganzen Arm zurück. Gleich nach Wiederaufnahme der Arbeit stellte sich ein bedeutendes Ödem der Hand mit unerträglichen Schmerzen ein, die erst nach absoluter Ruhe und Massage nach mehreren Monaten schwanden. Diesen wechselnden Zustand ertrug Pat. durch 4 Jahre, bis sich das Ödem mit den argen Schmerzen, besonders entsprechend dem zweiten Metacarpus, dauernd erhielt und jeder Behandlung widerstand. Es wurde ein Teil des Metacarpus reseziert; das Ödem und die Schmerzen schwanden rasch, und Pat. konnte $1^1/_2$ Jahr lang alle Arbeiten verrichten. Da stieß er die Dorsalseite der Hand heftig an eine Mauer an; am nächsten Tage waren Schmerzen und Ödem wiedergekehrt und erreichten in wenigen Tagen enorme Dimensionen. Nun wurde der Rest des zweiten Metacarpus reseziert. Unter Lichtbädern und Massage schwanden alle Erscheinungen innerhalb weniger Wochen, so daß wieder ein Jahr lang verhältnismäßiges Wohlbefinden blieb, einzelne Intervalle mit Ödem und Schmerzen abgerechnet. Allmählich kehrten beide ungemein heftig wieder. Die Schmerzen wurden nun als konstante, zeitweilig bis in die Schulter ausstrahlende angegeben, die jede Berührung und Bewegung der Hand unmöglich machten. Das Ödem betrifft gleichmäßig die ganze Hand, von der Radiocarpalfuge angefangen, bei normaler Hautfarbe und Temperatur. Die Haut ist trocken, die Nägel sind normal. Die Schwellung ist kaum eindrückbar, die entstandene Delle verschwindet sofort, die Konsistenz ist eher elastisch zu nennen. Druck enorm schmerzhaft. Pulsqualitäten der Radiales gleich. Reflexe rechts gesteigert. Fingerbeweglichkeit durch das Ödem behindert und schmerzhaft. Druck auf die Nervenstämme und Muskeln des rechten Armes sehr schmerzhaft. Die taktile Empfindlichkeit ist wesentlich herabgesetzt am ganzen Unterarm und an der Hand. Die elektrische Untersuchung ergibt keinen Unterschied. — Lichtbäder, Massage, sowie Extensionen des Armes im Rossi-Schede'schen Rahmen ließen das Ödem noch einmal völlig verschwinden. Aber nach 3 Monaten wieder der alte Zustand; außerdem war die Haut cyanotisch, glänzend. Thiosinamin hatte keinerlei Wirkung. Nun wurde ein Versuch mit blutiger Dehnung der drei Nervenstämme gemacht. Nach wenigen Stunden war das Ödem verschwunden, die entsetzlichen Schmerzen blieben. Nach 26 Tagen wurde wegen des neuerlichen Ödems eine zweite blutige Dehnung ausgeführt. Diesmal schwanden beide Erscheinungen für 6 Tage; eine dritte Dehnung des Ulnaris und Radialis wurde mit einer Resektion im Medianus verbunden, dessen Gebiet die ärgsten Schmerzen anzugehören schienen. Mit dem neuerlichen Zurückgehen des Ödems hatte sich aber diesmal eine progressive Unterempfindlichkeit des ganzen Armes eingestellt, die vom Ellbogen abwärts in vollständige Anästhesie überging. Dabei Entartungsreaktion im Medianus- und Ulnarisgebiet. Nach wenigen Wochen mußte wegen des kolossalen Ödems, der blassen, glänzend gespannten Haut mit Dehnungsgeschwüren am Handrücken und Vorderarm und vor allem wegen der unerträglichen kontinuierlichen Schmerzen zur Amputation im mittleren Drittel des Oberarmes geschritten werden. — G. will die Differentialdiagnose zwischen neurotrophischem (neuritischem), hysterischem, syringomyelitischem

und »traumatischem« Ödem dahin entscheiden, daß es sich um ein »traumatisches« Ödem an einem hysterischen Subjekt gehandelt hat. — G. macht schließlich auf die ganz auffallende Wirkung der blutigen Dehnung auf das Ödem aufmerksam, die vielleicht in echten neurotrophischen Fällen mit Erfolg versucht werden könnte.

J. Sternberg (Wien).

49) **P. Bull.** Luxatio dorsalis ossis magni carpi.

(Norsk mag. for. laegevid. 1908. Nr. 8.)

Bemerkenswerter Fall von dorsaler Verrenkung des Kopfbeins ohne Fraktur des Os naviculare und ohne gleichzeitige Verrenkung des Os lunatum. In den ersten 4—5 Wochen starke Schmerzen und Parästhesien der rechten Hand. Diese, von der Kompression des N. medianus und N. ulnaris herrührenden Symptome gehen im Laufe von 6 Monaten völlig zurück, während eigentümliche trophische Störungen an den Fingernägeln und an der Hand bestehen bleiben. Nach mehr als einem halben Jahre auffallende Besserung des funktionellen Ergebnisses. Die Beweglichkeit der Finger und die Kraft des Handgelenkes nimmt zu. Doch blieb der Daumen wegen seiner ausgeprägten Extensionsstellung wenig brauchbar. Mit Rücksicht auf das immerhin nicht ungünstige Heilungsresultat wurde von einem operativen Eingriff Abstand genommen.

Die Verletzung war durch Fall in den Schiffsraum, wahrscheinlich infolge Hyperextension der Hand entstanden. Die Symptome der dorsalen Verrenkung des Os capitatum sind abnorme Stellung der Hand, Formveränderung des Handgelenkes, funktionelle Beeinträchtigung der Hand- und der Fingerbewegungen und nervöse Störungen im Gebiete des Medianus, seltener des Ulnaris. Diagnostisch wichtig sind die Parästhesien im Medianus- und Ulnarisgebiete sowie die Verkürzung des Handgelenkes, die 0,5—1,0 cm beträgt. In frischen Fällen versuche man die Reposition des verrenkten Handwurzelknochens in Narkose durch Hyperextension, Zug und direkten Druck. Meist mißglückt die Reposition oder gelingt nur unvollständig. In diesen Fällen entferne man das Os lunatum durch einen volaren Schnitt längs der Sehne des Palmaris longus.

Revenstorf (Hamburg).

50) **Reismann** (Haspe). Hochgradige Narbenkontraktur sämtlicher Finger der rechten Hand in Beugestellung.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 28.)

51) **K. Vogel.** Zur Therapie der Narbenkontraktur der Hand.

(Ibid. Nr. 33.)

Die durch Verbrennung entstandene Beugekontraktur wurde von R. zunächst durch zahlreiche quere Einschnitte der Finger bis auf die Sehnen mit nachfolgender Streckung und Fixierung der letzteren in Streckstellung zu beseitigen gesucht. Da ein Rezidiv erfolgte, wurde der Eingriff wiederholt, sodann das Narbengebiet in der Hohlhand umschnitten, unterminiert, der nach Streckung entstandene Defekt durch dem Oberschenkel entnommene Thiersch'sche Lappen gedeckt. Zur Mobilisierung der Finger und Erhaltung ihrer Streckstellung benutzt R. einen zweckmäßigen, mit Gummizügen versehenen Apparat. — Das Resultat der Behandlung war schließlich, auch in bezug auf die Funktion der Finger, ein sehr gutes und seit 2 Jahren andauernd günstigster Art.

V. empfiehlt unter Hinweis auf einen Fall von Kontraktur nach Maschinenverletzung, in dem er nach Ausschneidung der Schwiele die Haut des unbrauchbar und hinderlich gewordenen Zeigefingers in den Defekt eingenäht hatte, dieses Verfahren auch dann, wenn ein Finger nicht ganz unbrauchbar geworden sei. Er hält das R.'sche Verfahren für zu mühevoll und unsicher im Erfolge, nicht vor Rezidiven schützend, während das von ihm angewandte letztere ausschließe und für den Pat. mit wenig Unbequemlichkeiten verbunden sei. Die vorhergehende Behandlung der zu operierenden Hand im Heißluftkasten wird von V. erneut gerühmt.

Kramer (Glogau).

52) **S. Kofmann** (Odessa). Kasuistischer Beitrag zur Frage der Fingerfrakturbehandlung.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 4.)

K. erzielte ein gutes Heilungsresultat bei Bruch der Grundphalanx des rechten Mittel- und Zeigefingers, dessen Fragmente einen dorsalwärts offenen Winkel bildeten, indem er die mit steriler Gaze umwickelten Finger mitsamt den übrigen in die Hohlhand einschlug und auf einem Wattebausch, der auf die hervorspringenden Fragmente einen Druck ausüben sollte, einen Verband anlegte.

Hartmann (Kassel).

53) **A. Hintz.** Ein Fall von Riesenzellensarkom an der Grundphalanx des rechten Ringfingers. (Aus der Wiener dermatologischen Klinik und dem pathologischen Institute.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 15.)

Ein Jahr nach Beginn der Geschwulst wurde sie entfernt. Sie war pflaumengroß, von normaler Haut überzogen, anscheinend weder mit dieser noch der Unterlage verwachsen, aber auf der Strecksehne reitend und sich mit ihr bewegend. Bei der Operation erwies sie sich mit der Sehne verwachsen und vom Periost ausgehend, von dessen derbfibrösen Schichten sie sich mikroskopisch aber deutlich abgrenzte. Es war ein polymorphzelliges Riesenzellensarkom vom Charakter der Epuliden, mit dem es die relative Gutartigkeit gemeinsam hatte.

Renner (Breslau).

54) **I. Bruce.** The relation between sciatica and disease of the hipjoint.

(Practitioner 1908. April.)

Die von William Bruce im Jahre 1903 auf Grund klinischer Untersuchungen ausgesprochene Vermutung (Sciatica, an inquiry as to its real nature and rational treatment. Lancet 1903 August), daß als Ursache für ischiadische Beschwerden eine Hüftgelenkserkrankung (Gicht, Arthritis deformans) vielfach nachgewiesen werden könne, sucht Verf. durch fünf Krankengeschichten zu stützen.

In sämtlichen Fällen handelte es sich um Personen mit typischen ischiadischen Beschwerden, ohne daß klinisch am Hüftgelenk der affizierten Seite irgendein pathologischer Prozeß nachgewiesen werden konnte. Erst durch die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen wurden mehr oder weniger starke Veränderungen (Arthritis deformans im Bereiche des Schenkelkopfes und der Pfanne) festgestellt, die in dem ersten Fall eine Hüftresektion nötig machten. In ähnlicher Weise, wie bei einer Coxitis tuberculosa Schmerzen im Kniegelenk durch Zweige des N. obturatorius, bzw. bei Schmerzen an der Vorderseite des Knies durch Äste des N. cruralis ausgelöst werden können, ist es auch bei einer Arthritis deformans der Hüfte möglich, daß Schmerzen in der Glutäalgegend auftreten, die für ischiadische gehalten und dementsprechend behandelt werden. Dem Verf. liegt es fern, zu behaupten, daß in allen Fällen von Ischias Veränderungen am Hüftgelenk nachgewiesen werden können, bzw. daß in allen Fällen von Arthritis deformans der Hüfte auch ischiadische Beschwerden vorhanden sind; er rät vielmehr, mit der Diagnose »Ischias« vorsichtig zu sein und niemals die Durchleuchtung der Hüfte derartiger Kranker zu unterlassen.

Jenckel (Göttingen).

55) **Gillette.** Ligation of the left common iliac artery.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Wegen eines Aneurysmas der linken A. ischiadica, das in der Gesäßgegend pulsierend fühlbar war, machte G. die Unterbindung der linken A. iliaca int. 7 Monate pulsierte das Aneurysma nicht, dann macht es sich wieder bemerkbar, und G. unterband jetzt die Iliaca ext., nachdem er vergeblich versucht hatte, das direkt zuführende Gefäß zu finden. Als auch jetzt die Pulsation fortbestand, unter-

band er die linke Iliaca comm. dicht unter der Aorta und exstirpierte dann den Aneurysmasack. Es trat Gangrän des Beines ein, das dicht oberhalb des Knies amputiert werden mußte; dann erfolgte Heilung.

Aus der Literatur sammelte G. 80 Fälle von Unterbindung der A. iliaca comm.; 56 = 70% endeten tödlich infolge der Operation. Gangrän trat bei den letzten 21 Fällen in $33^{1}/_{3}$% ein, während sie in den vorher publizierten Fällen etwas häufiger war. Verf. hält die Operation doch für sehr gefährlich, und ist sie nach ihm nur im äußersten Notfalle auszuführen. **Herhold** (Brandenburg).

56) **Binnie.** Aneurysmorrhaphy.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Verf. vergleicht das Entstehen von Aneurysmen mit dem Hervorwölben der Wand an brüchig gewordenen Stellen von pneumatischen Automobilreifen und erläutert die Ähnlichkeit an Zeichnungen. Sodann schildert er die Operation eines falschen Kniekehlenaneurysmas, in dessen Höhle das erweiterte, eine $^{3}/_{4}$ Zoll breite Öffnung zeigende Arterienrohr lag. B. spaltete dieses wahre Aneurysma und vernähte nach Matras die im Grunde liegenden Arterienöffnungen mit Jodcatgut. Darauf verkleinerte er den übrigen Teil des Sackes durch Raffnähte und nähte die Haut bis auf eine kleine, für ein dünnes Drainrohr bestimmte Öffnung darüber zu. Das Aneurysma wurde auf diese Weise geheilt. **Herhold** (Brandenburg).

57) **Abbe.** Aneurysmorrhaphy.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Es handelt sich um den selten Fall eines Aneurysma der Glutaea superior, das auf den N. ischiadicus drückte und andauernd heftige Schmerzen verursachte. A. unterband zunächst die A. iliaca ext. und spaltete nach Auseinanderziehen der Gesäßmuskeln den freigelegten, nicht mehr pulsierenden Aneurysmasack. Aus der in der Tiefe des Sackes befindliche Öffnung der A. glut. superior blutete es, durch Fingerdruck ließ sich diese Blutung beherrschen. Nunmehr wurde die erste Naht des Sackes mit feinem Chromcatgut oberhalb der Fingerspitze und dann tabaksbeutelartig um die Öffnung der A. glut. herumgelegt und nach Aufheben des Fingers schnell zugezogen. Dann wurde die Innenfläche des ganzen Sackes durch innere Nähte aneinander genäht, so daß eine völlige Verödung desselben die Folge war. Beim Lösen der Unterbindung der A. iliaca externa blutete es nicht mehr. Die Wunde wurde geschlossen, und es trat völlige Genesung ein.

Herhold (Brandenburg).

58) **Blake.** Aneurysmorrhaphy.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Es handelte sich in dem vorliegenden Falle um ein Aneurysma der A. poplitea. Nach Spaltung des Sackes unter Esmarch'scher Blutleere sah man die mit dem Sack kommunizierende Öffnung an der oberen Hälfte desselben etwas seitlich der Inzision. Es wurde diese Öffnung durch Chromcatgutnähte verschlossen, der Sack durch Nähte vereint und außerdem der Sicherheit halber die Arterie am proximalen Ende des Sackes unterbunden, während das distale Ende offen blieb. Nach Lösung des Gummischlauches war eine Blutung nicht vorhanden. Ungestörte Heilung. **Herhold** (Brandenburg).

59) **A. Morávek.** Patellarsarkom.

(Časopis lékařů českých 1907. p. 1003.)

Bei einem 30jährigen Manne, der über 10 Monate an stechenden Schmerzen litt, im Knie entwickelte sich nach einem Sturz auf dieses Knie eine langsam wachsende Geschwulst. Da dieselbe auf dem Röntgenogramm gut abgegrenzt war, wurde nur eine Exstirpation der Kniescheibe vorgenommen und der Defekt in der Gelenkkapsel durch einen Lappen aus dem M. vastus internus gedeckt. Der Erfolg war in funktioneller Hinsicht sehr befriedigend, da Pat. fast den ganzen Tag ohne Beschwerden stehen kann; die Extension ist normal, die Flexion nur wenig behindert. Die histologische Untersuchung ergab ein Sarcoma gigantocellulare.

G. Mühlstein (Prag).

60) **Schwarz.** Ein Fall von fibromatöser Verdickung der Achillessehne. (Aus der kgl. chir. Klinik der Universität Halle a. S. Prof. v. Bramann.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 23.)

In S.'s Fall lag eine traumatische Entstehung der Tendinitis achillea vor, in deren Verlauf es zu einer beträchtlichen, gut fingerbreit oberhalb der Sehnenansatzstelle beginnenden und 2 cm nach oben reichenden Verdickung der Sehne gekommen war; Dorsalflexion und Abrollen des Fußes waren stark behindert, so daß Pat. mit auswärts gedrehtem Fuße ging und stets hinkte. Die Exstirpation der Geschwulst ergab ein Fibrom mit lockerer Anordnung der Fasern. S. nimmt an, daß bei dem Pat. eine gewisse Disposition der Sehnen zu Erkrankung vorgelegen habe; Pat. selbst behauptete zu Rheumatismus zu neigen, übrigens schlecht sitzendes Schuhwerk nie getragen zu haben. **Kramer** (Glogau).

61) **Niosi.** Par la diagnosi di una non comune lesione sifilitica gommosa sottocutanea dell' arto inferiore.

(Clinica moderna 1907. Hft. 16.)

Bei einem 25 Jahre alten Manne findet sich eine halbweiche, an den Rändern härtere, nicht scharf begrenzte, große, flache Geschwulst im Subkutangewebe und der Aponeurose der unteren Hälfte der vorderen und seitlichen Teile des linken Oberschenkels, die auf die vordere und innere Seite des Knies übergreift. Die seit 6 Jahren bestehende und in ihren erweichten Teilen mehrfach punktierte Geschwulst wurde in der irrtümlichen Annahme eines Sarkoms inzidiert, wobei sich eine blutige Flüssigkeit entleerte und elastisch harte, weißgelbliche Granulationen mit nekrotisierender und leicht blutender Oberfläche vorgefunden wurden. Unter Jodoformbehandlung und fünf Kalomelinjektionen erfolgte schnelle und dauernde Heilung, wobei der anämische Pat. sich gleichzeitig sehr erholte. Zwei nachträglich gefundene Hautulzerationen heilten gleichfalls unter der Hg-Behandlung. Die Anamnese war völlig negativ. **Dreyer** (Köln).

62) **J. Znojemsky.** Frakturen des Calcaneus.

(Časopis lékařů českých 1908. p. 511.)

Z. stellt aus der Klinik Kukula's in Prag 17 Fälle von Fersenbeinbrüchen zusammen. Nur einmal (Fall I) lag ein echter Rißbruch des Tuber calcanei vor, beim Sprung aus der Höhe auf die Fußspitzen durch Kontraktion der Wadenmuskeln entstanden. Die Bruchlinie verlief parallel mit der architektonischen Struktur der Spongiosa. Im Fall II verlief die Bruchlinie vertikal, aber außer diesem Rißquerbruch des Tuber war noch ein Bruch des Korpus vorhanden. Ätiologie: Sturz auf eine feste Unterlage und reflektorische Kontraktion der Wadenmuskulatur. Fall III betraf einen Bruch des Korpus; Fall IV—VI waren Frakturen des Processus anterior, und alle übrigen Fälle waren Kompressivbrüche. Sämtliche Fälle sind durch Röntgenogramme erläutert. In therapeutischer Beziehung empfiehlt Z. folgenden Vorgang: Entsprechend der anatomischen Form des Bruches wird so redressiert, daß eventuelle Kontrakturen vermieden werden; dann Gipsverband für 2—3 Wochen, der durch einen Verband aus Wasserglas ersetzt wird. Jetzt wird massiert, gebadet und elektrisiert, wobei aber der Kranke mindestens 6 Wochen liegen muß. Bei starker Dislokation der Bruchstücke werden dieselben operativ miteinander vereinigt, event. werden sie exstirpiert.

G. Mühlstein (Prag).

Berichtigung. In Nr. 40 p. 1191, Ref. 33, Z. 13 u. 14 muß es statt »ist gefährlich« heißen: »beschreibt Verf. ausführlich«.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 44. Sonnabend, den 31. Oktober 1908.

Inhalt.

I.

Eine neue Sterilisierungsmethode der Haut bei Operationen.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. Antonio Grossich,
Primärchirurg am städtischen Hospital in Fiume.

(Aus dem Italienischen übersetzt.)

Unter den 1600—1800 Kranken, die jährlich in die chirurgische Abteilung des Fiumaner Krankenhauses aufgenommen werden, befinden sich wenigstens 5—600 Verletzte, von diesen wieder etwa 3—400 mit offenen Wunden. Jeder Spitalschirurg weiß, wie schwer eine aseptische Versorgung solcher Wunden ist, besonders wenn dieselben die behaarte Kopfhaut, den Hals, die Achselhöhle, das Scrotum, die Finger oder die Zehen betreffen, und wenn der Verletzte, oft mitten in der Nacht hereingebracht, stark blutet.

In einem solchen Falle, vor ca. 1 Jahre, dem Gedanken folgend, daß viele Operateure und ich selber nach der regelrechten Reinigung der Haut vor den Operationen die Schnittstelle mit Jodtinktur bestreichen, bestrich ich die, eine offene, eingerissene, breite Wunde umgebende Haut mit Jodtinktur allein, ohne irgend eine Waschung, nähte dann die Wunde vollkommen zu, bestrich noch einmal die Nähte mit der Tinktur und legte dann den gewöhnlichen sterilen Verband an. Es trat Heilung per primam ein. Eine zweite, dann eine dritte, eine zehnte in der *gleichen* Weise versorgte Wunde heilte ebenso schön. Seitdem haben sowohl ich als meine Assistenten die Methode allgemein angewendet, d. h. nach der trockenen Rasierung der Haare einfach mit Jodtinktur bestrichen, die Bestreichung dann wiederholt, nachdem die Wunde genäht wurde, und der Erfolg war *immer* eine reine Prima intentio, ohne die geringste Spur von Rötung, Schwellung, Eiterung oder Temperaturerhöhung. Dieser Erfolg war konstant, selbst wenn die Wunden mitunter manche Stunden, sogar Tage unversorgt geblieben waren; die reinste Heilung trat immer ein, wenn die Wunden nur kein Zeichen einer schon bestehenden Entzündung, wie Rötung oder Schwellung, darboten. Zu bemerken ist noch, daß die Verletzten fast alle aus dem Hafen oder aus den Fabriken kamen, wo ca. 20000 Arbeiter aller Nationalitäten und Rassen beschäftigt sind, meist Leute, die nicht als sehr rein zu bezeichnen sind.

Durch diese Erfolge ermutigt, wendete ich die Methode nicht mehr allein bei Wunden, sondern auch bei kleineren Operationen, bei Atheromen, Hydrokelen usw. an. Nun stellte sich die merkwürdige, ja paradoxe Tatsache ein, daß, wenn der Pat. unmittelbar vor der Operation ein Seifenbad genommen hatte oder sonst mit Seife und Wasser gereinigt wurde und erst dann mit Jodtinktur bestrichen, nicht mehr allemal eine wirklich glatte Heilung eintrat. Hier und da eiterten die Nähte oder diastasierten die Wundränder, oft kam es zu wahrer Eiterung. Wenn aber jede Waschung unterblieb und nach der trockenen Rasierung der Haare die Haut des Operationsfeldes weit und breit mit Jodtinktur bestrichen wurde, so blieb auch bei diesen Operationen die perfekteste Prima intentio nie aus.

Diese paradoxe Tatsache fand eine Erklärung durch die mikroskopische Untersuchung kleiner, vor dem Beginne der Operation exzidierter Hautstückchen. Bekanntlich bildet die oberflächliche Schicht der Epidermis kein absolut kompaktes Gewebe; schmale Interzellularräume sind bei Alkoholhärtung stets deutlich nachweisbar, daher der Name: Stratum disjunctum Ranvier; nun bedingt das Wachstum der basalen Schicht eine Lockerung der oberflächlicheren Zellen, indem dieselben auf eine größere Fläche verteilt und gedehnt werden; es entstehen dadurch Einrisse, welche die sogenannte horizontale Abschuppung der Epidermis verursachen. Dieser Prozeß geht ununterbrochen vor sich, aber selbstverständlich nicht in der Weise, daß der Einriß plötzlich entsteht und die somit gebildete Schuppe auf einmal

den Zusammenhang mit der Epidermis verliert, sondern allmählich; so befinden sich unter den noch nicht fertigen Schuppen Kapillarräume, welche sowohl mit den Interzellularräumen als mit der Luft kommunizieren und die stets Fett, Schweiß und selbstverständlich auch Bakterien enthalten.

Die mikroskopische Untersuchung der mit Jod behandelten Hautstückchen zeigte nun, daß das Jod alle diese Spalten und sämtliche Interzellularräume sowie die Lymphbahnen imbibiert; diese Tatsache ist übrigens nicht neu, und wir sehen in unseren Beobachtungen bloß eine Bestätigung der Angaben anderer Autoren, auf welche wir hier nicht eingehen können. Dieses Penetrationsvermögen kommt dem Jod in alkoholischer Lösung fast spezifisch zu; Wasser oder wäßrige Lösung dringen nur unvollständig und bloß in die oberflächlichsten Schichten ein. Der Grund des hohen Penetrationsvermögens der Jodtinktur ist ein mehrfacher: erstens löst dieselbe als eine alkoholische Tinktur das Fett, welches sich immer in den Kapillarräumen befindet, und wird von diesen letzteren geradezu absorbiert. Andererseits kommt dem Jod selbst ein besonderes Penetrationsvermögen zu, indem es sich mit den Fettsäuren der Haut chemisch verbindet und diese Verbindung besonders rasch resorbierbar ist (siehe die Arbeiten von Mering, E. Fischer, Kast u. a. A.)

Der Grund, warum die mit Seife und Wasser gewaschene Haut durch die Jodtinktur schwerer zu desinfizieren ist als die nicht gewaschene und trockene, ist nun sehr klar:

Wasser, und noch mehr eine Seifenlösung, bringt erstens die Epidermiszellen zur Aufquellung und verstopft schon dadurch den Eintritt der Kapillarspalten; zweitens aber werden viele Kapillarräume durch eine Seifenlösung gefüllt, welche für das Eindringen der alkoholischen Lösung dann ein Hindernis bildet. Mikroskopische Partikel von Seife können auch durch sehr langes Waschen mit Wasser nicht entfernt werden; diese Partikel bilden aber für vorhandene Keime eine Hülle, die sie vor der Wirkung der Antiseptika schützt und welche von dem durch das Wasser, das in den Spalten zurückbleibt, stark verdünnten Alkohol nicht so leicht gelöst wird.

In meiner Abteilung werden nun die Kranken womöglich am Tage vor der Operation gebadet, sie bekommen frische Wäsche, und vor der Operation werden sie nur noch mit der Jodtinktur in der später zu beschreibenden Weise bestrichen. Nach dieser Prozedur habe ich bis jetzt 59 freie Leistenhernien, zwei Schenkelhernien und drei inkarzerierte Leistenhernien operiert, und alle genasen ohne die geringste Störung. Von diesen Fällen betraf einer einen 65jährigen Mann mit inkarzerierter Hernie, der bereits aphonisch und pulslos ins Spital gebracht wurde; ein anderer betraf einen 70jährigen Mann mit einer inkarzerierten großen Scrotalhernie, der ebenso kollabiert war wie der erste; beide kamen direkt zur Operation, sie wurden trocken rasiert und mit Jodtinktur bestrichen; bei dem zweiten war der Darm schon verfärbt, aber noch glänzend, so daß er reponiert werden konnte;

beide Kranken genasen, wie gesagt, ohne die geringste Störung; die Temperatur blieb stets normal, die Wunde heilte per primam.

Außer diesen Fällen wurden nach dieser Sterilisierungsmethode noch mehrere Drüsenpakete, ein kindskopfgroßer Halstumor, Sarkom, bei einem Manne, und dieser Tage ein mannsfaustgroßes Angiom des Halses bei einem 35tägigen Säugling nach tiefer Unterbindung der Carotis und der Jugularis exstirpiert; es wurden dann mehrere Mammaexstirpationen nach Kocher, mehrere Amputationen an den Extremitäten, Laparotomien wegen Stichwunden des Abdomen, wegen eines Coecaltumors, mit Exstirpation des Coecum, eine Gastroenteroanastomose, eine transvesikale Prostataexstirpation, Laparotomie bei Extrauterin-Schwangerschaft, bei Ovarialkystomen, bei Ileus und andere Operationen ausgeführt.

Ich habe so die Überzeugung gewonnen, daß die Jodtinktur besser als irgend ein anderes Verfahren die Haut sterilisiert, und daß von seiten des Pat. während der Operation jede Infektionsgefahr ganz ausgeschlossen ist. Desto skrupulöser muß also die Reinigung der Hände der Operateure und der Assistenten, die Überwachung der Sterilisation der Instrumente, der Tupfer, Gaze usw. stattfinden; denn eine eventuelle Infektion würde heute doppelt lasten.

Mein Verfahren möchte ich folgendermaßen rekapitulieren:

1) Der Pat. wird nackt auf den Tisch gelegt und das Operationsfeld breit mit Jodtinktur bestrichen. Das geschieht mit einem Tupfer, der mit einer Pinzette gefaßt und auf welchen Jodtinktur — 10 bis 12%ig — gegossen wird. Haare wurden schon früher trocken rasiert.

2) Über den ganzen Körper des Pat. wird ein mit entsprechender Öffnung versehenes Leinentuch, das bis zum Boden reicht, gelegt. Die Ränder der Öffnung werden an der angrenzenden Haut um das Operationsfeld mit kleinen Klemmen befestigt.

3) Nachdem Pat. narkotisiert worden, wird das Operationsfeld ein zweites Mal mit Jodtinktur bestrichen.

4) Nach Vollendung der Operation wird die Nahtreihe mit Jodtinktur bestrichen und der Verband aus steriler Gaze angelegt.

Am 7. Tage werden die Nähte, die braun und steif erscheinen, entfernt; nach weiteren 24 Stunden verläßt gewöhnlich der Operierte das Haus. Wenn der Verband aus irgend einem Grunde vor dem 7. Tage gewechselt wird, so wird die Nahtreihe bei der Gelegenheit wieder mit Jod bepinselt.

Von der Anwendung des Jods, selbst wenn ein Drittel des Körpers bestrichen wurde, konnte ich nie einen Nachteil konstatieren. Die Haut exfoliiert sich, indem sich eine dünne braune Lamelle loslöst, und darunter zeigt sie nicht die geringste Abnormität. Wenn die Ränder der Operationswunde recht aneinander adaptiert wurden, so verwachsen dieselben so schön, daß man die Narbe und die Nahtlöcher kaum erkennt.

II.

Zur Erklärung des postoperativen spastischen Darmverschlusses.

Von

Prof. Felix Franke in Braunschweig.

In der Diskussion, die sich an den Vortrag Bunge's über den postoperativen spastischen Darmverschluß am 4. Sitzungstage des diesjährigen Chirurgenkongresses anschloß, hob Heidenhain mit Recht hervor, daß eine genügende Erklärung dieses eigentümlichen Vorganges bisher fehle. Und auch die von den einzelnen Rednern in der Diskussion versuchten Erklärungen haben wohl niemand recht befriedigt. Sie konnten wohl für diesen oder jenen Fall passen, ließen aber bei anderen Fällen im Stiche. So können Gerinnselbildung im Gekröse (Payr), Reizung durch einen Spulwurm (Küster), Darmgeschwüre (Wilms) und andere mechanische Momente doch schwerlich z. B. zur Erklärung der Tatsache genügen, daß der spastische Darmverschluß von Gynäkologen häufiger beobachtet wird als von Chirurgen, obgleich diese sich bei Bauchoperationen ohne Zweifel häufiger in mechanisch reizender Weise mit dem Darme befassen müssen.

Meiner Ansicht nach ist das Leiden in der Hauptsache ein rein nervöses, und ich möchte es als traumatische Darmneurose bezeichnen.

Diese meine Ansicht, die ich Herrn Kollegen Heidenhain gegenüber schon auf dem Kongreß privatim geäußert habe — an der Diskussion habe ich mich nicht beteiligen wollen, um sie nicht noch länger auszudehnen —, stützt sich auf folgende Gründe und Erwägungen.

Es ist jetzt zur Genüge bekannt, daß die glatte Muskulatur nicht nur der Atmungsorgane, sondern auch der Verdauungsorgane bei manchen Personen zu krampfhaften Kontraktionen neigt. Neben dem Stimmritzenkrampf kennen wir einen Speiseröhrenkrampf, einen Cardio- und Pylorospasmus, und in neuerer Zeit haben sich nun auch die Beobachtungen von Fällen von Enterospasmus gemehrt. Langemak hat schon im 5. Bande des Zentralblattes für die Grenzgebiete eine Reihe solcher Fälle zusammengestellt. In den leichten Formen das Bild der von Fleiner 1893 zuerst, später von Westphalen, Albu, neuerdings von Kisch beschriebenen spastischen Obstipation bietend, steigern sich die schweren Fälle bis zum völligen Darmverschluß, zum spastischen Ileus, und zwar ohne jede nachweisbare mechanische Reizung, wie etwa durch einen Gallenstein, Spulwurm o. dgl. oder durch ein Geschwür. Wenngleich meistens weibliche Personen von nicht ganz normalem Nervensystem betroffen sind, neurotische, hysterische, neurasthenische oder solche, die blaß oder schlecht genährt sind, gibt es auch solche

selbst männlichen Geschlechts, deren Nervensystem oder Gesundheitszustand sonst nichts zu wünschen übrig läßt.

Es handelt sich in allen diesen Fällen ganz ohne Zweifel um erhöhte Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Darmnerven. Kommt es nun schon ohne jede mechanische Einwirkung zu solchen unter Umständen recht lästigen, ja gefährlichen Krampfzuständen, so wird man schon einfach vom theoretischen Standpunkt aus ohne weiteres zugeben müssen, daß ihr Auftreten nach Bauchoperationen infolge der dabei stattfindenden mechanischen Reizung der Därme, mag sie auch manchmal nur in einfachem Anfassen bestehen, leicht begreiflich erscheint. Man wird aber auch die Möglichkeit ihrer Entstehung allein schon durch psychische Einwirkung bei dazu disponierten Personen zugestehen müssen. Wir hätten dann also zu unterscheiden eine Entstehung durch rein körperliches (mechanisches) und durch geistiges, psychisches Trauma.

Es wird nun niemand leugnen wollen, daß gerade Bauchoperationen nicht nur als ein körperliches, sondern gerade auch als psychisches Trauma, und zwar mitunter recht schwerer Art, aufzufassen sind. Selbst nach leichten Operationen hat man mitunter Gelegenheit, zu seinem Verdrusse diesen schädlichen Einfluß gerade der Bauchoperation auf das Allgemeinbefinden und namentlich die Energie und die Psyche der Operierten zu beobachten. Daß das häufiger bei Frauen vorkommt, kann nicht weiter auffallen, ist doch deren Nervensystem namentlich auf psychischem Gebiete viel empfindlicher als das der Männer.

Wenn nun dieser traumatische Einfluß der Bauchoperation sich einmal am Darm äußert, darf das nach dem eben Besprochenen gar nicht wunderbar erscheinen, um so weniger, als die Darmfunktionen für nicht wenige Menschen ein steter Gegenstand der Beschäftigung und Besorgnis sind, aber gerade nach Bauchoperationen es auch werden können durch die Sorge des Arztes und der Pflegeperson um sie.

Auf diese Weise ist ohne Zuhilfenahme eines zufälligen Zusammentreffens das Auftreten des spastischen Ileus erklärlich auch in Fällen, in denen bei der Operation der Darm gar nicht berührt ist, z. B. nach Nierenoperationen. Ich selbst habe den Spasmus nach einer Annähung der Wandermilz beobachtet, bei der ein Darm so gut wie gar nicht berührt, das Mesenterium oder Mesokolon gar nicht gezerrt wurde, eine Embolie in diese ausgeschlossen werden konnte, Kotverhaltung oder Reizung des Darmes durch harte Kotballen oder Darmwürmer nicht vorlag. Es handelte sich aber um eine durch jahrelange Beschwerden sehr angegriffene, abgemagerte, nervöse Frau, bei der Hysterie nicht sicher ausgeschlossen werden konnte.

Um ein zufälliges Zusammentreffen dagegen handelte es sich in einem anderen Falle, in dem der spastische Verschluß des Colon transversum, den ich bei einer Gastroenterostomie fand, schon vor der Operation aufgetreten war und nach ihr ohne weiteres Zutun

wieder verschwand. Aber auch hier betraf die Erkrankung eine schwächliche, zarte, nebenbei junge Frau.

Von meinem Standpunkte aus kann ich also die von den verschiedenen Autoren angeschuldigten mechanischen Momente nur als Gelegenheitsursachen bezeichnen. Auf eine direkte Ursache des postoperativen Enterospasmus muß ich aber nun hinweisen, auf die meines Wissens bisher nicht oder nicht genügend aufmerksam gemacht ist und die mich hauptsächlich angeregt hat, diesen Artikel zu schreiben. Ich meine den Ileus durch medikamentöse Einwirkung. Diese Art der Entstehung habe ich in diesem Sommer bei zwei kräftigen Männern im Anschluß an die Exstirpation des Proc. vermiformis beobachtet.

Schon seit etwa 20 Jahren habe ich Belladonna gegen die verschiedenen Krampfzustände der glatten Muskulatur mit Erfolg angewandt, so auch, wie gegen Gallenblasenkrampf, gegen den der Darmmuskulatur, z. B. u. a. vor 17 Jahren bei einer 11 Tage anhaltenden, nach normaler Entbindung aufgetretenen Darmlähmung, und auch schon lange, bevor vor einigen Jahren die so vielfache Empfehlung des Mittels gegen den Ileus und für die Nachbehandlung bei Laparotomien einsetzte, zu gleichem Zwecke. Seit einigen Jahren habe ich fast regelmäßig nach Laparotomien, besonders solchen, nach denen ich Darmverklebungen oder Darmparese, wenn auch vorübergehende, befürchten mußte, Physostigmin subkutan einspritzen lassen, 0,0005 bis 0,001 g 2—3mal täglich, manchmal sogleich, bisweilen erst am 2. oder 3. Tage.

In den erwähnten zwei Fällen von Appendektomie sprach nun alles für, nichts gegen die Annahme, daß die in zu großer Dosis und zu lange fortgesetzte Behandlung mit Physostigmin als Ursache für den mit Bestimmtheit anzunehmenden Darmspasmus anzusehen war, der beidemal auch bald schwand, nachdem das Mittel ausgesetzt war[1].

Jedenfalls lehren die beiden Fälle, daß man mit der Dosierung des Physostigmins, das in geeigneten Fällen von ausgezeichneter Wirkung ist, vorsichtig sein muß, und daß es nötig ist, beim Auftreten eines spastischen Ileus nach Bauchoperationen die Möglickeit seiner Entstehung durch arzneiliche Einwirkung im Auge zu behalten, mag nun in dem betreffenden Falle Physostigmin oder Atropin (Belladonna) angewandt sein.

---

[1] Anm. Auf meinen Wunsch sind die zwei ausführlichen Krankengeschichten als zu umfangreich für das Zentralblatt fortgeblieben. Die darin niedergelegten Erfahrungen scheinen nur so gedeutet werden zu können, wie vom Verf. geschehen. Richter.



1) **Wederhake.** Desinfektion der Hände und der Haut mittels Jodtetrachlorkohlenstoff und Dermagummit.

(Med. Klinik 1908. p. 1302.)

Desinfektion der Hände mit einer Lösung von Paraffin in Jodtetrachlorkohlenstoff befriedigte nicht. Dagegen wurde mit Jodtetrachlorkohlenstoff (Benzinoform), der viel billiger wie Äther und nicht feuergefährlich ist, der das Fett löst, die Luft aus den Hautporen verdrängt, die Keime aus ihnen herausschwemmt und den zurückbleibenden Rest durch die Jodwirkung schädigt, eine durchschnittliche Keimverminderung von 95% erzielt. Der Rest der Keime wird durch einen Handüberzug festgebannt. Chirol, Schleich's Wachsüberzug, Menge's Paraffinxylol, Haegler's Guttaperchaüberzug, Döderlein's Gaudanin bewährten sich nicht. Auch mit Chirosoter erhielt W. nicht eindeutige Ergebnisse. — Der Überzug soll sehr elastisch und dünnflüssig sein, daß er sich bis in die feinsten Hautporen erstreckt und darin bei mechanischen Insulten festhaftet; er soll beim Trocknen eine lückenlose Decke bilden, die Haut nicht beschädigen und nach der Operation wieder leicht entfernt werden können. Dies leistet der nicht teure Dermagummit (4 g besten Parakautschuks werden in 100 g Tetrachlorkohlenstoff gelöst; dazu wird langsam eine Lösung von 0,4 Jod. pur. in 100 Tetrachlorkohlenstoff hinzugefügt).

Die Desinfektion ist leicht auszuführen und erfordert kein warmes Wasser.

Die Hände werden mittels rauhen Tupfers oder keimfreier Bürste 3 Minuten lang in 300—500 ccm 1‰igem Tetrachlorkohlenstoff abgerieben. Dann wird in die Händehaut ein wenig Dermagummitlösung eingerieben. Sollte die Lösung noch ein wenig kleben, so wird Talk oder ausgeglühtes Kaolinpulver oder Reispuder auf die Hände aufgestreut. Nach der Operation wird der Kautschuküberzug mit einem mit Tetrachlorkohlenstoff getränkten Tupfer entfernt. — In gleicher Weise wird das Operationsgebiet vorbereitet; Einpuderung ist hier überflüssig. — An offener Flamme zersetzt sich der Tetrachlorkohlenstoff und reizt zum Husten. — Dermagummit ist an sich steril und wird steril von der Fabrik geliefert, läßt sich aber auch unbegrenzt oft im strömenden Dampf unter Druck sterilisieren.

Die mehrfach so desinfizierte Hand bleibt dauernd jodiert und leicht gelb verfärbt.

Das Verfahren bewährte sich bei Desinfektionsversuchen im Paul-Sarwey'schen Kasten, bei zahlreichen Operationen mit Versenkung von Seidennähten, bei der bakteriologischen Prüfung der operierenden Hände.

Georg Schmidt (Berlin).

2) **A. Fiessler** und **Y. Iwase.** Zur Sterilisation und Verwendung der Gummihandschuhe. (Aus den Universitäts-Frauenkliniken in Tübingen und München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 33.)

Nachdem sich herausgestellt hat, daß es unmöglich ist, ohne schwere Schädigung der Haut die Hände völlig keimfrei zu machen, scheint dies auch für die Gummihandschuhe zuzutreffen. Denn die Versuche der Verff. ergaben, daß nicht bloß die chemischen und mechanischen Methoden zur Sterilisierung der Handschuhe nicht ausreichen, sondern auch durch 30 Minuten lange Einwirkung von gespanntem Dampf von 0,7 Atmosphären Überdruck nur die vegetativen Bakterienformen an den Innen- und Außenflächen der Handschuhe abgetötet werden, die Methode für Sporen keine volle Sicherheit gewährt. Trotzdem wird das Verfahren — Eintauchen der gewaschenen Handschuhe in Aufschwemmungen von Talk in Alkohol, sorgfältige horizontale Lagerung (unter Vermeiden von Pressen und Knicken) auf Sieben im Dampftopfe mit rascher Trocknung (zur Wiederherstellung der Elastizität, Durchsichtigkeit und Festigkeit) nach der Einwirkung des Dampfes, auch von Döderlein in einem Nachwort der Arbeit wärmstens empfohlen. Zur Sterilisation und zum Aufbewahren der Handschuhe hat sich ein Apparat der Firma F. G. Küster, bzw. ein von Brodnitz oder Lautenschläger konstruierter als besonders zweckmäßig erwiesen. **Kramer** (Glogau).

3) **R. W. Knox.** Drainage of wounds.

(New York med. record 1908. Mai 30.)

K. hat bei frischen Wunden aller Art gute Erfahrung mit der Anwendung feuchter Wärme gemacht. Die Wunden werden offen gelassen, jede Art Reinigung möglichst vermieden, namentlich die Ränder nicht geglättet und die zerfetzten Weichteile in Ruhe gelassen.

Der Verband wird zweimal in 24 Stunden gewechselt und besteht aus dicken Lagen Watte oder Flanelltüchern, die in heißem Wasser ausgedrückt und mit Heißwasserbeuteln (40° R) warmgehalten werden.

Auf Grund ausgedehnter Erfahrung versichert K., daß bei zweckmäßiger Technik eine Wundinfektion zu den allergrößten Seltenheiten gehöre, gleichgültig, wie schwer die Verletzung und wie schmutzig die Wunde sei. Überfahrungen und Eisenbahnverletzungen schlimmster Art wurden mit Erfolg behandelt.

Hat sich die Wundfläche gereinigt und granuliert, werden halbfeuchte Verbände mit Borglyzerin empfohlen. Gelegentlich soll auch permanente Irrigation mit Borsäure und dünne Formalinlösung zum Desodorieren verwendet werden.

»Gleich anderen guten Dingen« sei die Idee nicht neu, sondern nähere sich »der Leinsamenkompresse zu Großmutters Zeiten«, sie

gewinnt aber ein modernes Gepräge dadurch, daß die Überwachung durch eine reinliche Krankenwärterin und Sterilisierung der Verbandstoffe empfohlen wird.

Wenn auch die Anwendung von Watte und Flanell direkt auf die Wunde mehr einem improvisierten Notverband entspricht, ist mutatis mutandis der beschriebenen primitiven Methode manches Beachtenswerte zu entnehmen. Seit die Wirkung physikalischer Heilfaktoren wieder mehr gewürdigt und auf experimentellem Wege geprüft wurden, hat auch die feuchte Wärmeanwendung, besonders bei lokalinfektiösen Prozessen, wieder ihre Bedeutung gewonnen.

Loewenhardt (Breslau).

---

4) **G. Muskat.** Über Wanderung von Fremdkörpern.

(Med. Klinik 1908. p. 1373.)

Fall mit der Rückseite des Oberarmes auf ein Nadelkissen; gleich darauf stechende Schmerzen an der Speichenseite des Unterarmes. Röntgenbild und Einschnitt weisen eine 4,5 cm lange Nadel neben dem oberen Drittel des Radius nach. — Die Nadel drang wahrscheinlich mit großer Gewalt durch die Weichteile des gebeugten Oberarmes bis unter die Sehne des Streckmuskels. Bei der darauf eintretenden reflektorischen Streckung des einen Halt suchenden Armes wurde die Sehne gespannt und von ihr die Nadel nach dem Vorderarme getrieben, wie ein Pfeil von einer gespannten Sehne vorwärts geschleudert wird.

M. verbrachte Nadeln in die Bauchhöhle oder in die Schenkelmuskeln von weißen Mäusen und Kaninchen und stellte nach einiger Zeit mittels Röntgendurchleuchtung oder Einschnittes den Verbleib der Fremdkörper fest. Von zwölf Versuchsreihen waren bei dreien Wanderungen nachzuweisen, einmal von der Bauchhöhle durch das Gekröse und den Darm hindurch, einmal vom Schenkel in die Beckenmuskeln. Beim dritten der Tiere war eine Nadel in einem Schenkel um 3 cm nach dem Becken zu gewandert, eine andere Nadel im anderen Schenkel aber liegen geblieben.

Durch Eiterungen und durch Knochen wird die Wanderung der Nadel gehemmt. Dagegen wandern Fremdkörper leicht, welche in der Richtung der Muskelfasern eines größeren Muskels liegen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

5) **Haeberlin** (Nauheim). Zur Technik der Nadelextraktion.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 32.)

Zur topographischen Bestimmung des Fremdkörpers empfiehlt sich, wie auch H. erprobt fand, die Durchleuchtung vor dem Schirm in vielen Ebenen, wobei das Glied um die Längs- und sagittale Achse gedreht, flektiert und gestreckt wird. Der Hautschnitt erfolgt nach solcher Feststellung der Lage der Nadel senkrecht zu ihrer Längsachse.

Kramer (Glogau).

---

6) Norris. The omentum: its anatomy, histology, and physiologie, in health and disease.

(University of Pennsylvania med. bulletin 1908. Juni.)

N. berichtet über anatomische, histologische und physiologische Studien am Netz von Tieren und einer Anzahl von Präparaten vom Menschen, die bei Operationen oder Sektionen gewonnen wurden. N.'s Tierversuche über die physiologische Bedeutung des Netzes beschäftigten sich hauptsächlich mit der Frage, ob eine Leukocytenneubildung im Netz vor sich geht, und ob nach Splenektomie das Netz teilweise die Funktion der Milz übernimmt. Schlüsse: Das Netz ist eine hochdifferenzierte seröse Membran. Die sog. Stomata sind tatsächlich Öffnungen, in welche Lymphgefäße ausmünden; diese Öffnungen vermehren sich an Zahl infolge von entzündlichen Reizen und spielen eine bedeutende Rolle in der Lymphzirkulation der Bauchhöhle. Das Netz ist sehr reich an Lymphgefäßen; die kleineren Kapillaren proliferieren sehr rasch auf entzündliche Reize hin. Es hat keine eigene Fähigkeit, sich zu bewegen. Der eigentliche Zweck der Fettbildung im Netz ist der, eine schützende Wand aus Blut- und Lymphgefäßen zu bilden. Übermäßige Fettbildung ist sekundärer Natur und in Analogie zu stellen mit der exzessiven Fettbildung in anderen Körperteilen, woselbst sich normalerweise Fett findet. Die Hauptfunktion des Netzes besteht in Leukocytenbildung; zu dieser Ansicht führen weniger physiologische als histologische Studien. (7 Abbildungen.) **Mohr** (Bielefeld).

---

7) Stirling. The question of drainage after abdominal section for perforative and suppurating conditions.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1908. Juli 20.)

Verf. verwirft bei der operativen Behandlung der Peritonitis jede Spülung, auch mit den permanenten Kochsalzeinläufen in den Mastdarm nach Murphy hat er schlechte Erfahrungen gemacht. In letzter Zeit ist er dazu übergegangen, auch bei allgemeiner Peritonitis, wenn der primäre Infektionsherd durch andere Maßnahmen völlig abgeschlossen werden konnte, überhaupt nicht mehr zu drainieren, sondern nach möglichster Trockenlegung des Bauchfells durch Austupfen die Bauchwunde völlig zu schließen und den Kranken sofort in die sog. Fowler'sche Lage zu bringen. Einige mit Erfolg behandelte Fälle von Geschwürsperforation (Naht), Uterusperforation mit allgemeiner Peritonitis (krimineller Abort) und Appendicitis perforativa mit allgemeiner Peritonitis werden mitgeteilt. **Mohr** (Bielefeld).

---

8) R. Kauffmann. L'appendice dans la scarlatine.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1908.

Der Wurmfortsatz, der ein bedeutendes lymphatisches Gewebe enthält, ist immer im Laufe des Scharlachs der Sitz eines mehr oder weniger intensiven Entzündungsprozesses, und verschiedene Symptome

sind auf denselben zurückzuführen. So z. B. das Erbrechen und sonstige gastrointestinale Erscheinungen, die namentlich bei bösartigem Scharlach deutlich ausgeprägt sind. Da kommt es aber auch mitunter zur Entwicklung einer wahren Appendicitis; und zwar kann dieselbe sich in jedem Stadium der Krankheit entwickeln, oder auch nach vollständigem Abfalle des Fiebers auftreten.

Bei der Nekropsie findet man Verwachsungen zwischen Wurmfortsatz und Blinddarm, Entzündungen der Schleimhaut, kleine hämorrhagische Herde in derselben und eine deutliche Schwellung der Lymphdrüsen im Mesoappendix. Ist im Laufe eines Scharlachs Appendicitis zur Entwicklung gelangt, so behandelt man dieselbe nach bekannten Prinzipien, geradeso als ob die Krankheit allein aufgetreten wäre. Bei schweren Scharlachfällen ist es von Vorteil, dem Auftreten einer Entzündung des Wurmfortsatzes vorzubeugen, einerseits durch strenge Diät, die ja bei Scharlach ohnehin beobachtet wird, und dann durch Auflegen einer Eisblase auf die Gegend des Wurms. Auch in der Rekonvaleszenz der Scarlatina ist eine genaue Beobachtung der Darmfunktion von Wichtigkeit. **E. Toff** (Braila).

---

9) **K. Walko.** Die larvierten Formen der chronischen Appendicitis.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 30.)

Verf. hat ca. 150 Fälle von chronischer Appendicitis beobachtet, die meist operativ behandelt wurden.

Er steht auf dem Standpunkte, daß die chronische Appendicitis sich nicht im Anschluß an akute Anfälle zu entwickeln braucht, sondern daß sie ganz schleichend und latent auftreten kann. Was die Schmerzempfindung bezüglich der Diagnose für eine Bedeutung hat, erhellt daraus, daß die chronische Appendicitis oft gar keine Schmerzen macht, daß andererseits Schmerzen in der Nabel- und Magengegend empfunden werden, ja, daß über Rücken- und Kreuzsschmerzen, über Schmerz über dem Brustbein, sowie über Gürtelgefühl geklagt wird, daß ferner Schmerz im rechten Hoden und in der Gegend der Flexura sigmoidea auftritt. Von differential-diagnostischem Wert ist, daß dyspeptische Beschwerden im Verlauf einer chronischen Appendicitis auftreten. Solche Kranke gelten oft als Hysteriker und Neurastheniker, bis sie mit einem Schlage durch eine Operation von ihrem Leiden befreit sind. Auffallend ist das wechselnde Verhalten der Funktion des Magens. Die Intensität der gastrischen Symptome entspricht weder bezüglich der subjektiven Beschwerden, noch nach den objektiven Erscheinungen der Schwere des krankhaften Prozesses im Wurm. Die Ursache erblickt Verf. in toxischen und mechanischen Einflüssen, derart, daß sie sich durch Reflexvorgänge in der Darminnervation geltend machen. Eine gesonderte Besprechung widmet Verf. denjenigen Fällen von Appendicitis, die mit Magengeschwür vergesellschaftet sind. Er faßt zwei Möglichkeiten ins Auge, einmal toxische Einflüsse von

seiten der im Blut kreisenden Bakteriengifte, dann eine fortgeleitete Thrombophlebitis im Mesenterium, wie sie Payr durch seine Versuche zeigt. Was die Erkrankung des übrigen Darmkanals anbelangt, so ist eine Appendicitis oft hinter einer hartnäckigen Verstopfung, sei sie nun atonisch oder spastisch, versteckt. Desgleichen tritt die Erkrankung unter dem Bild einer schweren Enteritis auf. Zur Appendicitis larvata rechnet Verf. ferner jene Fälle, bei denen durch eine verschleppte Perforation eine diffuse adhäsive Peritonitis eingetreten ist. Mannigfaltige Adhäsionsbildungen und Pseudotumoren gehören in diese Reihe.

Der Krankheitsverlauf der chronischen Appendicitis wird aber auch oft vorgetäuscht durch einen nervösen Symptomenkomplex, den schon Nothnagel als Pseudoappendicitis bezeichnet hat. Zu einer Verwechslung mit Appendicitis können ferner folgende Erkrankungen Anlaß geben: rechtsseitige Hodenneuralgie, Kryptorchismus, Harnröhrenstriktur, Blasen- und Gallensteine und Entzündungen des Nierenbeckens und des Psoas. Sehr innige Beziehungen bestehen zwischen der Appendicitis und den Erkrankungen der weiblichen Adnexe. Als Folgeerscheinung der Appendicitis sind besonders Thrombosen der benachbarten Venen mit nachfolgender Lungenembolie und sonstige pyämische Lokalistion zu fürchten. Auch die retrograde Thrombose im Pfortadergebiet mit folgender Darmgangrän erwähnt Verf.

Die Tatsache, daß von den verschiedensten Organen des Bauches ausgehende Reize immer zu denselben Erscheinungen führen, wie: Dyspepsie, Sekretions- und Motilitätsstörungen, faßt Verf. als Beweis dafür auf, daß alle vom Bauch ausgehenden Erregungen durch den Vagus oder durch den Sympathicus dem nervösen Zentralorgan zugeführt werden und von da aus je nach Art und Dauer des Reizes als steigender oder hemmender Impuls zu dem Magen zurück gehen.

Bei vielen Fällen wird sich auch eine Kombination der nervös reflektorischen und der toxischen Vorgänge finden, wozu noch ein drittes Moment, das der durch Verwachsung bedingten mechanischen Reizung, hinzukommt.

Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt Verf. zu dem Resultate, daß die Appendektomie das rationellste Verfahren ist. In ca. 75% der Fälle kehrten die sekretorischen wie motorischen Störungen des Magens zur Norm zurück, in 25% war die Operation nur von vorübergehendem Erfolg oder blieb ganz ohne Einfluß, wobei eine schwere Magenatonie, ein Magengeschwür und ein chronischer Dickdarmkatarrh nicht als unbedingte Folgeerscheinungen einer chronischen Appendicitis gelten müssen. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

---

10) **A. Broca** et **F. Barbet** (Paris). Résultats éloignés de la résection de l'appendice au cours de l'appendicite chronique.

(Presse méd. 1908. Nr. 64.)

Verff. weisen auf die indirekten günstigen Veränderungen hin, welche durch die Entfernung des Wurmfortsatzes bei chronischer

Appendicitis erzielt werden. Namentlich bei Kindern ist in den meisten Fällen die Änderung im Allgemeinzustand eine auffallende. Kinder, die früher sich schlecht nährten, oft erbrachen, appetitlos waren, unregelmäßigen, ungenügenden Stuhl hatten, blaß waren und in der Entwicklung zurückblieben, sind 20—30 Tage nach der Operation kaum wiederzuerkennen; die Schmerzen sind verschwunden; es stellt sich förmlicher Heißhunger ein, der Stuhlgang ist regelmäßig, und das Körpergewicht nimmt rasch zu. Nur in seltenen Fällen, und hauptsächlich, wenn außer der Appendicitis noch andere Darmveränderungen bestanden hatten, dauern die denselben zuzuschreibenden Symptome auch nach der Operation durch einige Zeit fort. So ist es hauptsächlich in jenen Fällen, in welchen eine schleimig-membranöse Enteritis besteht. Doch auch auf diese Erkrankung übt die Appendektomie eine günstige Wirkung aus, und von sieben von den Verff. unter derartigen Umständen operierten Pat. hat nur ein einziger einige Zeit nach der Operation Symptome von Enteritis zurückbehalten.

Aus diesen Beobachtungen ist also der Schluß zu ziehen, daß bei Bestehen einer chronischen Appendicitis operativ eingegriffen werden soll, ohne das Auftreten von akuten Verschlimmerungen abzuwarten.

37 Krankengeschichten, betreffend die von den Verff. operierten Fälle, illustrieren das Gesagte.

E. Toff (Braila).

11) **Duvergey.** Les adhérences douloureuses consécutives à l'appendicectomie.

(Province méd. 1908. Nr. 32.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß die Literatur über diejenigen schmerzhaften Zustände, welche nach einer Appendektomie auftreten, noch sehr spärlich ist. Er hat zahlreiche Fälle beobachtet, bei welchen nach Entfernung des Wurms die Beschwerden in derselben Stärke wie vorher andauerten. Er unterscheidet zwei Kategorien. Bei der einen treten die Schmerzen allmählich einige Zeit nach der Operation auf, nachdem zunächst die Beschwerden behoben zu sein schienen. Die andere Art von Kranken klagt ohne Unterbrechung über dieselben Beschwerden, so daß die Operation in diesem Falle auch nicht vorübergehend Erleichterung verschafft hat. Die Art des Schmerzes wechselt vom leisesten Stich bis zu den quälendsten kolikartigen Anfällen. Als Ursache spricht Verf. Verwachsungen an, die meistens vom Netz ausgehen und sich nach der Bauchwand zu mit Einbeziehung des Blinddarmes oder benachbarter Darmschlingen hin erstrecken. Die Verwachsungen selbst verdanken ihre Entstehungen immer einer Infektion, sei es des Operationsfeldes, sei es von seiten eitriger Prozesse im Wurme selbst. Als einziges Mittel zur Beseitigung der Beschwerden empfiehlt Verf. die Relaparotomie mit Durchtrennung der Verwachsungen.

A. Hofmann (Karlsruhe).

12) **M. G. Chavannaz.** Cure radicale de la hernie inguinale. Technique et résultats personnels.

(Journ. de méd. de Bordeaux 1908. Nr. 29.)

C. lagert den Samenstrang ganz in die Tiefe der Wunde und läßt ihn durch eine enge Öffnung im unteren Winkel dicht über dem Schambein heraustreten. Im übrigen werden Muskulatur und Fascie wie bei der Methode von Bassini, aber vor dem Samenstrang, an das Lig. Pouparti genäht; das Besondere in dem Vorgehen C.'s besteht jedoch darin, daß er zur Sicherung der mit Catgut auszuführenden Etagennaht zunächst drei durchgreifende Silberdrahtnähte legt. C. hatte unter 68 nach dieser Methode operierten Fällen zwei Rezidive. Die Operationsdauer soll zwischen 7(!) und 20 Minuten schwanken.

Boerner (Rastatt).

---

13) **Hackenbruch** (Wiesbaden). Zur Radikaloperation der Leistenbrüche. Fascienknopfnähte.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 32.)

Zur weiteren Verbesserung der Resultate der Radikaloperation empfiehlt H. neben der Anwendung strengster Asepsis (Gummihandschuhe, Gesichtsschleier) und Versorgung des Bruchsacktrichters im Sinne der lateralen Verlagerung nach Kocher die auch von Girard bewährt befundene Benutzung eines aponeurotischen Lappens zur Verstärkung der Kanalnaht und die Verwendung von alleinigen Fascienknopfnähten — mit Jodcatgut — bei letzterer. Er operiert folgendermaßen: Freilegung der Aponeurose des M. obliq. abdom. ext., Spaltung vom Scheitel der äußeren Bruchpforte bis über die Gegend des inneren Leistenringes hinaus, Ablösung des lateralen Teiles von der Unterlage und Umschlagen dieses aponeurotischen Lappens; Ablösung der Muskelplatte des M. obliq. int. und transv. abdom. vom Bruchsackhals, Isolierung des Bruchsackes, Abbindung (Jodcatgut) und Verlagerung des Bruchsackstumpfes nach oben. Nach Verschiebung des Samenstrangbündels über den medialen Teil der Aponeurose des M. obliq. abdom. ext. wird der freie mediale Schnittrand desselben mit dem Leistenbande bis auf eine kleine Lücke für den Samenstrang durch einzelne Knopfnähte verschlossen, letzterer auf die Nahtreihe gelegt und über ihn der laterale aponeurotische Lappen hinweg geschlagen und auf der medialen Fläche der Aponeurose befestigt, so daß der Samenstrang zwischen diese beiden Fascienblätter zu liegen kommt. Schluß der Hautwunde durch Michelklammern, Gazeduranapflasterverband; Entfernung der Klammern nach 6—7 Tagen; 3 Wochen lange Bettruhe.

Die von H. erreichten sehr günstigen Resultate bestätigen somit die vorher schon von Girard, Graser, Halstedt bezüglich des Wertes der Verstärkung der Kanalnaht durch Fascienverdoppelung ausgesprochenen Ansichten.

Kramer (Glogau).

---

14) **Takata.** Eine Modifikation der Verlagerungsmethode bei der Kocher'schen Bruchoperation. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Marburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 33.)

Die von Prof. Friedrich geübte Modifikation besteht darin, daß der Bruchsack nur an seiner Durchtrittsstelle zwischen den Schenkeln des Obliquus von einem kleinen Hautschnitte freigelegt, nicht am inneren Leistenring abgetragen, sondern zwischen der Muskulatur der vorderen Bauchwand und dem sie auskleidenden parietalen Bauchfell weit in die Höhe geschoben und seine Kuppe schließlich, wie bei Kocher, durch einen sehr kleinen Schlitz nach außen hindurchgeführt und, event. nach teilweiser Abtragung des zu langen Bruchsackes, in der Höhe des Bauchwandschlitzes angenäht wird. Durch straffes Anziehen wird das Bauchfell der abdominalen Bruchsacköffnung somit unter das parietale Bauchfell verlagert, außerdem auch das laterale Ende der hinteren Leistenkanalwand gegen die vordere Wand angepreßt und hierdurch ein solider, glatter Abschluß der abdominalen Leistenpforte hergestellt. — Eine Reihe von schematischen Zeichnungen veranschaulichen die Methode Kocher's und die seit über 10 Jahren bewährt befundene Friedrich'sche Modifikation, die sich durch Geschwindigkeit der Ausführung, durch Berücksichtigung des Bauchwandmuskelapparates, durch Verwendung von nur wenigen Nähten und durch Schaffung geringer äußerer Narbenbildung auszeichnet und sehr gute Dauererfolge gibt. Ihre Gegenanzeige findet sie bei verwachsenen Brüchen und starker Bruchsackwandverdickung; hier gebührt der Bassini'schen Methode der Vorzug.

Kramer (Glogau).

---

15) **Mauclaire.** Embolies pulmonaires après la cure radicale des hernies inguinales.

(Arch. de génér. de chir. II. Nr. 6. 1908.)

Verf. schildert auf Grund von 50 in der Literatur angegebenen Fällen Ätiologie, Symptome und Therapie der Lungenembolien, die im Anschluß an die Radikaloperation freier Leistenbrüche beobachtet werden. M. betont, daß diese Komplikation mit der Operation in Verbindung zu setzen ist. Genetisch kommen lokale (Infektion, Schädigung der benachbarten Venen) und allgemeine Ursachen (Allgemeininfektion, Blutalteration, Herzerkrankungen, Veränderungen des Venensystems, zu frühzeitiges Aufstehen) in Frage.

Die Behandlung soll im wesentlichen eine prophylaktische sein: Vermeiden der angegebenen ätiologischen Momente. In schweren Fällen erscheint die Unterbindung der V. femoralis oder iliaca angezeigt. Die Versuche Trendelenburg's, den verstopfenden Pfropf aus der Arteria pulmonalis zu extrahieren, hält M. für recht beachtenswert.

Strauss (Nürnberg).

---

16) **Menge** (Heidelberg). Zur Radikaloperation von Nabelbrüchen und von epigastrischen und subumbilikalen Hernien der Linea alba durch quere Fascienspaltung und Muskelaushülsung.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 27.)

Zu dem kürzlich von Port veröffentlichten Aufsatz über die Graser'sche Operation großer Nabel- und Bauchbrüche bemerkt M., daß diese Methode, dem Pfannenstiel'schen Verfahren angepaßt, für die im Titel bezeichneten Fälle zuerst von ihm angegeben worden sei (Zentralblatt für Gynäkologie 1903 Nr. 13) und auch für kleine Nabelbrüche, hier einen unbedeutenden Eingriff darstellend, sich vorzüglich eigne, wie sie ebenfalls bei Fällen von sehr weitgehender Diastase der Mm. recti mit ausgezeichnetem Erfolg anwendbar sei.

M. empfiehlt die Bezeichnung »Radikaloperation mit querer Fascienspaltung und Muskelaushülsung«, die in einem Nachwort auch Graser unter Anerkennung der Priorität von Pfannenstiel und M. annimmt.

Ref. hat bereits im Jahre 1895 (s. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LII Hft. 1) einen durch Exstirpation eines kopfgroßen Desmoids der Bauchwand entstandenen enormen Defekt in dieser durch Aushülsung und Verschiebung der Mm. recti mit andauerndem Erfolge gedeckt.

Kramer (Glogau).

---

17) **Scudder** (Boston). Stenosis pylori infantum.

(Boston med. and surg. journ. 1908. August 6.)

Unter Veröffentlichung von fünf von ihm in den letzten Jahren operierten Fällen gibt S. eine klare Darstellung des Krankheitsbildes der angeborenen Pylorusstenose, aus der ich folgendes hervorheben möchte. Die Symptome sind außerordentlich charakteristisch. Das bei der Geburt meist ganz gesunde Kind fängt am 3. oder 4. Tage nach der Geburt an zu erbrechen. Form und Geruch des Erbrechens unterscheiden sich wesentlich von dem durch einfache Indigestionen hervorgerufenen, es ist stürmisch und hartnäckig, der Geruch ist nicht unangenehm; eine Diätveränderung vermag keinen Einfluß auszuüben, dagegen wird es durch die Quantität der eingenommenen Nahrung wesentlich beeinflußt. Die Salzsäure ist selten vermehrt, Blut oder Milchsäure finden sich nicht. Der Stuhl behält seine mekoniumartige Beschaffenheit bei, nach der Mahlzeit tritt meist eine auffallende Magensteifung auf. Der Pylorus ist oft als harte Geschwulst durch die Bauchdecken hindurch fühlbar. Diese Geschwulst wird gebildet durch die enorme Verdickung der Schleimhautfalten sowie der Muskulatur des Pylorus. Die Prognose ist bei interner Therapie absolut schlecht, doch auch bei operativer noch schlecht genug. S. fand unter 135 Fällen aus der Literatur eine Sterblichkeit von 49%. Unter allen für die Operation vorgeschlagenen Methoden kommt nach S.'s Ansicht nur die hintere Gastroenterostomie in Frage. S. bereitet das Kind durch Ein-

läufe mit Kognak und Kochsalz vor. Ferner sorgt er für möglichst gute Warmhaltung des Kindes während und nach der Operation und gibt wenige Stunden danach bereits etwas Wasser oder Muttermilch. Seine fünf operierten Fälle sind alle geheilt, ohne Störungen zu hinterlassen. **H. Bucholz** (Boston).

---

18) **Luis y Yague.** Periodos clinicos secretorios y mótricos de los dilatados gastricos per estenosis benignas.

(Rev. de med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1031. Juni 21.)

1) Die motorische und sekretorische Funktion des Magens bei den gutartigen Stenosen durchläuft in den meisten Fällen verschiedene, gut voneinander abgrenzbare Perioden. Die Perioden der motorischen Funktion sind: a. übermäßige Motilität; b. geschwächte Motilität; c. Lähmung. Die Perioden der sekretorischen Funktion sind: a. Hyperchlorhydrie mit Hyperacidität; b. Hypochlorhydrie mit Hyperacidität. Die verschiedenen Perioden der Motilität sind fast konstant zu treffen in allen Fällen, in denen nicht operativ eingegriffen wird. Die sekretorischen Perioden sind nicht ganz so konstant zu finden. Die Erfolge der Gatroenterostomie sind sehr verschieden; in den Fällen der übermäßigen Motilität pflegt die Evakuation des Mageninhaltes gleichmäßig und dauernd zu werden, aber es treten leicht Störungen der Sekretion (Hyperchlorhydrie) auf; in den Fällen geschwächter Motilität sind die Resultate weniger vollkommen, und oft treten Verdauungsstörungen, besonders Diarrhöen auf. **Stein** (Wiesbaden).

---

19) **T. Jeanneret.** Recherches expérimentales sur un nouveau procédé de gastrostomie.

Diss., Bern, 1907.

Tavel beschrieb in einer vorläufigen Mitteilung (s. Originalmitteilung, d. Zentralbl. 1906 p. 634) eine neue Methode der Gastrostomie und verwies auf J.'s zu erscheinende Arbeit.

J. gibt zuerst eine kurze historische Entwicklung der Magenfisteloperation und streift die Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren. Er hebt sodann hervor, daß allen jetzt gebräuchlichen Verfahren gewisse Mängel anhaften, die in der einschlägigen Literatur zum Teil nirgends erwähnt werden, gerade weil es noch keiner Methode gelang, sie zu beheben. 1) Bei allen geübten Verfahren wird der Magen an die vordere Bauchwand fixiert; Störungen und Beschwerden, ähnlich wie bei der Hernia epigastrica, sind die Folge. 2) Stets wird ein Teil der Magenwand selbst zur Bildung des Fistelganges benutzt; bei dem meist vorhandenen geschrumpften Zustande des Magens ist dies nicht nur mit operationstechnischen Schwierigkeiten, sondern auch mit späteren funktionellen Nachteilen verknüpft. 3) Die Enge der erzielten Fistel gestattet nur eine sehr einseitige Ernährungsweise. 4) Die gebräuchlichsten Methoden schaffen eine Fistel, die nicht mit Schleim-

haut, sondern entweder mit Serosa (Witzel, Fontan, Kader) oder mit Wundgranulationen (Marwedel) ausgekleidet ist; darin liegt die stete Gefahr der Verengerung und Atresie. J. beschreibt sodann ausführlich die Operationstechnik der neuen Methode Tavel's, der aus einer ausgeschalteten, mit ihrem Mesenterium im Zusammenhang gebliebenen Dünndarmschlinge einen Fistelkanal bildet (s. die erwähnte Originalmitteilung). Es folgen die Berichte über Tierexperimente (7 Hunde), deren interessante Einzelheiten im Original nachzulesen sind. Verf. kommt zu folgenden Hauptergebnissen: 1) Eine durch eine ausgeschaltete Darmschlinge hergestellte Magenfistel hat keine Neigung zur Verengerung und Atresie. 2) Die Peristaltik behält in einer umgedrehten Darmschlinge ihre ursprüngliche Richtung und wiedersetzt sich dem Herausfließen des Mageninhaltes, wenn die Schleimhaut genügend gereizt wird (durch längeres Verweilen der Sonde). 3) Ein schräger Verlauf des Fistelkanales auf der vorderen Magenwand verhindert das Austreten von Mageninhalt. 4) Eine Magenfistel, die beide Ursachen der Undurchlässigkeit, zentripetale Peristaltik und schrägen Verlauf, vereinigt, ist unter allen Umständen schlußfähig. 5) Die zur Magenfistel umgewandelte Darmschlinge kann in ihre äußere Öffnung eingeführte Nahrung aktiv dem Magen zuführen. — Verf. glaubt, daß die anfangs erwähnten, den früheren Methoden der Gastrostomie anhaftenden Mängel durch das Vorgehen Tavel's vermieden werden. Seine Nachteile bestehen in schwierigerer Technik und längerer Operationsdauer; er erfordert daher immer relativ guten Allgemeinzustand des Pat. — Im Anschluß wird über zwei von Tavel nach seiner Methode operierte Fälle berichtet (Fall 1 schon bei Tavel erwähnt). Beide Male war ein voller Erfolg zu verzeichnen.

E. D. Schumacher (Zürich).

---

20) **Campo.** Quimismo del estómago despues de la gastroenterostomia.

(Revue de med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1029.)

Die Gastroenterostomie ist absolut indiziert bei gutartiger oder bösartiger Verengerung des Pylorus. Der Chemismus des Magens pflegt im ersteren Falle Hyperchlorhydrie, im letzteren Hypochlorhydrie durch Degeneration der Drüsen zu zeigen. Die Totalazidität ist höher als es dem Salzsäuregehalt entspricht (Milchsäure). Sie muß mit Probefrühstück vor der Operation genau bestimmt werden. In der großen Mehrzahl der Fälle ist der Gehalt an Salzsäure vor der Operation der gleiche; in einigen Ausnahmefällen ist er nach der Operation erhöht. Dagegen pflegt die Totalazidität vermindert zu sein. Die neuerlichen Mitteilungen von Katzenstein über die Verminderung der Azidität nach Gastroenterostomie widersprechen in der von diesem Autor angegebenen Begründung bzw. Theorie den Resultaten der Klinik und sind daher sehr anfechtbar.

Stein (Wiesbaden).

---

21) **Rivas y Rivas.** Resultados tardios de la gastroenterostomia.

(Rev. de med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1031.)

Man muß unter den Gastroenterostomierten drei Gruppen unterscheiden: a. Entleerung des Magens innerhalb $^1/_2$ bis 4 Stunden; b. innerhalb 4—8 Stunden, c. später als nach 8 Stunden. Die Operation der Gastroenterostomie löst ein mechanisches Problem, hat aber keinen Einfluß auf die Schädigungen der Funktion oder Sekretion. Daher müssen die Operierten einer innerlich-medizinischen Therapie unterworfen werden. Die Resultate der Operation sind gut bei geschwürigen Prozessen am Pylorus; sie sind schlecht bei Geschwüren fern vom Pylorus, da die Gastroenterostomie weder die Schmerzen, noch die Blutungen, noch die Sekretionsanomalien beeinflußt. Bei jedem Pat. ist die Leber genau zu untersuchen, denn sie ist oft atrophisch, und diese Atrophie steht möglicherweise mit den nach Gastroenterostomie häufig beobachteten Diarrhöen in ursächlichem Zusammenhang, entweder durch Insuffizienz der Leberfunktion oder durch Zirkulationsstörungen.

Stein (Wiesbaden).

22) **Parker.** Intestinal anastomosis without open incisions by means of basting stitches.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1908. Mai.)

Der Darm wird beiderseits neben der zu resezierenden Partie mit einfacher Darmklemme abgeschlossen und das Zwischenstück entfernt. Dann wird jedes Ende übernäht, ohne Knoten, vielmehr wird der Verschluß durch straffes Anspannen der beiden Fadenenden erzielt. Dann werden die zwei Darmenden nach Abnahme der Klemmen gegeneinander gelegt und durch Lembertnähte vereinigt; zum Schluß wird jeder der zwei gespannt gehaltenen Verschlußfäden an einem Ende herausgezogen und die Lembertnähte geknotet.

An 15 Hunden untersuchte Verf. die Brauchbarkeit der Methode. Die ersten drei Tiere gingen an Ileus zugrunde, weil es zu keiner Öffnung der Darmlichtungen gskommen war; es waren kleine Hunde gewesen.

Nun wurden große Hunde genommen; von diesen 12 ging einer noch an Ileus infolge Striktur der Operationsstelle zugrunde, die anderen 11 blieben am Leben; die Passage hatte sich wieder eingestellt. — 8 Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

23) **S. G. Gant** (New York). Local and clinical treatment of chronic diarrhoea.

(New York med. journ. 1908. August 15.)

G. bekämpft die chronische Diarrhöe, die er auf ulzeröse Prozesse im Dickdarme zurückführt, hervorgerufen durch Tuberkulose, Gonorrhöe, Lues u. a., prinzipiell mit Ausspülungen und hält jede interne Therapie für unnütz. Er legt großen Wert darauf, daß die

Spülflüssigkeit auch alle erkrankten Partien sicher erreicht. Zu diesem Zwecke führt er das Darmrohr unter Leitung des Rektoskops so hoch wie möglich in den Darm ein. Wenn nach einigen Wochen kein Erfolg erzielt worden ist, so legt er einen Anus coecalis an. Da in einer Reihe von Fällen diese Methode nicht genügend war, weil die Erkrankung sich bis in das Ileum hinauf erstreckte, so führt Verf. jetzt prinzipiell zwei Katheter in den künstlichen After ein, einen in das Kolon, den anderen in das Ileum. Durch Herstellung einer Falte nach Art der Kader'schen Gastrostomie verhindert er das Austreten von Darminhalt. Zur Spülung verwendet G. heißes oder kaltes Wasser, Lösungen von Argentum nitricum, Formaldehyd usw. Bei sehr übelriechenden Stühlen spült er mit 1—2%iger Lösung von Ichthyol. Treten nach der Spülung starke Koliken auf, so legt er heiße Umschläge auf den Leib, oder er bringt zum Schluß 20 ccm Wismut mit 120 ccm warmen Öls in den Darm.

Übrigens erweitert G. die Indikationsstellung für diese Methode, indem er sie auch für schwere Autointoxikationen, Ptomainvergiftung, Kinderdiarrhöen, ja für längere Zeit notwendige künstliche Ernährung in Vorschlag bringt.

H. Bucholz (Boston).

---

24) **Beach.** The treatment of choice of stricture of the rectum.

(Pacific med. journ. 1908. August.)

Nach B.'s Erfahrungen hat keine der chirurgischen Behandlungsmethoden, die das Syphilom des Mastdarmes direkt auzugreifen suchen, dauernden Erfolg, sie verschlimmern sogar eher den Zustand. Die Methode der Wahl ist die permanente Kolostomie, welche die exakteste Durchspülung der Erkrankungsstelle erlaubt.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Basel.
Direktor: Prof. Dr. Wilms.

Wismutvergiftung durch Injektionsbehandlung nach Beck.

Von

Dr. Hans Eggenberger,
Assistenzarzt.

In Nr. 18 des »Zentralblattes für Chirurgie« 1908 (p. 555) teilte Beck eine neue Methode zur Diagnose und Behandlung von Fistelgängen mit. Er hatte durch Injektion von Bismuth. subnitric. 1 : Vaselini albi 2 Empyemhöhlen und Höhlen von spondylitischen Abszessen rasch zur Heilung gebracht.

Wir injizierten nach seiner Methode verschiedene Fisteln mit gutem Erfolg; ein Fall aber zeigte uns, daß diese Behandlung doch besondere Aufmerksamkeit verlangt.

Bei einem 7jährigen Knaben mit spondylitischem Abszeß im Abdomen, der früher mehrfach punktiert worden war und angefangen hatte zu fisteln, wurden 30 g Wismutvaselin injiziert. Man ließ die Injektionsmasse in der Höhle. Es floß nur wenig davon durch die Fistel nach außen ab. Nach 6 Wochen wurde der Appetit des Pat. allmählich schlechter; Übelkeit und Erbrechen traten auf. Der Puls stieg rasch bis 120 und 130. Diese Symptome blieben zunächst unerklärt. Bald bemerkte man aber eine der merkuriellen ähnliche Stomatitis mit schwarzbraunen Belägen und Geschwüren an Zahnfleisch und Lippen. Da Quecksilbervergiftung ausgeschlossen war, wurde die Annahme einer Wismutintoxikation naheliegend. Die Abszeßhöhle wurde breit eröffnet und ausgespült. Die Intoxikationserscheinungen nahmen dessenungeachtet an Intensität zu, indem sich Nystagmus, Trismus, klonische und tonische Krämpfe der Gesichts- und Extremitätenmuskulatur einstellten. Pat. zeigte das Bild einer toxischen Hirnrindenreizung, wie z. B. bei Urämie. Er wurde benommen, die Atmung stertorös, beschleunigt und das Gesicht cyanotisch. Wenige Tage nach Ausräumung der Abszeßhöhle trat der Exitus ein. Diarrhöe war nie vorhanden. Die Farbe des Stuhles war durch das seit mehreren Wochen regelmäßig eingenommene Ferrum oxydatum saccharatum stets grau.

Bei der Autopsie fanden sich außer einer deutlichen Hyperämie keine anatomischen Veränderungen am Zentralnervensystem. Ausgeprägt waren aber solche im Verdauungstraktus. Es fanden sich 1) kleine punktförmige Blutungen in der Magenschleimhaut; 2) die Dünndarmfollikel waren gerötet und geschwollen; an der Valvula Bauhini war ein grünbraunes, zirkuläres Geschwür, das 2—3 cm weit auf die benachbarten Partien des Coecum übergriff. Die übrige Dickdarmschleimhaut war geschwollen und hyperämisch.

Nach Hans Meyer und Steinfeld (Dorpat) können solche Darmveränderungen bei Säugetieren experimentell erzeugt werden durch subkutane Injektion von löslichen Wismutpräparaten. Das Wismut wird in den Darm ausgeschieden und ist als Schwefelverbindung in den braunen Dickdarmgeschwüren wieder zu erkennen. In unserem Falle wurde von Dr. Gigon in dem abgekratzten braunen Zahnfleischbelag Wismut nachgewiesen.

R. Kobert (Lehrbuch der Intoxikationen) nimmt an, daß sich aus dem sonst unlöslichen Bismuth. subnitric., namentlich wenn es als Salbe appliziert wird, auf Wundflächen lösliche Albuminate bilden, die sehr giftig sind. Für lösliche Doppelsalze von Bismut beträgt die kleinste tödliche Dosis bei subkutaner Injektion 6 mg pro Kilogramm Hund und Katze.

Die ersten Wismutvergiftungen bei Wundverbänden wurden schon vor 20 Jahren von Pott, Kerner, Kocher, Riedel usw. beobachtet.

Dreesmann stellte die bis 1901 bekannten Fälle im Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakolologie zusammen. In neuerer Zeit wurden akute und subakute Bismutvergiftungen veröffentlicht von Mahne nach Injektion in Abszeßhöhle (Berliner klin. Wochenschrift 1905 p. 232) und Bennecke nach interner Darreichung (Münchener med. Wochenschrift 1905 p. 945).

Man muß sich demnach auch bei der Wismuttherapie nach Beck stets bewußt sein, daß man es mit einer unter Umständen sehr giftigen Substanz zu tun hat.

---

25) **B. Dollinger.** Behandlung tuberkulöser Fisteln nach dem Beck-schen Verfahren.

(Orvosi Hetilap 1908. Nr. 35.)

Verf. hat in 16 Fällen das Beck'sche Verfahren angewendet; es gelang in vier Fällen mittels 2—8 Injektionen volle Heilung zu erzielen, in 12 Fällen, die noch in weiterer Behandlung sind, konnte bereits nach 3—4 Injektionen eine Besserung, Verminderung des Sekretes, lebhafte Granulation konstatiert werden.

P. Steiner (Klausenburg).



26) Sanitätsbericht über die Kgl. preußische Armee, das XII. und XIX. (1. und 2. Kgl. sächsische) und das XIII. (Kgl. württembergische) Armeekorps, sowie über die Kaiserl. ostasiatische Besatzungsbrigade und über das Kaiserl. ostasiatische Detachement für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1905 bis 30. September 1906. Bearbeitet von der Medizinalabteilung des Kgl. preußischen Kriegsministeriums. Mit 31 Karten, 9 graphischen Darstellungen und 1 Zeichnung. VII und 415 S.

Berlin, **E. S. Mittler & Sohn,** 1908.

Bei einer Durchschnittsiststärke von 531735 Mann traten in Revier- und Lazarettbehandlung 314807 Leute = 59,2% der Kopfstärke ein, d. h. 3,8% weniger als im Vorjahre. Diese Abnahme war durch eine Verminderung der Krankheiten der äußeren Bedeckungen (Panaritium, Zellgewebsentzündung, Furunkel usw.) mit bedingt. Es starben, wie in den beiden Vorjahren, von 1000 Mann 2. Von den Krankheitsgruppen weisen die Krankheiten der äußeren Bedeckungen und die mechanischen Verletzungen den höchsten Zugang auf (13,36 und 13,02% der Kopfstärke gegenüber z. B. 8,29, 7,71 und 1,27 bei den Krankheiten des Ernährungs-, Atmungs-, Kreislaufsgebietes).

Zu 2 aus dem Vorjahr übernommenen Wundstarrkrampffällen traten 3 weitere hinzu; 2 führten zum Tode, 1mal war die Erkrankung von einer kleinen, durch einen vorstehenden Stiefelnagel hervorgerufenen Wunde an der Fußsohle ausgegangen; im Stiefel und Fußlappen des Erkrankten wurden durch Impfung auf Mäuse Tetanusbazillen nachgewiesen. Das Heilserum bewährte sich.

Über Credé'sche Silbersalze, Collargoleinspritzungen und Aronson'sches Serum bei Eiterungen usw. wird günstig berichtet.

Bei einem schwerkranken Typhösen wurden das Leben im höchsten Grade gefährdende Blutungen aus Nase, Zahnfleisch, Lunge, Magen und Darm durch Einspritzung von 0,001 Adrenalin unter die Haut zum Stehen gebracht. Die Einspritzung wurde vorsichtshalber an den 2 nächsten Tagen wiederholt. Der Kranke genas.

Erfolge der Bier'schen Stauung bei 2 Fällen von Kniegelenks- und 1 Falle von Fußwurzeltuberkulose werden besonders erwähnt.

Besserungen, zum Teil auffallender Art, tuberkulöser Bauchfellentzündung nach dem Bauchschnitt wurden mehrfach beobachtet.

8 Kropfkranke erhielten Thyreoidin und Antithyreoidintabletten Möbius, davon 7 ohne jeden Erfolg; 16 operierte wurden sämtlich dienstfähig.

1039 (0,2% der Kopfstärke) Fälle von Unterleibsbrüchen wurden behandelt, 81 Bruchoperationen, bei den Leistenbrüchen meist nach Bassini, ausgeführt. Dazu kommen 30 Erkrankungen an eingeklemmtem Bruch mit 8 Operationen, von denen 7 Dienstfähigkeit erzielten. Von 10 Operationen wegen Darmverschlusses führten 5 zur Heilung.

1666mal trat Blinddarmentzündung auf. Auffallend ist, daß noch »am gebräuchlichsten in den meisten Lazaretten die Opiumbehandlung« war. Trotzdem sind die Blinddarmoperationen von 124 im Jahre 1902/03 auf 407 im Jahre 1905/06 angestiegen. 402 Operationsfälle sind ausführlich zusammengestellt (p. 92—95); davon starben 53 = 13,2% (im Vorjahre 17,3%); 349 wurden gesund (= 86,8%; im Vorjahre 82,7%), darunter 225 auch dienstfähig (= 64,5% der Geheilten; im Vorjahre 63,3%; oder = 56% der Operierten). Von 207 Operierten, bei welchen vor dem Eingriff in der Umgebung des Wurmfortsatzes Bauchfellentzündung oder Eiterung nicht bestand, starben 6. — Die Zahl der Blinddarmoperationen stieg seit 1902/03 um 232,2%, die der Blinddarmerkrankungen nur um 62,4%. Es entfallen auf 42 Operationen während der ersten 24 Stunden 3 Todesfälle (= 7,1%); auf 65 während der zweiten 24 Stunden 6 (= 9,2%), auf 101 Operationen während des 3.—7. Tages 34 (= 33,7%, auf 61 Operationen in der 2. und 3. Woche 8 (13,1%), auf 133 Operationen in späterer Zeit 2 (= 1,5%). Auf die zahlreichen

sonstigen chirurgisch lehrreichen Einzelheiten dieser sorgfältigen Berichterstattung über Appendicitisbehandlung sei besonders deshalb hingewiesen, weil sich darin die Ergebnisse vieler Ärzte unter den verschiedensten äußeren Bedingungen widerspiegeln und damit eine allgemeine Übersicht über die gegenwärtigen durchschnittlichen Ausgänge bei dieser Krankheitsart gewonnen wird.

Erfolge der Bier'schen Stauung bei Tripperrheumatismus, bei Nebenhodenentzündung nach Tripper und bei weichem Schanker werden erwähnt.

An Panaritium erkrankten im Durchschnitt der Jahre 1881—1886 2,52, im Jahre 1905/06 0,82% der Kopfstärke (= 4379 Mann). Über das hierbei vielfach angewandte Bier'sche Stauungs- und Saugverfahren widersprechen sich die Ansichten erheblich. Die lobenden Urteile rühmen die Kleinheit der erforderlichen Einschnitte, die günstigen Narben, das schnelle Nachlassen des Schmerzes, die Abkürzung der Heilungszeit. — Ähnlich wird über das Bier'sche Verfahren bei den sonstigen Zellgewebsentzündungen geurteilt, deren Zahl (= 6,13% der Kopfstärke) gegenüber 1881—1886 (4,74%) gestiegen ist.

Die Furunkelbehandlung nach Bier findet Anerkennung.

Einmal mußte eine Paraffingeschwulst vom Nasenrücken entfernt werden; die zur Ausgleichung einer nach Verletzung entstandenen Sattelnase früher eingespritzte Masse hatte eine unförmliche Anschwellung der Nase erzeugt.

Unter den 35355 Erkrankungen der Bewegungswerkzeuge befanden sich allein 12964 Fälle von »Fußgeschwulst« (= Schwellfuß, meist Mittelfußknochenbruch). Unter den 69235 mechanischen Verletzungen erscheinen zahlreiche Zerreißungen usw. der Baucheingeweide sowie 2973 Knochenbrüche, auf deren Zusammenstellung nach Körperstelle, Behandlungsart, Krankheitsdauer usw. verwiesen sei. Dasselbe gilt für die Einzelheiten der 278 Schuß- und der 15075 Hieb-, Schnitt-, Stich-, Riß-, Quetsch- und Bißwunden.

Über die neueren Betäubungsverfahren liegen noch keine ausgedehnteren Mitteilungen vor.

In einer Operationsliste sind Anzeigen, Art und Ausgänge von 1147 größeren Operationen verzeichnet. **Georg Schmidt** (Berlin).

27) **A. Neudörfer.** Penetrierende Schußverletzung des Abdomens durch eine Exerzierpatrone. (Aus der I. chir. Abteilung der Rudolfstiftung.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 4.)

Der Holzpfropfen der Patrone war in der linken Leistengegend eingedrungen; hier war Netz vorgefallen. Das Lig. gastrocol. war zerrissen, im Querkolon fand sich ein erbsengroßes Loch; endlich fand sich als Quelle nicht unbeträchtlicher Blutung ein Schlitz im Mesocolon transv. Außerdem bestanden mehrere Sugillationen der Darmwand. Der Rest des Pfropfens fand sich in der Bursa omentalis. Für den Fall, daß infolge der starken Ablösung des Querkolons dieses gangränös werden sollte, wurde durch Annähen und Abtamponieren für Durchbruch nach außen gesorgt. 2 Tage nach der Verletzung wurde Tetanusantitoxin prophylaktisch subkutan injiziert. Der Verlauf war ganz glatt. **Renner** (Breslau).

28) **G. I. Baradulin.** Zur Frage des postoperativen Ileus.

(Russ. Archiv für Chirurgie [Russisch.])

B. bespricht den eigenartigen Symptomenkomplex und betont die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose gegenüber der Peritonitis. Als unterscheidende Merkmale findet er schließlich: beim paralytischen Ileus haben alle Autoren einen ruhigen, vollen und regelmäßigen Puls beobachtet, doch kann auch durch Intoxikation zuletzt die Qualität des Pulses beträchtlich leiden. Weniger Wert hat das Verhalten von Schmerz und kotigem Erbrechen, da beide beobachtet werden; nur pflegt jener geringer zu sein, und dieses ist sehr selten. Therapeutisch werden Eingüsse, subkutane Kochsalzinfusionen, Magenspülungen, Wärme auf den Leib, elektrische Klysmata empfohlen. (Vor kurzem erzählte ein Kollege aus Amerika dem Ref. folgenden Fall: er hatte eine Pat., die nach Ovariotomie eine schwere



Darmparalyse bekam. Kein Mittel half. Da griff er zu einem alten Verfahren: er machte einen Aufguß von Zigarrenspitzen (1 : 8) und goß der Kranken davon 100 ccm in den Mastdarm. Fast momentan kam die Peristaltik in Gang, während die Kranke, trotzdem die Flüssigkeit sofort ablief, alle Zeichen einer schweren Vergiftung bot. Sie kam durch.)

B. hat folgenden Fall: nach einer einfachen Appendektomie begann der Leib am 4. Tage sich zu blähen. Trotz aller Mittel (u. a. Belladonna) nahm die Blähung zu. Am 10. Tage kamen zuerst etwas Gase, aber erst vom 12. Tage ab gelang es, regelmäßige Entleerungen zu erzielen. Die ganze Zeit über war der Leib unempfindlich, es wurde nicht erbrochen, der Puls blieb unter 100.

V. E. Mertens (Kiel).

29) **Mauclaire.** Deux cas d'ascite chyliforme.

(Archives génér. de chir. 1998. II, 7.)

M. berichtet kurz über einen Fall von chylusartigem Ascites, der bei einem 44jährigen Manne durch Metastasen in Netz- und Lymphdrüsen bedingt war. Es handelte sich um Zylinderepitheliome, die sekundär von einem exstirpierten Brustkrebs ausgegangen waren. Nach dreimaliger Punktion des Ascites wurde eine Probelaparotomie gemacht, um die Ascitesflüssigkeit möglichst vollständig zu entfernen. Der Kranke starb 3 Tage nach der Operation. In einem zweiten Falle bestand bei einem 8jährigen Kinde eine fibrinös-käsige Bauchfelltuberkulose, die zu einer Spontanperforation des Nabels führte. Aus der entstehenden Fistel entleert sich eine weißliche, milchige Flüssigkeit.

Nach einer mehr tabellarischen Übersicht über Häufigkeit und Genese des chylusartigen Ascites kommt Verf. zum Schluß, daß therapeutisch nur bei tuberkulöser Basis die Laparotomie indiziert sei, um einen möglichst vollständigen Abfluß des Exsudats zu erzielen oder Drüsenkonglomerate zu entfernen, die den Ductus thoracicus oder die Cisterna chyli komprimieren. Bei Karzinomatose des Bauchfells ist dagegen die Laparotomie kontraindiziert. **Strauss** (Nürnberg).

30) **McGuire.** Treatment of diffuse suppurative peritonitis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 13.)

Verf. behandelt seine Fälle von diffuser eitriger Peritonitis jetzt folgendermaßen: Operation an der Stelle des Ursprunges der Eiterung, Inzision über dem Schambein und Drainage der Beckenhöhle durch diese Inzisionsöffnung; Erhöhung des Kopfendes der Bettstelle, und zwar recht erheblichen Grades, dauernde Irrigation des Mastdarmes mit Kochsalzlösung unter geringem Druck; Morphium in kleinen, Spartein in großen Dosen; keine Abführmittel, nur Klysmen; bei Erbrechen keine Nahrung durch den Mund.

Unter den letzten 500 Appendicitispatienten seiner Privatpraxis waren 24 Fälle mit diffuser eitriger Peritonitis; von den nach alter Methode behandelten 6 starben 5; von den nach diesen neuen Prinzipien behandelten 18 starb nur einer.

W. v. Brunn (Rostock).

31) **A. Lamari.** Infezione diplococcica nella peritonite tubercolare.

(Nuova Rivista clinico-terapeutica 1908. XI, 6.)

Bei einem 17jährigen Jungen, der jahrelang an tuberkulöser Peritonitis gelitten hatte, fanden sich die Erscheinungen der Pneumokokkenperitonitis der Kinder. Die Laparotomie ergab 8 Liter dicken gelben Eiters und eine miliare Peritonealtuberkulose. Die bakteriologische Untersuchung ließ den Fränkel-schen Diplokokkus und den Koch'schen Bazillus erkennen. Verf. schließt, daß die Vereiterung tuberkulöser Herde stets durch Mischinfektion zustande kommt, daß die tuberkulöse Peritonitis zur Pneumokokkeninfektion prädisponiert, und daß endlich diese Infektion die miliare Ausbreitung der Tuberkulose begünstigt.

Strauss (Nürnberg).

32) **F. Brüning.** Über Appendicitis nach Trauma.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 4.)

B. beschreibt einen Fall von Appendicitis traumatica, entstanden durch Sturz auf der Treppe, bei dem wahrscheinlich eine starke Anspannung der Bauchdecken zu einer vorübergehenden Einklemmung des Wurmfortsatzes im Leistenringe und diese zu einer Entzündung führte. In der aus der Literatur vom Verf. gegebenen Zusammenstellung der Veröffentlichungen über traumatische Appendicitis überwiegt die Meinung, daß nur ein vorher schon veränderter Wurmfortsatz durch Trauma entzündlich erkranken kann. Verf. bespricht den Mechanismus, wie bei vorhandenem Abszeß, chronischer und akuter latenter Entzündung eine Appendicitis zustande kommen kann. Nach seiner und Aschoff's Ansicht spielt in der Entstehung der traumatischen Appendicitis die reflektorische Darmlähmung eine große Rolle. Der Fall des Verf.s, wie einige andere sprechen aber dafür, daß es auch eine traumatische Appendicitis bei gesundem Wurmfortsatz gibt. Das klinische Bild der traumatischen Appendicitis ist immer ein besonders schweres. Von 34 Pat. starben 19. Der anatomische Befund ist gewöhnlich nur eindeutig für Trauma sprechend, wenn die Operation sehr zeitig vorgenommen wird. Als Gutachter soll man daran festhalten, daß eine traumatische Appendicitis nur anzunehmen ist, wenn direkt im Anschluß an den Unfall Erscheinungen aufgetreten sind, die auf eine Appendicitis hindeuten, und welche andauern bis zum Manifestwerden der Entzündung. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

33) **Frascella.** Un caso di appendicite acuta paragastrica perforata con peritonite purulenta diffusa: intervento e guarigione. Contributo anatomo-patologico, patogenetico e clinico alle dislocazioni appendicolari.

(Policlinico, sez. chir. 1908. XV, 7.)

Verf. zählt kurz die verschiedenen Regionen der Bauchhöhle auf, in denen bisher ein erkrankter Wurmfortsatz gefunden wurde, und berichtet dann ausführlich über einen selbst beobachteten Fall, der bisher in der Literatur nur drei Analoga haben soll.

Bei einem 11jährigen Jungen, der seit 2 Tagen plötzlich schwer erkrankt war, fand sich bei der Laparotomie eine sero-fibrinöse eitrige Peritonitis; der Blinddarm lag im oberen Teile der Fossa iliaca dextra, der sehr lange Wurmfortsatz lag auf seiner Vorder- und Innenseite und erstreckte sich mit einem gut entwickelten Mesenterium bis zum Lig. gastro-colicum, mit dem er an der großen Kurvatur fest verwachsen war. Die Exstirpation des 15 cm langen gangränösen Wurmfortsatzes brachte Heilung.

Des weiteren versucht F. den Nachweis, daß die lange vor der akuten Entzündung bestehende chronische Epiploitis die vor der akuten Erkrankung bestehenden Symptome: Appetitlosigkeit, Stuhlträgheit, zeitweises Stechen in der Magengegend, verursachten. **Strauss** (Nürnberg).

34) **P. Müller.** Ein mit Pelveoperitonitis, Ikterus und Albuminurie komplizierter Fall von Appendicitis (Drainage der von der Regio analis her eröffneten Beckenhöhle — Ligatur der arrodierten A. iliaca ext. vom Riedel'schen Zickzackschnitt aus).

(Med. Klinik 1908. p. 1306.)

M. beobachtete das gleichzeitige Einsetzen von Ikterus und Albuminurie mit verhältnismäßig schnellem Verlauf und günstigem Ausgang unter 50 operativ behandelten Fällen von Appendicitis siebenmal. Es kann sich handeln um Spätikterus bei pyämischer Pfortaderthrombose mit schlechtester Prognose, um Frühikterus als Teilerscheinung einer septischen, durch Streptokokken verursachten Allgemeininfektion mit raschestem Verlauf und und tödlichem Ausgang oder mit schweren Zuständen und Übergang in Genesung erst nach längerer Zeit, endlich um leichte Anfälle, welche entweder gleich nach der Operation auftreten oder mit

Albuminurie verbunden sind. Letztere sind wohl verursacht durch die Aufsaugung von Toxinen, die in der Leber und in den Nieren eine schnell vorübergebende parenchymatöse Veränderung setzen.

Im vorliegenden Falle war wohl der Bauchfellüberzug der Arteria iliaca ext. beim Einführen eines Gazestreifen mit der Kornzange verletzt worden. Die Eiterung hatte nun Zutritt zur Gefäßwand.

Vom Riedel'schen Zickzackschnitt aus lassen sich dieses Gefäß, aber auch die spermatischen und hypogastrischen Venen sehr leicht unterbinden.

Als Gegenöffnung in der Becken-Bauchhöhle wird an Stelle des Einschnittes vom Mastdarm- oder Scheideninnern her die paraanale und pararektale Inzision empfohlen. Dauerbäder verminderten die Eiterung aus der Becken-Bauchhöhle schnell und kürzten den Heilungsverlauf ab. **Georg Schmidt** (Berlin).

35) **Clark.** The Gould stitch.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. Juni.)

Verf. empfiehlt auf Grund zahlreicher Fälle die von Gould angegebene Art von Matratzennaht (cf. dieses Blatt 1904, p. 1354) als sicherste Methode zum Verschluß des Wurmfortsatzstumpfes nach Appendektomie, ebenso zur Aponeurosennaht beim Verschluß von Hernienöffnungen und Laparotomiewunden.

Mohr (Bielefeld).

36) **Pohlman.** The appendix forming a duodenal-cecal canal.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 12.)

Bei der Obduktion eines an Lungentuberkulose verstorbenen Negers fand sich eine chronische adhäsive Peritonitis; der Wurmfortsatz war mit seiner Spitze mit dem tief herabhängenden transversalen Teile des Duodenums verwachsen und kommunizierte mit dessen Lichtung. Der Wurm, nicht verdickt und ohne sonstige sichtbare Veränderung, von 4 cm Länge, hatte eine Lichtung von ca. 2 mm Weite, war mit kotigem Material gefüllt und bildete einen nach dem Blinddarm und Duodenum offenen Kanal. **W. v. Brunn** (Rostock).

37) **McLean** (Kiautschou). Über Cystenbildung aus Resten des Processus vermiformis.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 33.)

Den von Klemm mitgeteilten drei Fällen reiht Verfasser einen weiteren an, in welchem sich bei wiederholten schweren appendicitischen Anfällen bei der Operation die Auslösung des gegen das kleine Becken fest verlöteten Wurms als unmöglich erwiesen hatte, deshalb die Durchtrennung mit Einstülpung des oralen Endes des Wurmes in den Blinddarm vorgenommen worden, und es in kurzer Zeit unter neuen Anfällen zur Bildung einer fast faustgroßen, dann allmählich sich verkleinernden Cyste in dem distalen Stumpf gekommen war. Bei ihrer Operation platzte die gut walnußgroße Geschwulst und entleerte dicke, schleimige Flüssigkeit und wurde exstirpiert. Heilung. **Kramer** (Glogau).

38) **L. Simon.** Perforation eines Meckel'schen Divertikels.

(Med. Klinik 1908. p. 1345.)

Erfolgreiche Abtragung des Divertikels und Darmnaht 18 Stunden nach Beginn der Erkrankung, 5 Stunden nach dem Durchbruch. Es bestand weder eine Verwachsung des Divertikels, noch hatte irgendwelche Knickung oder Drehung die Entzündung des Darmanhanges verursacht. Fremdkörper fanden sich nicht, ebensowenig Anhaltspunkte für Typhus oder Tuberkulose. Wahrscheinlich war demnach eine Infektion von den Bakterien des Darminhaltes ausgegangen. Infolge sehr starker Faltung und Schwellung der Darmschleimhaut an der Stelle des Durchbruches nach dem blinden Ende des Divertikels, einer Art von Selbstschutz, war durch das 4 mm Durchmesser besitzende Loch nur verhältnismäßig wenig Darminhalt in die Bauchhöhle geflossen. **Georg Schmidt** (Berlin).

39) **Nast-Kolb.** Die Operation von Leisten- und Schenkelhernien in lokaler Anästhesie. (Aus der chirurg. Klinik zu Heidelberg. Prof. Narath.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 33.)

Die Lokalanästhesie mit 1%iger Novokain-Suprareninlösung wird in der Heidelberger Klinik nicht bei Kindern, dagegen fast immer bei Erwachsenen, und besonders bei alten Leuten, mit eingeklemmten und freien, nicht verwachsenen Brüchen jeder Größe (unter Anwendung der Bassini'schen oder Ferrari'schen Methode bei Leistenbrüchen), event. nach Morphin-Skopolamininjektion, benutzt. Die Technik der Einspritzung findet in der Arbeit genaue Beschreibung. Behutsames Operieren ohne Zerrung der Gewebe ist zur Vermeidung von Schmerzen notwendig. Die Wundheilung wurde durch den Einfluß des Lokalanästhetikums nicht gestört. Nachschmerzen, oft recht heftiger Art, erforderten Morphiumdarreichung. Postoperative Lungenaffektionen kamen auch nach der Operation unter lokaler Anästhesie zur Beobachtung. **Kramer** (Glogau).

40) **K. A. Sarshezki.** Die Dauerresultate der radikal operierten Leistenbrüche der akademischen chirurgischen Klinik (St. Petersburg) von 1895 bis 1906. Experimentelle Prüfung der anatomischen Grundlagen der Bassini'schen Operation.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

Die Arbeit stammt aus der Klinik von Weljaminoff und handelt hauptsächlich von den Methoden Bassini's und Kocher's. Es ist die Kocher'sche Verlagerungsmethode in einer Modifikation von Prof. W. A. T(h)i(e)le. Nach Isolierung des Bruchsackes wird die vordere Wand des Leistenkanales mit der Schere aufgeschlitzt, der Bruchsack noch weiter frei gemacht, gedreht und durch eine Öffnung in der Aponeurose des M. obliquus ext. möglichst stramm nach außen und oben gezogen und mit einer Naht befestigt. Nach der Naht der Aponeurose wurde der Bruchsack anfangs mit einigen Nähten darauf befestigt, später aber exstirpiert.

Bei der Revision wurde als Rezidiv eines Leistenbruches eine herniöse Vorwölbung im Bereiche der Operationsstelle beobachtet, »in der man nach Form und Größe einen bereits wieder entstandenen Peritonealsack annehmen konnte«.

Als Minimalfrist zwischen Operation und Revision bestimmt S. auf Grund seiner Literaturstudien 2 Jahre, eine Frist, die er selbst aber nicht eingehalten hat.

Operiert wurden an 150 — 139 männlichen, 11 weiblichen — Kranken 169 Brüche. Es entfallen auf die modifizierte Kocher'sche Methode 116, von denen 71,5% per primam heilten, während 28,2% (meist »tiefe«) Eiterung aufwiesen (die 2½mal so oft dort vorkam, wo der Sack daringelassen war). Keine Todesfälle, Bettruhe durchschnittlich 14 Tage.

Nach Bassini wurden 37 Brüche operiert, von denen 83,7% per primam heilten, 16,2% (6 Fälle) per secundam (davon 3 gleich bei der Operation tamponiert). Keine Todesfälle, Bettruhe durchschnittlich 17 Tage.

Nachuntersucht wurden 76 nach Kocher Operierte, wobei 21 = 27,6% Rezidive gefunden wurden. Von den per primam geheilten Fällen hatten 25% Rezidive, von den übrigen 42,1%. Die Frist zwischen Operation und Revision betrug bei 12 Fällen weniger als 2 Jahre, sonst 2—11 Jahre.

Von den nach Bassini Operierten wurden 18 revidiert; davon hatte 1 ein Rezidiv (= 5,5%), der per secundam geheilt war. Die Frist betrug in 15 Fällen weniger als 2 Jahre, in den übrigen 2—6 Jahre.

S. kommt bei voller Würdigung der großen Ungleichheit der Vergleichsobjekte zu dem Schluß, daß dem Bassini'schen Verfahren doch wohl der Vorzug vor dem modifizierten Kocher'schen gebührt, und zwar weil die Fixierung der Muskeln an das Poupart'sche Band einen besseren Schutz gegen Rezidive zu geben scheint als die einfache Beseitigung des überschüssigen Bauchfells.

Um zu prüfen, ob die Muskeln wirklich mit dem Poupart'schen Bande verwachsen, hat S. elf Tierversuche (Hunde) angestellt und mikroskopische Untersuchungen gemacht. Danach verwachsen Muskel und Band durch eine feine bindegewebige Narbe. Das Bindegewebe schiebt sich zwischen die Muskelbündel bzw. Fasern, auch zwischen die Fasern des Bandes, wo es durch die Nadel verletzt wurde. Die nächstliegenden Muskelfasern degenerieren und zerfallen, nehmen Kalk auf und gehen schließlich in der Narbe auf. Die weiterliegende Muskulatur bleibt unverändert, abgesehen von vereinzelten Bindegewebszügen, die sich zwischen die Fasern schieben. Nach 2—3 Monaten war die Vernarbung beim Hunde vollendet.

V. E. Mertens (Kiel).

41) **L. Arnaud.** Les cystocèles crurales chez l'homme.

(Province méd. 1908. Nr. 29.)

Selten schon bei der Frau, ist die Cystokele im Schenkelkanal beim Manne ganz außerordentlich selten. Verf. kennt nur drei Veröffentlichungen, von Sorel, Schonen und v. Aue. Der vorstehende Fall betraf einen 64jährigen Mann, der schon 18 Jahre lang einen Schenkelbruch hatte. Ohne äußeren Anlaß traten Einklemmungserscheinungen auf. Bei der Operation fand sich ein kleiner Bruchsack, nach dessen Öffnung man eine freie Blinddarmschlinge zu Gesicht bekam. Erst dann widmete man einer blauverfärbten fast ebenso großen Masse, wie sie der Bruchsack darstellte, seine Aufmerksamkeit: Dieselbe gab sich als die eingeklemmte Harnblase zu erkennen. Reposition der Cystokele nach Erweiterung des Bruchringes; Abtragung des Bruchsackes, Pfeilernaht. Heilung in 14 Tagen.

Die bisherigen Beobachtungen der cruralen Cystokele beim Manne betrafen immer die rechte Seite. Verf. führt folgende Gründe dafür an: Die angeborene größere Weite des rechten Schenkelringes im Gegensatze zum linken und die asymmetrische Lage der Blase, die im gefüllten Zustande sich mehr nach der rechten Seite zu neigt.

A. Hofmann (Karlsruhe).

42) **H. Finsterer.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Hydrokele muliebris. (Aus der Grazer chirurgischen Klinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 15.)

Wenn schon die Hydrokele muliebris nicht allzu häufig ist (89 Fälle), so stellt Verf.s Fall von doppelseitiger Hydrokele mit Vereiterung ein Unikum dar. Es handelte sich um eine 57jährige Frau, die nach wiederholten Traumen der Leistengegenden beiderseits allmählich zunehmende Anschwellungen bekam. Nach Influenza traten Schmerzen und Rötung auf. Die vom Arzte zuerst auf Lymphadenitis, dann auf Hernia incarc. gestellte Diagnose wurde in der Klinik berichtigt, Probepunktion, dann Inzision gemacht. Ätiologie, Pathologie, und vor allem die Differentialdiagnose werden erschöpfend besprochen. Bei der Operation ist charakteristisch die Lage des Lig. rotundum an der Hinterseite der Hernie, von ihr nur sehr schwer zu trennen. — Literatur.

Renner (Breslau).

43) **H. Rubritius.** Chronisch entzündlicher Bauchdeckentumor nach Hernienoperation.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 31.)

Im Anschluß an die von Schloffer auf dem letzten Chirurgenkongreß erwähnten Fälle von chronischen Geschwülsten der Bauchdecken nach Bauchoperationen, berichtet R. über einen Fall eines eingeklemmten Leistenbruches, bei dem 4 Wochen nach der vorgenommenen Radikaloperation sich eine Beule in der rechten Unterbauchgegend bemerkbar machte, die innerhalb 3 Wochen zu einer faustgroßen Geschwulst heranwuchs. Sie war mit dem Netz und Dünndarmschlingen verwachsen und stellte eine schwielige Masse dar, in deren Zentrum eine Eiterhöhle mit einem Seidenfaden lag. R. hält letzteren für den Urheber der Geschwulst und rät, bei Bauchoperationen nur resorbierbares Nahtmaterial zu benutzen. Die Tatsache, daß die Geschwulst von der Operationsnarbe aus weit

entfernt liegt, erklärt sich R. so, daß der Bruchsackstumpf nach der Abbindung sehr weit zurückschlüpfen kann und so den von der Wunde entfernten Sitz der Geschwulst verursacht. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

44) **Hunter.** A case of hypertrophic stenosis of the pylorus in an infant 8 weeks old.

(Glasgow med. journ. 1908. Juli.)

Den 1. Lebensmonat war der Knabe ganz gesund und gedieh aufs beste. Dann fing er an zu erbrechen und magerte trotz verschiedenster diätetischer Maßnahmen schnell ab. In verfallenem Zustande kam das Kind ins Hospital und starb dort 8 Tage später.

Die Obduktion ergab keine besondere Dilatation des Magens ($3^1/_2 : 1^3/_4$ Zoll), aber eine kolossale Hypertrophie des Pylorus, und zwar sowohl der zirkulären wie der Längsmuskulatur. Die Veränderung war in 3 cm Länge ausgeprägt, der äußere Umfang des fest kontrahierten Sphinkters betrug 6 cm. Ein Metallkatheter Nr. 10 konnte nur mit Druck hindurchgeführt werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

45) **Manges.** Primary sarcoma of the stomach. Report of three cases.

(Mt. Sinai hospital reports Vol. V. 1907.)

Die drei vom Verf. ausführlich beschriebenen Fälle betrafen einen Mann von 48 Jahren, eine ebensoalte Frau und ein 19 Jahre altes Mädchen. Im ersten und dritten Falle lag ein Lymphosarkom vor, im zweiten ein Myosarkom. Die ältere Frau starb, weil inoperabel, unoperiert. Der Mann starb im Anschluß an die ausgeführte Gastroenterostomie; das Mädchen wurde laparotomiert wegen akuter Blutung aus der Geschwulst in die freie Bauchhöhle, erlag aber auch bald dem Eingriff. **W. v. Brunn** (Rostock).

46) **Luther.** Review of cases of various types of enteroptosis.

(Univ. of Pensylvania med. bull. 1908. Juli.)

L. teilt die Krankengeschichten von 35 von Clark operierten Fällen von Enteroptosis mit. Bestimmte Indikationen für den chirurgischen Eingriff bei Enteroptose lassen sich bisher nicht aufstellen, nur so viel läßt sich sagen, daß die bestehenden Symptome direkt durch die Enteroptose verursacht sein müssen, wenn die Operation Aussicht auf Erfolg haben soll. In fünf Fällen mit starker Erschlaffung der Bauchwand nach Geburten wurde die Webster'sche Operation (teilweise Resektion der Bauchwand) mit zwei Besserungen und zwei Heilungen ausgeführt. Die Methode gibt gute Resultate, falls die Diastase nicht bereits so lange besteht, daß die Bauchorgane weit unter ihre normale Lage gesunken sind, in letzterem Falle muß gleichzeitig mit der Webster'schen Operation eine Hebung des Querkolons durch Annähung des Netzes an die Bauchwand vorgenommen werden: fünf Fälle, eine Heilung, zwei vorübergehende Besserungen mit Rückfall nach einer Geburt bzw. einem Fall, ein Mißerfolg. In einem Falle trat Besserung nach Aufhängung der Leber und des Querkolons ein. Bei neun Pat. wurde das Querkolon vermittels des Lig. gastrocolicum am Peritoneum parietale aufgehängt: vier Heilungen, vier Besserungen, ein Todesfall an Peritonitis. Vier Fälle von Aufhängung des Querkolons, Magens und der einen Niere: eine Besserung, 1 Heilung, von den beiden anderen fehlt Nachricht. Bei einem Pat. mit extremer Senkung des Querkolons mit Kotstase und den Symptomen eines unvollständigen Ileus wurde, nachdem die Aufhängung von Rezidiv gefolgt war, das Querkolon reseziert, und die Darmenden wurden durch End-zu-End-Anastomose vereinigt; völlige Heilung, auch der nervösen Allgemeinerscheinungen. In den letzten 12 Fällen handelte es sich um Ptosis der Flexura sigmoidea; 10mal Aufhängung der Flexur an der seitlichen oder vorderen Bauchwand vermittels des Mesosigmoideum; 2mal wurde außerdem eine Gegeninzision in der linken Flanke angelegt, durch welche die Aufhängenähte angezogen wurden; in zwei Fällen mußte die Flexur, um Knickungen zu vermeiden, in der Mittellinie der vorderen Bauchwand fixiert werden; drei Heilungen, fünf Besserungen, ein Miß-

erfolg, 1mal kein Bericht. In den beiden letzten Fällen wurde außer der Aufhängung der Flexur die Webster'sche Operation ausgeführt: eine Heilung, eine Besserung. **Mohr** (Bielefeld).

47) **Zaaijer.** Purpura en Darminvaginatie.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1908. Nr. 7.)

Z. sah in zwei Fällen im Anschluß an eine Purpuraeruption Darminvagination auftreten. Er ist der Ansicht, daß die Purpura ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Invagination ist. Die Blutungen in die Darmschleimhaut können, wie ein Polyp, den Anfang einer Invagination bilden, oder Blutungen in die Darmwand können eine lokale Paralyse geben. Möglich ist es auch, daß Blutungen in dem Gebiete des N. splanchnicus lokale Lähmungen oder Erregungen verursachen. Embolien in den Arterien verursachen lokale Ischämien der Darmwand. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

48) **I. Boese.** Über den strikturierenden tuberkulösen Tumor der Flexura sigmoidea.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 4.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichte eines Pat., bei dem aus den ileusähnlichen Erscheinungen und der Fühlbarkeit einer Geschwulst ein Karzinom der Flexura sigmoidea diagnostiziert wurde. Die Darmresektion, die mit Genesung des Kranken endete, ergab durch histologische Untersuchung und Tuberkelbazillennachweis im Schnitt, daß es sich um eine tuberkulöse Geschwulst handelte. B. bespricht die verschiedenartigen nicht krebsigen Geschwülste, die in letzter Zeit an der Flexur beobachtet wurden, und die Graser'schen Divertikel, die nicht selten den Ausgang für entzündliche Geschwülste der Flexur bilden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

49) **Hirschman.** Mesosigmoidopexie, with report of two cases.

(Pacific med. journ. 1908. August.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Vorfall des Mastdarmes und der Flexur dritten Grades, die nach Versagen der gewöhnlichen operativen Maßnahmen durch Mesosigmoidopexie völlig geheilt wurden. Schnitt links von der Mittellinie parallel dem Leistenband; das stark verlängerte Mesenterium der Flexur wurde auf beiden Seiten skarifiziert. Beginnend an der Mesenterialwurzel, wurden die beiden gegenüber liegenden Außenflächen des Mesosigmoids durch drei Reihen unterbrochener Catgutnähte zusammengefaltet. Um Knickung der Flexur zu vermeiden, wurde das longitudinale Muskelband der Flexura sigmoidea zusammen mit $^1/_3$ cm Serosa und Muskularis beiderseits vom Bande durch quere, unterbrochene Catgutnähte eingestülpt; auf diese Weise wurde eine Art von Spange festen Muskelgewebes gebildet, welches die Kurve der Flexur gestrekter machte. Hierauf Schluß des Leibes, Reposition und Resektion der Rektokele sowie der vorgefallenen Afterschleimhaut. Die Nachuntersuchung nach 6 bzw. 18 Monaten ergab bei beiden Pat. völlige Heilung mit normaler Darmfunktion.

Mohr (Bielefeld).

50) **J. S. Mershejewski.** Zur Operation der Hämorrhoiden nach Whitehead.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1908. [Russisch.])

M. bricht eine Lanze zugunsten der Whitehead'schen Operation, die im Jahre 1906/07 von P. B. Butz 52mal ausgeführt wurde. Von diesen Pat. konnte M. 15 nach längstens 1 Jahr untersuchen.

Er fand die Resultate sehr gut. Ein einziges Mal war es zu einem geringen linksseitigen Vorfalle der Mastdarmschleimhaut gekommen. In einem zweiten Falle drängte sich die Schleimhaut etwas vor. Ein Pat. endlich beklagte sich, daß er die Winde nicht halten könne, während der Sphinkter sonst kräftig war. Bei allen diesen Kranken war der Sphinkter instrumentell gedehnt worden.

V. E. Mertens (Kiel).

51) **v. Herczel.** Radikaloperation des Mastdarmkrebses auf sakralem Wege und Enderfolge seiner Operationen.

(Orvosi Hetilap 1908. Nr. 26.)

Verf. bespricht in diesem Vortrage die Radikaloperation des Mastdarmkrebses und befürwortet die möglichst frühzeitige Operation. Er ist ein Anhänger der Amputationsmethode, da die Resektion eine größere operative Mortalität zur Folge hat. Die Anlegung eines Kunstafters hält er als Voroperation für unnötig, da wir anstatt einer Operation später dann noch zwei (Exstirpation des Krebses und Schließen des Kunstafters) auszuführen hätten, was für die herabgekommenen Kranken nicht indifferent ist. In letzter Zeit führt Verf. die Operation nach Kocher aus mittels Resektion des Steißbeines und Durchschneidung des Lig. tuberoso- und spinoso-sacrum; er hält die Resektion des Kreuzbeines für überflüssig. Bei Eröffnung des Douglas'schen Raumes zieht er die Bauchfellnaht der Tamponade vor, da wir so die Infektion eher vermeiden können. Verf. operierte 82 Fälle von Mastdarmkrebs; in 7 Fällen wurden auch Teile der Prostata, in 2 die Samenblasen, in 2 Teile der Blase, in 3 die Gebärmutter exstirpiert. Operative Mortalität hatte Verf. in 12 Fällen, d. i. in 14,6%; und zwar war die Todesursache: Chok in 4 Fällen; Lungenkomplikation in 3 Fällen (Pneumonie in 2, Embolie in 1 Falle); Meningitis cerebrospinalis in 1 Fall infolge von Lumbalanästhesie am 10. Tage nach der Operation; Nephritis aposthematosa in 1 Falle; Sepsis bzw. Peritonitis in 3 Fällen. Somit hatte Verf. Sepsis in 25% seiner operativen Todesfälle als Todesursache (Krönlein 38,5%). Verf. berichtet in seiner Arbeit auch über die Spätresultate seiner Operationen, welche er seit 1893 auf sakralem Wege in 59, auf coccygealem in 21, auf sakroabdominalem Wege in 2 Fällen ausführte. Zur Beurteilung der Dauerheilung kann Verf., nach dem Volkmann'schen Triennium gerechnet, 64 Pat. verwerten. Von diesen starben infolge der Operation 8, binnen 3 Jahren infolge von Rezidiv 15, das weitere Los unbekannt bei 7 Fällen. Wenn wir nur die bekannten 57 Fälle in Betracht ziehen, so blieben über 3 Jahre rezidivfrei 34, d. i. 59,7%. Wenn wir alle seither Verstorbenen, auch die an interkurrenter Krankheit Gestorbenen als Rezidivtode berechnen, ist die Zahl der Überlebenden, welche als definitiv geheilt betrachtet werden können, 24 = 42,1%. Wenn wir die uns unbekannten 7 Fälle als Rezidivtodesfälle betrachten, beträgt die Radikalheilung 53,2%, die Zahl der definitiv geheilten Überlebenden 37,5%. Ziehen wir nur die die Operation Überstehenden in Betracht, so ist die Radikalheilung 69,4%, die Zahl der Überlebenden, definitiv Geheilten 48,9% (bei Hochenegg 25%). Von diesen sind bereits 11 über 10 Jahre, 6 über 6 Jahre, 7 über 4 Jahre rezidivfrei.

P. Steiner (Klausenburg).

Erklärung.

Marburg den 14. Oktober 1908.

Ich erkenne vollkommen die Verdienste Brauer's um die Indikationsstellung und den energischen Ausbau der von Quincke, C. Spengler und Turban inaugurierten extrapleuralen Thorakoplastik zur Behandlung der Lungentuberkulose an. Ich habe eine besondere Betonung dieser Dinge in den Referaten nicht für nötig gehalten, da ich dieses in den ausführlichen Arbeiten glaube getan zu haben. Es kam mir zunächst wesentlich darauf an, die chirurgisch-technischen Gesichtspunkte und den weiteren Verlauf derartiger Fälle hervorzuheben.

P. L. Friedrich.

Die vorstehenden Ausführungen regeln in sachlicher Weise die uns beschäftigende Frage. Ich schließe mich denselben daher an. Ich habe stets anerkannt, daß nur eine richtige chirurgische Technik den Weg, den ich in Vorschlag brachte, auch gangbar machen kann.

L. Brauer.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 45. Sonnabend, den 7. November 1908.

Inhalt.

Zum osteoplastischen Ersatz nach Unterkieferresektion.

Von

Ludw. R. v. Rydygier.

In seiner interessanten Mitteilung in Nr. 36 dies. Zentralblattes über osteoplastischen Ersatz nach Kieferresektion erwähnt Payr auch das Verfahren, wonach eine an einem Hautlappen hängende Spange aus der Clavicula zur Plastik verwendet wird und das Wölfler (cf. 21. deutschen Chirurgenkongreß) mit negativem Erfolg einmal angewendet hat. Ich habe dasselbe Verfahren unabhängig von Wölfler schon im Jahre 1892 ausgeführt und sehe nicht ein, weshalb es weniger empfehlenswert sein sollte, wie der Ersatz durch Rippenstücke. Ich glaube im Gegenteil, daß es bequemer ist, den Ersatz aus der näherliegenden und festeren Clavicula zu nehmen, als aus der entfernteren Rippe. Der Erfolg wird gewiß ebenso sicher sein, wenn man nur die schon damals[1] von mir anempfohlene Technik befolgt.

[1] Przegląd lekarski 1892.

Ich erlaube mir, dieselbe unter Vorlage der damals verfertigten Zeichnung nochmals ganz kurz zu skizzieren: Es wird über und zwei Querfinger breit unter der Clavicula ein entsprechend breiter, mit oberer Ernährungsbrücke versehener Hautlappen gebildet, der jedoch nur bis an den unteren Rand der Clavicula freipräpariert wird; die Vorderfläche der Clavicula bleibt mit seiner Basis genau vereinigt, und man muß sich ja hüten, während des Abtrennens des zum Ersatz bestimmten Stückes aus der vorderen Hälfte der Clavicula die verhältnismäßig lockere Verbindung zwischen Haut und Knochen zu lösen. Der untere Teil des Hautlappens wird um die abgelöste Knochenspange von unten her herumgeschlagen (cf. Abb.), der Defekt



mit einem entsprechenden Hautlappen bedeckt, und man wartet 8 bis 12 Tage ab, bis der umhüllende Hautlappen fest mit der Knochenspange verwachsen ist. Daraufhin kann man die so präparierte Knochenspange ohne Gefahr des Absterbens an einen genügend langen Hautlappen in den Unterkieferdefekt einpflanzen. Im übrigen verfährt man nach den allgemein gültigen Regeln.

Obgleich schon 16 Jahre seit der Ausführung und Veröffentlichung meiner ersten nach diesem Verfahren ausgeführten Operation verflossen sind, hatte ich nicht Gelegenheit, sie noch einmal auszuführen; nichtsdestoweniger glaube ich das Verfahren entschieden empfehlen zu dürfen; bei entsprechend günstigen Verhältnissen sogar vor dem Ersatz aus der Rippe.

---

1) **Martin.** Kystes hydatiques de la rate.

(Arch. génér. de chirurgie II, 7.)

Verf. gibt auf Grund von sechs bisher unveröffentlichten und 83 aus der Literatur gesammelten Fällen eine Übersicht über den

Echinokokkus der Milz, die in 0,3% aller Fälle von Echinokokkuserkrankung betroffen sein soll. Die Genese der Invasion — Venensystem oder Lymphgefäße — ist noch nicht sichergestellt. Pathologisch-anatomisch finden sich einfache und mehrfache Cysten, die entweder der Milz oberflächlich aufsitzen oder kavernenartig im Milzparenchym lokalisiert sind. Die an der Oberfläche gelegenen Cysten bedingen eine Reihe genau bezeichneter Veränderungen der Umgebung.

Die Cysten entwickeln sich zuweilen, ohne irgendwelche subjektive Erscheinungen zu machen; in anderen Fällen werden tabesartige Krisen, Angina pectoris, blitzartige Zuckungen in der linken Schulter und vor allem Unfähigkeit, in links gebeugter Stellung zu sitzen oder zu liegen, beschrieben. Eine Reihe weiterer subjektiver Erscheinungen sind durch die verschiedene Art der Ausbreitung der Cyste bedingt. Objektiv ergibt die Perkussion zuweilen Hydatidenschwirren, das jedoch seltener nachweisbar ist als bei Leberechinokokken; die Blutuntersuchung ergab in einzelnen Fällen Eosinophilie.

In seltenen Fällen kommt es zur Vereiterung der Cyste und zum Durchbruch in die Pleura- oder Bauchhöhle.

Die Zusammenstellung der bisher verwendeten therapeutischen Methoden läßt für die nicht vereiterten Cysten die Splenektomie als die Idealmethode erscheinen; vereiterte und verwachsene Cystensäcke sollen eröffnet und drainiert werden. **Strauss** (Nürnberg).

---

2) **Bullrich.** La naturaleza de la eosinofilia en los quistes hidaticos.

(Revista de la sociedad med. Argentina Bd. XVI. Nr. 89.)

Nach Erörterung aller bisher in der Literatur niedergelegten Anschauungen über das Zustandekommen der Eosinophilie bei der Echinokokkenerkrankung spricht B. seine Meinung dahin aus, daß die Eosinophilie eine Reflexerscheinung ist, die in einer durch die Toxine der Echinokokkencyste im Knochenmark ausgelösten Reizwirkung ihre Ursache hat. **Stein** (Wiesbaden).

---

3) **Bertelli.** Contributo allo studio dei sarcomi primitivi del fegato.

(Policlinico. Sez. chir. 1908. XV. 6 u. 7.)

In einer umfangreichen, sehr fleißigen Arbeit gibt Verf. eine Übersicht über die bisher beobachteten und in der Literatur niedergelegten primären Lebersarkome, deren Kasuistik durch die genaue Beschreibung von zwei weiteren Fällen bereichert wird. Die Zusammenstellung der einzelnen Besonderheiten dieser Erkrankung würde den Rahmen eines Referates überschreiten; Ref. begnügt sich daher, darauf hinzuweisen, daß das makroskopische und mikroskopische Bild der Geschwulstbildung in der Regel ein recht verschiedenartiges ist,

so daß eine genaue Klassifizierung — Endotheliom, Peritheliom — nicht statthaft erscheint. Das klinische Bild läßt keine für die Erkrankung charakteristischen Symptome erkennen, so daß die Diagnose im Leben nicht mit Sicherheit gestellt werden kann. Die Therapie erwies sich bisher in allen Fällen als machtlos. **Strauss** (Nürnberg).

---

4) **K. Ssuslow.** Beiträge zur chirurgischen Anatomie der Gallenwege des Menschen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

S., Anatom, bringt ein durch Studien an 145 Objekten (131 Leichen, 14 Präparate) gewonnenes, sehr reiches Material.

Von den Ergebnissen sei einiges mitgeteilt.

1) Die Kuppe der Gallenblase fand sich 67mal in der Mammillarlinie, 17mal außen, 16mal innen von ihr.

2) 6mal hatte die Gallenblase ein eigenes Gekröse, je 34mal wurde ein Lig. cystico-colicum bezw. cystico-duodenale gefunden.

3) S. steht auf dem Standpunkte, daß die Sondierung des Cysticus bei richtiger Technik in der Mehrzahl der Fälle gelingt (86 gegen 34). (In 13 Fällen gelang die Sondierung gar nicht, in 7 Fällen bei breiter Eröffnung der Blase, in 14 Fällen nach Freipräparieren des Ductus). Die von S. empfohlene Technik: der linke Zeigefinger geht in das Foramen Winslowi hinter den Ductus cysticus, der linke Daumen wird auf den Ductus gelegt. Während die mit der rechten Hand geführte Sonde, auf die Krümmung des Blasenhalses genau achtend, in den Ductus vorsichtig eindringt, bemühen sich die beiden Finger der linken die Heister'schen Falten möglichst auszugleichen, den Ductus »wie einen Handschuhfinger« auf die Sonde zu ziehen. Bei diesem Verfahren hat S. 3mal geringe Verletzungen der Schleimhaut gesetzt.

4) Das Lig. hepato-duodenale war 1—6 cm lang, in der großen Mehrzahl (33,6%) 3,50—4 cm.

5) Das Foramen Winslowi war 19mal von 120 verschlossen.

6) Das untere Ende des Choledochus ist weiter von der Medianlinie entfernt als das obere.

7) Der mit dem Pankreas in Berührung stehende Teil des Choledochus war 1—3,5 cm lang, meist 2,5—3 cm (in 39 von 111 Fällen). S. scheint nicht beobachtet zu haben, daß der Choledochus von Pankreassubstanz ganz umgeben war.

8) Die Pars intraparietalis des Choledochus betrug 0,4—1,5 cm. In 84 von 95 Fällen war die in der Duodenalwand gelegene Strecke 0,5—1,0 cm lang.

9) Die Mündung ins Duodenum lag 49mal in der Mitte, 50mal tiefer, 14mal höher als die Mitte des absteigenden Teiles.

V. E. Mertens (Kiel).

---

5) **G. Cotte.** Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. 472 S.

Lyon-Paris, **A. Maloine,** 1098.

Das vorliegende Buch ist eine Darstellung der modernen Gallensteinchirurgie auf Grund der neuesten Publikationen maßgebender Operateure Frankreichs und des Auslandes. Unveröffentlichte Fälle Poncet's und einiger anderer französischer Chirurgen sind dabei mitverwertet worden.

Im ersten Teile bespricht Verf. zunächst die allgemeinen Indikationen für ein operatives Vorgehen; die Mortalität beträgt bei interner Behandlung 6—8%, während die Operationsmortalität unkomplizierter Fälle nur 3% ist; die medikamentöse Behandlung soll daher nicht zulange ausgedehnt werden, wenn sie auch in vielen Fällen zunächst versucht werden kann. Hieran schließen sich die besonderen Indikationen und die Operationsmethoden bei der Lithiasis der Gallenblase und des Ductus cysticus; die beiden heute nur noch in Betracht kommenden Operationen sind die Cholecystostomie und die Cholecystektomie mit Drainage; die erstere verliert augenscheinlich an Terrain, wenn sie auch in bestimmten Fällen, wie z. B. bei schlechtem Allgemeinzustand, den Vorzug verdient; radikales Operieren und damit gute Dauerresultate gewährleistet aber nur die Entfernung der Gallenblase; technisch wird die subseröse Ausschälung der Gallenblase warm empfohlen. Bei der Cholelithiasis der Gallengänge ist Cholecystektomie mit Hepaticusdrainage die Operation der Wahl, event. in Verbindung mit Hepatopexie, die die Drainage erleichtert. Der große Wert der Mobilisierung des Duodenums wird hervorgehoben. Im Gegensatz zu Kehr wird die Operation des akuten Choledochusverschlusses empfohlen.

Nach einigen Betrachtungen über die intrahepatische Lithiasis und ihre chirurgische Behandlung folgen die unmittelbaren Resultate der Operation und die Dauerresultate; zum Schluß finden sich einige allgemeine technische Regeln.

Im zweiten Teil bespricht C. die Komplikationen der Cholelithiasis (Leberabszeß, Fistelbildungen usw.); hier beanspruchen die Ausführungen über Cholelithiasis und Appendicitis, sowie Pankreatitis besonderes Interesse.

Im dritten Teile sind die Beziehungen zwischen der Gallensteinkrankheit und dem Karzinom erörtert; die Drüsenmetastasen längs dem Ductus choledochus, sowie der Sitz des Karzinoms an der Gallenblase, Fundus oder Hals, ist in den bisherigen Arbeiten nicht genügend berücksichtigt; das Leberbett ist beim Krebs der Gallenblase stets zu resezieren, da die Gefahren der Operation dadurch nicht erhöht werden.

Den vierten Teil bilden die Statistiken von Bramann, Schede, Rotgans, Koerte, Kehr, Mayo Robson, Quénu, Terrier und vielen anderen. Am Schluß folgt ein reiches Literaturverzeichnis. Die Abbildungen, 17 im Text und 4 Tafeln, sind gut.

Der Wert des Buches liegt in der zusammenfassenden Darstellung der heutigen Gallensteinchirurgie in Deutschland, Frankreich, England Amerika, und von diesem Gesichtspunkt aus darf die Arbeit des Verf. auch das Interesse des deutschen Chirurgen in Anspruch nehmen, dem sie im ganzen nicht viel Neues bringt. **Boerner** (Rastatt).

6) **C. Mongour.** Du moment de l'intervention chirurgielle dans la lithiase biliaire.

(Journ. de méd. de Bordeaux 1908. Nr. 36.)

M. gibt in kurzen Sätzen eine Zusammenfassung seines ausführlichen Referates auf dem Kongreß für innere Medizin in Genf. Hiernach ist die Gallensteinkrankheit im allgemeinen ein gutartiges Leiden, und da die Operation noch immer eine Mortalität von 2% habe, ohne mit Sicherheit vor Rezidiven zu schützen, so müsse der chirurgische Eingriff auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Als solche betrachtet M. bei der Lithiasis der Gallenblase wiederholte, heftige Koliken, das Vorhandensein einer Infektion der steinhaltigen Gallenblase (Ref. nicht verständlich, da nach der herrschenden Anschauung die klinischen Erscheinungen des Gallensteinleidens fast stets auf einer Infektion beruhen), schließlich eine Allgemeininfektion, als deren Ausgangspunkt die Gallenblase vermutet wird.

Unter den verschiedenen Formen der Cholelithiasis der Gallengänge kommt nur die Lithiasis des Ductus choledochus mit chronischem Ikterus für die Operation in Frage; und zwar ist letztere indiziert, wenn der Ikterus metapigmentär wird, oder wenn bestimmte entzündliche Komplikationen vorliegen.

Eine Kontraindikation bilden Schwangerschaft, Arteriosklerose, Erkrankungen des Herzens, Diabetes, Alter über 65 Jahre.

Im übrigen hält M. die Frage noch nicht für genügend geklärt, um definitive Grundsätze aufstellen zu können.

Boerner (Rastatt).

7) **A. E. Pop-Avramescu.** Die Cholecystektomie bei Gallensteinen.

Inaug.-Diss., Bukarest. 1908.

Verf. bespricht die in der Klinik von Th. Jonescu üblichen chirurgischen Behandlungsmethoden der Gallensteine und beschreibt eine neue Behandlungsart, die er auf Grund mehrerer am Hund angestellter Experimente empfiehlt. Sie besteht darin, daß die Gallenblase, falls sie starke Verwachsungen mit der Umgebung hat, nur eröffnet, gereinigt und vernäht wird, während man andererseits den Ductus cysticus doppelt unterbindet und durchschneidet, die Gallenblase also ausschaltet, aber nicht entfernt. Dieselbe verkleinert sich, und der Gallenabfluß geschieht weiter, ohne daß das Tier irgendwelche Beschwerden darbietet. Die Operation ist in den Fällen, wo der Ductus choledochus undurchgängig ist, kontraindiziert und durch die Cholecystostomie zu ersetzen. **E. Toff** (Braila).

8) H. A. Fowler. Autochthonous urethral calculi. Report of a case.

(New York med. record 1908. August 1.)

F. gibt eine übersichtliche Abhandlung über die Harnröhrensteine, für die er, wenn sie primär in der Harnröhre gebildet sind, die Termini »autochton«, wenn außerhalb entstanden »heterochthon«, wenn nach dem Hineingelangen in die Harnröhre durch neue Ablagerungen vergrößert, »amphiochthon« vorschlägt. Wenn die ursprüngliche Herkunft aus der Blase festzustellen ist, soll die Bezeichnung »Vesiko-urethralsteine« gewählt werden; wächst ein solcher Stein nachträglich in der Harnröhre, so spricht F. von Vesiko-urethral-urethralsteinen.

Die Bildung der primären Harnröhrensteine hinter Strikturen, in angeborenen oder erworbenen Divertikeln, nach Trauma usw., werden erörtert und mit instruktiven Beispielen aus der Literatur belegt.

Schließlich folgt die Beschreibung eines eigenen Falles von großem primärem Stein der hinteren Harnröhre, der durch Dammschnitt entfernt wurde.

Die Bildung des Konkrementes schloß sich an eine vor langen Jahren erlittene Harnröhrenverletzung an, die, mit Urethrotomie erfolgreich behandelt, später zu Abszeßbildung Veranlassung gegeben hatte. Die Länge dieses Steines, der zum Teil im Blasenhalse, zum Teil in der hinteren Harnröhre lag, betrug $7^1/_2$ cm; derselbe wog 106 g und bestand ausschließlich aus Phosphaten.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) Cardenal. Un nuevo procedimiento para el tratamiento de la hipertrofia de la prostata.

(Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1030.)

C. gibt folgendes Verfahren zur Operation der Prostatahypertrophie an, das in 16 Tagen zur Heilung führen soll: Füllung der Blase mit 250 g Borsäurelösung. 10—12 cm langer Schnitt in die Medianlinie. Freilegung der Blase und Fixation derselben seitlich der Mittellinie mit zwei Seidenfäden. Eröffnung der Blase in einer Ausdehnung von 7—8 cm. Entleerung des Blaseninhaltes durch den schon vorher eingeführten und mit einer Naht fixierten Katheter. Einführung von zwei Harnleiterkathetern, die ein flötenschnabelartiges Ende haben und möglichst bis zum Nierenbecken vorgeschoben werden, während ihre hinteren Enden sich außerhalb der Bauchhöhle befinden. Halbmondförmige Inzision der Blasenschleimhaut oberhalb der Prostatageschwulst und Ausschälung der Prostata mit den Fingern der linken Hand, wozu zuerst der Zeigefinger, dann die anderen Finger benutzt werden. Für die rechte Hälfte der Drüse muß zuweilen die rechte Hand zu Hilfe genommen werden. Tamponade. Durchleitung der beiden Harnleiterkatheter durch die Harnröhre. Schluß der Wunde bis auf eine genügende Öffnung zur Durchleitung der Tamponade bzw. eines Drains.

Stein (Wiesbaden).

10) **H. Fenwick.** The value of bilateral ureterostomy (short-circuiting of the urine) in advanced cancer of the bladder or prostate.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 4.)

F. empfiehlt bei inoperablen Fällen von Blasengeschwülsten zur Milderung der Beschwerden die doppelseitige Ureterostomie in der Lendengegend. Sie ist viel einfacher als die Einpflanzung in den Darm. Außerdem dient ihm die Ureterostomie als Einleitung zur Entfernung der ganzen krebsig entarteten Blase, wofür er drei Beispiele bringt. **Weber** (Dresden).

11) **Marro.** Vescico-uretero-anastomosi.

(Gazz. degli osped. e delli clin. 1908. Nr. 103.)
(Accad. di med. di Torino. Sitzung vom 26. Juli 1908.)

M. faßt mit einer Naht das freie Ende des Harnleiters und durchbohrt mit der Nadel die Blasenwand. Durch starken Zug wird die Muskulatur der Blase auseinander gedrängt, und der Harnleiter dringt in dieselbe ein. Sehr schnell tritt die Verklebung von Harnleiter und Blase ein, und der erstere besitzt auch das natürliche Ventil.

Dreyer (Köln).

12) **v. Karaffa Korbutt.** Zur Frage über die Entstehung und die ätiologische Bedeutung der Ureterenatonie.

(Folia urologica Bd. II. Hft. 2.)

Verf. lenkt in dankenswerter Weise die Aufmerksamkeit auf ein noch wenig erforschtes Gebiet, das der Atonie der Harnleiter. Woher kommt es, daß man hin und wieder Erweiterung des Nierenbeckens, ja sogar Hydronephrose findet bei völlig frei durchgängigem Harnleiter, völlig frei sowohl für Flüssigkeit als für Katheter. Solche Fälle, wie sie besonders Feodorow beschrieben hat, erklärt Verf. durch die Atonie des Harnleiters, die sich in mangelhaften, unter Umständen ganz fehlenden peristaltischen Bewegungen äußert; pathologisch-anatomisch findet sich Wucherung von Bindegewebe, das schließlich die muskulären Elemente völlig verdrängt und ersetzt. Die Ansichten des Verf.s werden durch sechs gut gelungene Figuren und mikroskopische Schnitte erläutert. **Willi Hirt** (Breslau).

13) **G. Lardennois.** Contribution à l'étude des contusions, déchirures et ruptures du rein.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1908.

Sehr fleißige Arbeit mit vier eigenen Beobachtungen und einem wohl ziemlich vollständigen Literaturverzeichnis von 767 Nummern. Die Schlußfolgerungen des Verf.s sind folgende: Die Nierenkontusionen sind im allgemeinen gutartiger Natur. Schwere Nierenzerreißungen können auch nach einem leichten Trauma entstehen. Die Hämaturie ist das diagnostische Anzeichen einer Nierenkontusion; das perineale

Hämatom bemißt ihre Schwere. Ein beträchtliches Hämatom, sich selbst überlassen, kann zu schweren Komplikationen führen, die unter Umständen das Leben des Verletzten bedrohen, jedenfalls aber ungünstig auf die verletzte Niere einwirken. Komplizierende Verletzungen verschlechtern die Diagnose beträchtlich, dürfen den Operateur aber niemals entmutigen. Ein operatives Eingreifen bei Nierenzerreißungen ist unter zwei Bedingungen notwendig: einmal, wenn rasch die Zeichen schwerer Anämie infolge innerer Blutung auftreten; befürchtet man hier die Verletzung eines anderen Bauchorganes derselben Seite, so macht man die seitliche Laparotomie; fernerhin muß eingegriffen werden, wenn sich ein beträchtliches Hämatom gebildet hat, das eine von der Spina ant. sup. oss. ilei zum Nabel gezogene Linie überschreitet; in diesen Fällen ist der lumbale Weg bequemer und sicherer. Die Nephrektomie ist nur dann angezeigt, wenn die Niere vollkommen zertrümmert oder wenn der Nierenstiel abgerissen ist. Im allgemeinen besteht der operative Eingriff in der Entfernung der Blutgerinnsel, in der Freilegung der verletzten Niere und in der Catgutnaht und leichten Tamponade der verletzten Stelle. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

14) **G. v. Illyés.** Über die Nierentuberkulose.

(**Folia urologica Bd. II. Hft. 1.**)

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß die hämatogene Infektion bei der Nierentuberkulose die weitaus häufigere Art der Infektion gegenüber der aszendierenden Form darstelle, der man früher die größte Bedeutung beilegte; dieser Standpunkt ist heute wohl Allgemeingut geworden. Unter den Formen der Tuberkulose hat Verf. am häufigsten die kavernöse angetroffen. Ob spontane Heilungen wirklich immer nur scheinbare und nicht dauernde sind, wie Verf. angibt, darüber ist wohl sehr schwer eine sichere Auskunft zu erlangen, da die dauernd geheilten Fälle eben nicht zur Operation oder Sektion gelangen werden. In der ungünstigen Beurteilung der Harnseparatoren bei der Diagnosestellung kann Ref. dem Verf. nur völlig beipflichten, besonders wenn es sich um geschwürige Prozesse in der Blase handelt. Über die Bedeutung des Bazillenbefundes in positiver oder negativer Hinsicht wäre die Ansicht des Verf.s zu hören nicht unerwünscht gewesen.

Der Satz: »Die im Urin der anderen Niere auffindbaren Eiweiß- und Nierenbestandteile kontraindizieren nicht bei guter Funktion die Entfernung der kranken Niere«, dürfte noch immer debattiert werden können. **Willi Hirt** (Breslau).

---

15) **Perez Grande.** La decorticación renal.

(**Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid Nr. 1034—1039.**)

In einer sehr ausführlichen Arbeit bespricht P. auf Grund sämtlicher bisher in der Literatur publizierter Fälle unter Beifügung neuer eigener Beobachtungen die Frage der Indikation der operativen Ent-

hülsung der Niere bei nephritischen Prozessen. Er kommt zu folgenden Ergebnissen: Die Enthülsung bewirkt eine Entlastung des Organes und erzeugt einen komplementären Kreislauf zwischen Nierenparenchym und umgebenden Geweben. Die Operation ist bei der akuten Nephritis indiziert, aber stets in Verbindung mit der Nephrotomie, da dann der gewünschte Erfolg beschleunigt wird. Bei der chronischen Nephritis ist die Operation durch keine andere Medikation zu ersetzen und soll ausgeführt werden, sobald die Diagnose gestellt ist, ohne erst mit internen Mitteln Zeit zu verlieren. Bei den Nierenblutungen besteht gleichfalls Indikation, selbstredend in Verbindung mit der Nephrotomie. Bei Nierenschmerzen unbestimmbaren Ursprunges kann die Enthülsung gleichfalls Hilfe bringen, doch ist hier mehr zur Nephrotomie zu raten, die die Sicherung der Diagnose bewirkt. Die von anderen Autoren angegebene Indikation bei hysterischer Anurie wird von P. nicht anerkannt. Dagegen tritt er für die Operation ein in Fällen von puerperaler Anurie, sowie bei der Eklampsie der Schwangeren; hier soll die Operation möglichst frühzeitig vorgenommen werden, da sie dann leichter ist und auch eher gestattet wird; sie kann event. mit der Nephrotomie verbunden werden.

Stein (Wiesbaden).

---

16) **J. Israel.** Diagnosen und Operationen bei verschmolzenen Nieren.

(Folia urologia Bd. I. Hft. 6.)

Hufeisennieren finden sich in 0,1% der Sektionen, andere Formen der Nierenverschmelzung sind noch viel seltener. I. ist unter ca. 800 Nierenoperationen siebenmal verschmolzenen Nieren begegnet, d. h. in 0,8%; davon waren fünf Hufeisennieren, zwei einseitig verschmolzene Langnieren. Der Häufigkeitsunterschied zwischen den Sektions- und Operationsbefunden liegt in der Prädisposition mißgebildeter Nieren zur Erkrankung. Diese Erkrankung entsteht häufig in den Jugendjahren. Bei Hufeisennieren liegt entweder das ganze oder das halbe Organ weiter unten und median als normale Nieren. Eine scharfe Grenze zwischen beiden Nieren ist selten erkennbar. Die Nierenbecken liegen meistens in der Konkavität des Hufeisens, seltener an der Vorderfläche des Organes. Der Harnleiter zieht über die Vorderfläche des Organes hinab. Bisweilen hat das Verbindungsstück eine eigene Gefäßversorgung. Eine sichere Diagnose der Hufeisenniere ist nur durch Tastung zu erbringen. Die röntgenographische Darstellung des Harnleiterverlaufes ist besonders bei einseitigen Langnieren wertvoll.

Eine auffallend mediane Lage einer Nierengeschwulst oder eines Nierensteines ist für die Diagnose der Hufeisenniere nur verwertbar, wenn auszuschließen ist, daß es sich um Geschwulst oder Stein in einer verlagerten Niere handelt. Die Erkennung einer Hufeisenniere während der Operation ergibt sich aus dem Verlaufe des Harnleiters über die Vorderfläche des Organes. Obwohl beide Hälften einer Huf-

eisenniere durch einen einzigen, rechts- oder linksseitigen extraperitonealen Schrägschnitt zur Ansicht gebracht werden können, erfordern Operationen an beiden Hälften einen doppelseitigen Lumboabdominalschnitt. Die Unregelmäßigkeit der Gefäßversorgung vermindert die Sicherheit der Stielkompression zum Zwecke blutleeren Operierens am Nierenparenchym. Deshalb ist bei Steinen in mißbildeten Nieren die Nephrotomie wenn möglich durch die Pyelotomie zu ersetzen. Nach Resektion einer Nierenhälfte ist die Wunde zu drainieren, weil die Trennungsfläche der Nieren bisweilen einige Zeit Urin absondert.

Die von I. an sieben verschmolzenen Nieren ausgeführten elf Operationen: zwei Nephrotomien, zwei primäre Nephrektomien, eine sekundäre Nephrektomie, zwei Pyelolithotomien, zwei Nephrolithotomien, zwei Enthülsungen, sind sämtlich geglückt.

Willi Hirt (Breslau).

---

17) **Langlois.** La transplantation en masse des deux reins. 3 Abbildungen.

(Presse méd. 1908. Nr. 17.)

Nach kurzer Anführung der bisher mit der Niere vorgenommenen Transplantationsversuche werden ausführlich die Versuche von Guthrie und Carrel beschrieben.

In einem Stück (Transplantation en masse) wurden beide Nieren mit den Nierengefäßen samt einem Ausschnitt aus Aorta und Vena cava, und mit beiden Harnleitern einschließlich eines Stückes Blasenwand entfernt und einem gleichen, entsprechend vorbereiteten Tier eingepflanzt. Die Technik wird genau beschrieben.

Von 14 so operierten Katzen starben 5 sogleich (3 an Chok und 2 an Nahtinsuffizienz). Von den 9 Überlebenden starben 3 in den ersten 8 Tagen, 4 gegen den 15. Tag, und 2 lebten 30 und 35 Tage. In allen Fällen war die Nierenfunktion wieder hergestellt, Albuminurie war selten und vorübergehend. Der Tod konnte immer anderen Ursachen als einer ungenügenden Nierenfunktion zugeschrieben werden.

Fehre (Dresden).

---

18) **Exalto.** De behandeling van den onvolkomen afgedaalden Testikel.

(Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1908. Nr. 8.)

Auf Grund einer Beobachtung von 29 Fällen von Descensus incompletus kommt E. zu nachstehenden Schlüssen:

1) Das Bestehen einer Hodenretention allein gibt keine Indikation zur Operation.

2) Schmerzbeschwerden geben den Verdacht auf einen Bruch, auch wenn dieser klinisch nicht nachgewiesen werden kann.

3) Ein solcher Bruch muß nach Bassini operiert werden.

4) Der Hoden muß in das Skrotum reponiert werden, wenn das bequem geht.

5) Wenn es nicht gelingt, so ist er präperitoneal zu lagern.

6) Komplizierte Methoden zur Erhaltung des Hodens im Skrotum sind zu verwerfen.

7) Semikastration ist nicht gestattet.

E. H. van Lier (Amsterdam).

19) **Gregoire.** Considerations sur l'état des ganglions dans le cancer du testicule.

(Archives générales de chirurgie II. 7.)

Verf. versucht im Anschluß an einige selbst beobachtete und an weiter aus der Literatur gesammelte Fälle einige Angaben über die maligne Entartung der Lymphdrüsen beim Hodenkarzinom zu gewinnen. Die Lymphdrüsen finden sich in 91% aller Fälle von bösartiger Hodengeschwulst erkrankt, ohne daß Inspektion und Tastung irgendwelchen sicheren Nachweis erbringen lassen.

Der Beginn der malignen Drüsenentartung läßt sich niemals mit absoluter Sicherheit feststellen, im allgemeinen beginnt sie 6—8 Monate nach dem Beginn der Hodenerkrankung. Die Größe der primären Geschwulst gibt keinerlei Anhaltspunkte für die Beurteilung des Zustandes der Drüsen. Man sollte daher bei jeder malignen Hodenerkrankung an die Kastration die probatorische Freilegung der inguinalen und abdominalen Lymphdrüsen anschließen.

Strauss (Nürnberg).

20) **Quénu** et **Duval.** Technique opératoire de la colpohystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale.

(Revue de chir. XXVIII. année. Nr. 6.)

Das an 10 Abbildungen erläuterte Verfahren ist im Prinzip das gleiche wie die kombinierte Mastdarmexstirpation. Der Introitus wird mitten durch das Frenulum, dann entlang der Innenseite der kleinen Lippen und unterhalb der Harnröhrenmündung kreisförmig umschnitten, darauf die Scheide so weit ausgelöst, daß ihr Eingang durch eine doppelte fortlaufende Naht geschlossen werden kann. Ist man bis zum Douglas, der Plica vesico-uterina und der Basis der breiten Mutterbänder gelangt, so wird die Vulvawunde nach Einlegen eines mit vier Gazedochten umstopften Drains verkleinert und die Operation in üblicher Weise auf abdominellem Wege beendet.

Zum Abschluß gegen die Beckenwunde vernähen die Verff. nicht nur die Wundränder der breiten Mutterbänder und des Douglas und Blasen-Bauchfelles miteinander, sondern lagern, gewissermaßen als zweite Etage, das ausgebreitete Colon pelvinum über den Beckeneingang, wo es an der hinteren Blasenwand und den Seiten des Beckens durch Nähte befestigt wird. **Gutzeit** (Neidenburg).

Kleinere Mitteilungen.

II.

Aus der Privatklinik des Prof. Kehr in Halberstadt.

Ein Fall von Verletzung des Ductus hepaticus bei der Cystektomie.

Von

W. Volkmar,

Assistenzarzt der Klinik.

Kehr hat auf dem II. internationalen Chirurgenkongreß in Brüssel mit einigen Worten einen Fall erwähnt, dessen Anamnese, Operation und Heilungsverlauf hier etwas ausführlicher mitgeteilt werden sollen.

Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

J. B., 57jährige Frau, hat seit dem 41. Jahre Gallensteinkoliken. Mehrmals wurde dabei Ikterus beobachtet und starkes Anschwellen der Gallenblase. Menstruation und Gravidität verstärkten die Anfälle. Seit Februar 1908 trat Fieber hinzu, Schüttelfrost und Erbrechen. Schmerzen waren stets scharf rechts lokalisiert. Obstipation. In letzter Zeit Gewichtsabnahme. Befund: Starkes Fettpolster der Bauchdecken, Leib sehr aufgetrieben, große Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend. Urin frei von pathologischen Bestandteilen.

Diagnose: Empyem der Gallenblase.

Operation 24. Januar 1908: Wellenschnitt. Steine und Eiter enthaltende Gallenblase mit Netz verwachsen, wird gelöst, der Cysticus freigelegt. Derselbe ist auf ca. 3 cm Länge sehr fest mit dem Hepaticus verwachsen, so daß die Cystikektomie große Schwierigkeiten macht. Schließlich gelingt es, Gallenblase samt Cysticus zu entfernen. Cysticus wird unterbunden, doch sammelt sich in der Tiefe des Operationsterrains immer wieder Galle an, die aus einem Gange herausläuft.

Es handelt sich also entweder um einen akzessorischen Cysticus, oder es ist ein Stück Hepaticus mit reseziert, vielleicht von einem akzessorischen Ast. Die Verhältnisse sind so zart, das Operationsterrain liegt so tief, daß eine Klarlegung durch Sondierung nicht gut möglich ist. Außerdem drängt die Schwäche der Pat. zur Beendigung der Operation (Dauer 35 Minuten). Das fragliche Gebilde wird mit einem Faden umgangen und verschlossen.

Am 6. Tage nach der Operation tritt allmählich immer stärker werdender Ikterus auf, die Stühle bleiben acholisch, ein Beweis dafür, daß der Ductus hepaticus selbst unterbunden ist.

Am 9. Tage wird die Tamponade gewechselt und die Ligatur vom Hepaticus gelöst.

Nunmehr wird aus diesem der Gallenfluß sehr profus, der Stuhlgang bleibt acholisch.

Da der Gallenfluß die Frau sehr schwächt, indiziert sich eine nochmalige Operation, um die Galle wieder dem Darm zuzuführeu.

11. August 1908 II. Operation. Freilegung der Hepaticusfistel ohne Eröffnung der Bauchhöhle. Präparation des Lig. hepato-duodenale; die Arteria hepatica wird freigemacht, ebenso der Ductus choledochus. Er ist gänsekielstark und wird durchtrennt. Die Papille ist sondierbar. Choledochus wird nun weiter duodenalwärts auf eine Länge von 1 cm freigelegt.

Nunmehr wird die hintere Schleimhautleiste vom Hepaticus und Choledochus mit Catgut vereinigt. Dann folgt Anheftung der vorderen Choledochuswand an die Leber dicht oberhalb der Hepaticusfistel, so daß die Galle direkt in den Chole-

dochus abfließt. Feiner Tampon von Xeroformgaze. Dauer der Operation 40 Minuten.

Schon am 25. August ist der Stuhlgang minimal gefärbt.

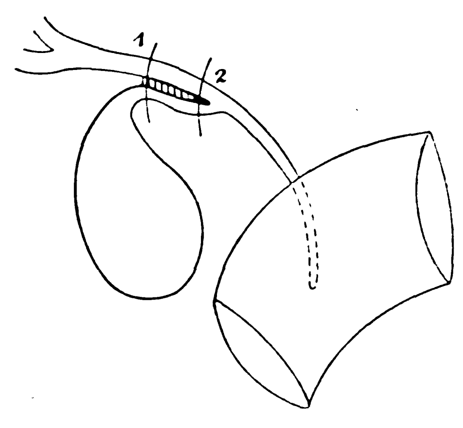
Vom 28. August an findet ein tägliches Einführen eines langen, dünnen, entsprechend gebogenen Laminariastiftes in den Choledochus bis ins Duodenum hin statt.

1. September. Stuhlgang normal gefärbt.

17. September vollständig geheilt entlassen.

Epikrise: Ruge hat huf dem Chirurgenkongreß 1908 gezeigt, daß Cysticus und Hepaticus in ca. 33% der Fälle dicht nebeneinander verlaufen. Eine Verletzung des Ductus hepaticus ist in solchen Fällen leicht möglich, auch bei sorgfältigster Präparation (s. Fig. 1).

Fig. 1.



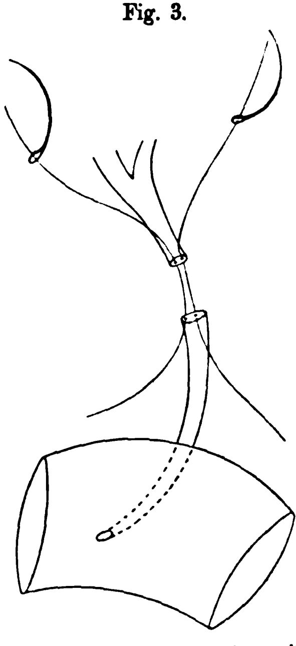
Cysticus mit Hepaticus so eng verwachsen, daß bei der Cystikektomie das Stück des Hepaticus von 1—2 reseziert wird.

Fig. 2.

1
2

Das herausgeschnittene Präparat.

Fig. 3.



Vereinigung des Hepaticus mit dem Choledochus durch Naht.

Bei wenig ausgedehnten Verletzungen genügt die einfachste Tamponade, bei größeren wird man eine Hepaticusplastik machen, analog der Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz. Bei ganz ausgedehnten Verletzungen muß man plastische Verfahren anwenden.

Das Verfahren von Verhoogen ist gewiß sehr einfach (ds. Zentralblatt 1908 Nr. 26 p. 790), kann aber leicht zu Strikturen führen; denn es setzt einen Bindegewebsgang an Stelle eines mit Schleimhaut ausgekleideten.

In dem geschilderten Falle ist der abgetrennte Hepaticus unterbunden worden, weil man daran denken mußte, daß entweder ein akzessorischer Cysticus oder ein gedoppelter Choledochus vorliegen könne. In beiden Fällen wäre eine zweite Operation unnötig gewesen Da aber vom 5. Tage an immer mehr zunehmender Ikterus auftrat, mußte der Hauptast des Hepaticus unterbunden sein. Unter diesen Verhältnissen war eine erneute Freilegung des Operationsfeldes geboten.

Bei der Nachbehandlung hat die Erweiterung des Ductus choledochus und der Papille mit Laminariastiften gute Dienste geleistet. Der Gang wurde durchgängig, die Galle lief duodenalwärts, und es trat schließlich vollständige Heilung ein.

Fig. 2 zeigt das Präparat.

Fig. 3 die ausgeführte plastische Operation.

II.

Aus der II. chirurg. Abteilung des Mt. Sinai Hospitals in Neuyork.
Direktor: Dr. H. Lilienthal.

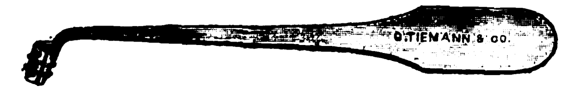
Eine modifizierte Crile'sche Transfusionskanüle.

Von

Dr. med. Leo Buerger in Neuyork.

Der Gebrauch der Crile'schen Transfusionskanüle ist zuweilen mit einer Schwierigkeit verbunden, sowohl beim Umstülpen der Vene, als auch beim Ineinanderschieben von Vene in Arterie. Dank dem verhältnismäßig kleinen Lumen und der unnachgiebigen Wandung der Arterie gelingt es manchmal erst nach längerem Manövrieren, sie über die Vene zu schieben. Verf. hat das Crile'sche Instrument nach einigen Richtungen hin modifiziert, wodurch er das Operationsverfahren zu erleichtern glaubt.

Diese veränderte Transfusionskanüle besteht aus einem Ringe, welcher die Gestalt eines abgeschnittenen Kegels hat und von einem ziemlich festen Griffe getragen wird. Kanüle und Griff sind aus einem und demselben Stück Neusilber gearbeitet. Wie aus der Abbildung ersichtlich, ist die Kanüle der Länge nach gespalten, wodurch es nun möglich wird, ihren Durchmesser auf die Dauer zu verändern oder auch vorübergehend zu vermindern, je nach Bedarf. Das Metall der Wandung ist möglichst dünn beschaffen, damit der Unterschied zwischen äußerem und innerem Umfang ein minimaler sei. An zwei Stellen ist die Kanüle ringförmig verdickt: die obere Verdickung liegt dicht an der Spitze, wodurch der zum Empfang der Arterie bestimmte Teil möglichst klein wird; die andere Verdickung befindet sich weiter unten.



Technisches Verfahren: Nachdem die Vene völlig freigelegt und ihre Adventitia abpräpariert worden ist, werden drei feine Leitfäden angelegt und das Gefäß durch die Kanüle gezogen, wobei die Leitfäden erst durch den Spalt gehen und alsdann in das Lumen der Kanüle eintreten. Die Vene wird nun umgestülpt und hinter der zweiten Verdickung unterbunden. Dann wird die Arterie mittels Pinzetten oder Fäden darübergezogen und hinter der oberen Verdickung unterbunden.

Die Vorteile des modifizierten Instruments sind folgende: erstens hat man n dem Griff einen festen Halt; zweitens wird das Ineinanderschieben durch kegelförmige Gestalt und das Fehlen einer Verdickung an der Spitze erleichtert;

drittens wird durch den Spalt eine Veränderung im Durchmesser der Kanüle ermöglicht, so daß man mit zwei Kanülen in allen Fällen auskommen kann; viertens endlich gestaltet sich das Einziehen der Vene in die Kanüle ganz leicht.

---

21) II. internationaler Chirurgenkongreß in Brüssel.

Referent: Heinz Wohlgemuth, Berlin.

Der internationale Chirurgenkongreß hätte mit Fug und Recht »Internationaler Krebskongreß« heißen können; denn von den 5 Sitzungstagen sind nicht weniger als 2 volle und 3 halbe den Diskussionen über das Karzinom gewidmet, und die dem Kongreß angegliederte Ausstellung ist eine Krebsausstellung in optima forma. Die Einführungsrede Czerny's, der dem Kongreß präsidierte, war ein genereller und höchst bemerkenswerter Ausblick auf das, was wir in der Erkenntnis des Karzinoms und seiner Therapie bisher geleistet haben und was wir vielleicht noch erreichen können. Czerny legt den allergrößten Wert darauf, daß der Glaube an die Heilbarkeit des Krebses möglichst weit im Publikum verbreitet werde, damit wir die Möglichkeit haben, die Karzinome frühzeitig zu operieren und damit auch zu heilen. Denn bei den in den späteren Stadien zur Operation gelangenden Karzinomen sind wir an der Grenze unseres chirurgischen Handelns angekommen. Wir können nichts mehr fortnehmen. Wenn wir aber mit anderen Behandlungsmethoden das Karzinom angreifen wollen, so sind wir vorläufig wenigstens noch nicht imstande, stolz auf die Erfolge zu sein. Die Aussicht auf ein Serum, so sehr sie zu erhoffen ist, ist doch verfrüht, solange wir nicht die Ursachen des Karzinoms kennen. Die Fulguration kann natürlich nur die Fälle heilen, die auch auf operativem Wege mit Röntgen- oder Radiotherapie zu heilen sind, wobei Czerny allerdings der Meinung ist, daß die Beblitzung in 30 Minuten das vollbringt, was die Röntgen- oder Radiumbehandlung erst in 3 Monaten zustande bringt. Wie die letzteren, tötet sie nicht die Krebszellen, sondern beeinflußt sie nur. Ein kurzer Ausblick auf die Ätiologie des Karzinoms entwickelt gewissermaßen ein parasitäres Bekenntnis Czerny's. Die bei Tieren nicht selten beobachteten spontanen Rückbildungen des Karzinoms lassen ihm die Aussicht auf ein Serum als Wahrscheinlichkeit gelten. Auf der anderen Seite geben uns die Erfolge der Röntgenbehandlung und der Radiotherapie zu denken und lassen den Chemismus im pathologischen Sinne für die Ätiologie des Karzinoms nicht von der Hand weisen. Auch ist der endemische Faktor, die Häufigkeit und besondere Intensität der Krebse in verschiedenen Ländern, die Erblichkeit, die Akquisition, die Umformung aus chronischen Entzündungen noch nicht genügend aufgeklärt. Aber wenn Czerny, indem er auf das Heidelberger Institut für Krebsforschung zu sprechen kommt, in dem freien Herumlaufen der Pat. mit offenen Krebsen eine Gefahr sieht und ihre Isolierung für notwendig hält, so klingt hier der Grundton seines Bekenntnisses, der Glaube an die Infektiosität, wieder durch. Zunächst aber hält Czerny es für notwendig, daß eine große internationale Verständigung, eine allgemeine und genaue Unterredung über die Verbreitung, Intensität und die therapeutischen Erfolge des Karzinoms in allen Ländern über alle die berührten wichtigen Fragen durch Bildung von Landeskomites eingeleitet wird, ehe wir es unternehmen können, Schlußfolgerungen über die Ursache und die Art der Bekämpfung des Karzinoms zu ziehen.

Nach diesen Einleitungen stellt sich Roswell Park (Buffalo), dem das Referat über die Natur des Krebses anvertraut ist, auf den Standpunkt der unbedingten Kontagiosität des Karzinoms. Der Krebs, sagt er, wird von einem von außen kommenden Agens erzeugt, sein Beginn, seine Entwicklung sind die einer chronischen Infektionskrankheit, seine Zellen verbreiten sich wie ein infektiöses Agens, als wären sie selbst ein solches. Daher muß das Karzinom wie eine kontagiöse Krankheit behandelt werden, mit den sorgfältigsten hygienischen Maßnahmen, besonders wenn es ulzeriert ist. Wir können zwar annehmen, daß der

Krebs im Anfang eine durchaus lokale Infektion ist, die sich mehr oder weniger schnell ausbreitet, bei den verschiedenen Individuen allerdings außerordentlich wechselnd in der Form und Intensität der Neubildung. Wenn wir das Karzinom erkennen können, solange es noch absolut lokal ist, dann muß es, wenn wir die Fortnahme weit im Gesunden machen, als eine heilbare Krankheit angesehen werden. Aber leider ist der Beginn des Krebses nicht immer gleich sichtbar und fühlbar, nichts unterscheidet ihn oft von anderen infektiösen Schädigungen, keine eigene Symptomatologie läßt sein erstes Auftreten vermuten. Wenn aber seine Zeichen sicher sind, dann ist es oft zum radikalen Eingriff zu spät. Darum sind unsere therapeutischen Maßnahmen auch noch so häufig nutzlos.

Roswell Park schließt seine Ausführungen mit dem Wunsche und der Hoffnung, daß die sorgfältigen Forschungen uns noch einmal ein Mittel an die Hand geben werden, die parasitäre Neubildung zu zerstören, ihre Keime zu vernichten, ohne daß wir gezwungen sind, einen großen verstümmelnden Eingriff zu machen.

Mit diesen Anschauungen ist Herr Sticker (Berlin) nicht ganz im Einklang. Der Parasit sei eben noch nicht gefunden. Wir werden vielleicht auch nie von dem, sondern von den Parasiten des Karzinoms sprechen müssen, weil wir wohl an der Annahme festhalten müssen, daß man nicht von dem, sondern von den Karzinomen reden wird. Auf alle Fälle ist die Immunität gegen Karzinom keine gewöhnliche im Sinne der Infektionskrankheiten, und daher ist wohl jede Aussicht auf ein Serum illusorisch.

Es ist zu verstehen, daß über dies Thema, bei dem es sich ja bis auf weiteres nur um Hypothesen handeln kann, sich keine Diskussion im weiteren Umfang anschloß, aber eine stille Hoffnung vieler ist es doch sicher gewesen, daß die gewaltigen Anstrengungen, die seit Jahren zur Erforschung der Krebskrankheit gemacht werden, sich auf diesem Kongreß schon in einigen hoffnungsschimmernden Ausblicken kenntlich gemacht haben würden.

Es wurden nun die Karzinome der einzelnen Organe behandelt. Herr v. Bonsdorff (Helsingfors), der das Referat über Lippenkrebs hatte, gibt seine Erfahrungen in folgenden Schlüssen kund. Vor der Exzision des Lippenkrebses ist eine vollständige doppelseitige Ausräumung der Submaxillar- und Submentaldrüsen und auch der tiefen die Halsgefäße entlang führenden Drüsengruppen bis zum Schlüsselbein herunter, nötigenfalls auch der supraclavicularen Drüsen zu machen. Auch die supramaxillaren Drüsen samt allem auf dem Unterkiefer befindlichen Fettgewebe sind zu entfernen. Hat B. doch noch 9 Jahre nach bloßer Exstirpation der Geschwulst ein Drüsenrezidiv auftreten sehen. So vorgehend wird man in 80% der Fälle eine dauernde Heilung erzielen können. Denn innere Metastasen sind selten. Auffällig ist nur ein scheinbarer Zusammenhang zwischen Lippen- und Magenkrebs, wie er bei neun Pat. beobachtet ist, die ohne lokales Rezidiv gestorben sind.

Einen weit weniger radikalen Standpunkt nimmt Herr Ribera y Sans (Madrid) ein. Er unterscheidet die Karzinome, bei denen man mit einer keilförmigen Exzision auskommt, von denen, die eine submaxillare Ausräumung notwendig machen, und anderen, die größere Plastiken verlangen. Für die Unterlippe will er mit dem Verfahren von Guarnerio und Creus stets auskommen. Von den ätiologischen Momenten kennt er als sicher nur das physische und chemische Trauma, den Einfluß des Tabaks und die Verbrennung durch die Zigarette.

Herr Dollinger (Budapest) dagegen, sowie Morestin (Paris) stehen ganz auf dem Standpunkte v. Bonsdorff's. Morestin besonders legt nachdrücklich Wert auf die sorgfältigste Entfernung aller submentalen Drüsen, auch der lateralen. In einem breiten Trapezoid unschneidet er die Geschwulst, so daß der Schnitt ihm die weiteste Möglichkeit zur Exstirpation der Drüsen gibt.

Über die Behandlung des Mund- und Zungenkrebses spricht zuerst Herr Collins Warren (Boston). 172 Fälle, die er im Massachusetts General Hospital behandelt hat, bewiesen ihm die Notwendigkeit der Fortnahme einer oder

beider Seiten der Drüsenkette des vorderen cervicalen Dreiecks. Er geht also selbst hier nicht soweit wie v. Bonsdorff. Aber seine Resultate sind nicht gerade hervorragend. 16 Operierte sind mehr als 3 Jahre rezidivfrei geblieben. Dollinger sieht die Resultate der chirurgischen Behandlung des Krebses der Organe der Mundhöhle, ausgenommen der Lippe, sogar als ganz kläglich an; ihm ist kein Fall am Leben geblieben. Deshalb wollen auch Morestin (Paris) und Bastianelli (Rom) gleich beim kleinsten Karzinom der Mundhöhle eine ausgedehnte Freilegung beider Seiten; aber da ihre Resultate auch nicht gerade glänzend sind, bemerkt Czerny in einem Schlußwort, daß, da auch bei den meist ausgedehnten Operationen die Resultate beim Karzinom der Mundhöhle so wenig ermutigend sind, er sich wohl kaum zu einer so eingreifenden Operation entschließen würde.

Über die chirurgische Behandlung des Kehlkopf- und Rachenkrebses spricht zunächst Herr Gluck (Berlin). Er stellt eine Reihe seiner Pat. und seiner glänzenden Resultate von Kehlkopfexstirpation und nachfolgender Plastik mit oder ohne Prothese vor und betont besonders, daß ihm jetzt die Fortnahme der ganzen Partie en bloc mit Muskulatur, Drüsen, sogar der Vena jugularis, die Resultate außerordentlich verbessert hat. Erst zum Schluß pflanzt er jetzt nach Abtrennung der exstirpierten Massen den Luftröhrenstumpf in die Haut ein, und nimmt seine Zuflucht zur präventiven Einpflanzung nur in den Fällen von schwerer Dyspnoe. Die relativ geringe Gefahr seiner Operationsmethode hat ihn ermutigt, sie auch bei Tuberkulose anzuwenden. Die Mortalität der großen Operationen am Kehlkopf hat bis vor kurzem 54% betragen, jetzt zeigen seine halbseitigen Exstirpationen 0% Mortalität, seine totalen 9%. Gluck demonstriert ferner seine Gummitrichterprothese, die er jetzt auch in den Fällen von Karzinom oder Verschluß des Brustteiles der Speiseröhre anwendet, um die Speiseröhre mit dem Magen zu verbinden und ein dem Normalen analoges Schlucken zu ermöglichen. Gluck schweift dann noch zu dem Versuch einer durch Lungenfistel retrograd ermöglichten Atmung ab, bei Fällen von Stenose oder Ausschaltung der normalen oberen Atmungswege. — Für die Entfernung der bösartigen Geschwülste im Cavum pharyngo-nasale hält Herr Durand (Lyon) eine systematische Pharyngeotomie für notwendig mit einem ganzen knöchernen Block des Oberkiefers und Jochbeines, den er nach gelungener Pharyngeotomie wieder reponiert.

Die Speiseröhrenkarzinome, deren chirurgische Behandlung bisher so traurige Erfolge aufzuweisen hat, hält Herr Czerny (Heildelberg) doch immer noch für exstirpierbar und heilbar, solange sie lokal beschränkt sind, und die Erfolge Gluck's mit seiner Operationsmethode lassen ihn auch auf eine bessere Zeit ihrer chirurgischen Behandlung, selbst des Brustteiles, hoffen. Er warnt eindringlichst vor zu langer Sondenbehandlung, bis am Ende der Kranke nicht mehr kräftig genug ist, die Operation auszuhalten, nicht einmal eine Gastrostomie. Vielmehr soll beizeiten überlegt werden, ob der Fall sich vielleicht für eine Exstirpation eignet, besonders da ja die Speiseröhrenkrebse nicht sehr zu Metastasen neigen. Sowie bei Sondenbehandlung Schmerzen und Blutungen auftreten, soll man die Sondenbehandlung aussetzen und operieren. Hier hofft Herr Kümmell (Hamburg) von der Roux'schen Transplantation des Dünndarmes noch viel Gutes. Er hat sich von ihrer Ausführbarkeit überzeugen können. Wenn man, wie er es getan, den Darm im antiperistaltischen Sinn einpflanzt, so schwinden die anfangs auftretenden Schwierigkeiten des Schluckaktes in kurzer Zeit; der Darm gewöhnt sich scheinbar an den umgekehrten Weg der Fortbewegung der Speisen.

Trotz der großen Umsicht der Kongreßleitung und der Zurückhaltung, mit der nur einige wenige wichtige aktuelle Themata zur Besprechung kommen, muß ein Teil der Ref. aus Zeitmangel auf eine längere Besprechung des ihnen überantworteten Themas verzichten, sich damit begnügen, nur die letzten Schlüsse der Erfahrungen und Beobachtungen zu geben, andere beschränken sich auf die Aufzählung ihrer Fälle und deren Mortalität bzw. Heilungen. Es würde im Rahmen unseres Referates zu weit führen, alle diese Einzelbemerkungen zu erwähnen.

Der 2. Tag des Kongresses war der Leber und der Gallenblase gewidmet. Zunächst gab Herr Kehr (Halberstadt) seine reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete an der Hand von höchst instruktiven Zeichnungen, Präparaten, Tabellen usw. kund. Seine Ausführungen gipfelten in den Schlüssen: Nicht alle Gallensteine sind operativ zu entfernen. Unter 4000 Fällen fand er bei 2700 keine Indikation zu chirurgischem Eingriff, hat bei diesen vielmehr eine Kur verordnet, die auf Beseitigung der entzündlichen Vorgänge im Gallensystem und auf eine Zurückführung der Steine in das Stadium der Latenz hinzielte. Die Beobachtung der nicht operierten Gallensteinkranken hat ihm die Überzeugung gebracht, daß die Cholelithiasis in 80% der Fälle zur Latenz neigt, und daß bei richtiger interner Behandlung anfänglich recht stürmische und schwere Erscheinungen oft einer dauernden Gesundheit Platz machen. Wie die Ursache der Gallensteinkrankheit verschieden aufgefaßt wird, so wird auch die Frage der Heilbarkeit von denen, die in der Gallensteinkrankheit eine Konstitutionsanomalie sehen, verneint, von denen, die die Ursachen der Konkrementbildung in einer Erkrankung der Gallenblasenschleimhaut suchen, bejaht. K. persönlich verwirft die Theorie der Konstitutionsanomalie und steht durchaus auf dem Boden der Infektionstheorie; denn bei Annahme der ersteren müßte einmal viel häufiger Steinbildung in den Lebergängen und im Choledochus beobachtet werden als es der Fall ist, und dann müßten die Rezidive nach Gallensteinoperationen viel häufiger vorkommen, als wir sie beobachten. Gewiß haben wir bei Erhaltung der Gallenblase und nach Choledochotomien mit Naht Rezidive, aber wir können fast immer nachweisen, daß diese auf einem Zurücklassen von Steinen beruhen. Die Steine entstehen eben nur in der Gallenblase, und an sich harmlos, machen sie sich erst bemerkbar beim Hinzutreten von Stauung der Galle und Infektion. Eine Restitutio ad integrum einer einmal so erkrankten Gallenblase ist schwer möglich; daher kommt auch für K., wenn er einmal operiert, nur die Entfernung der Gallenblase in Betracht. Nicht etwa wegen Gefahr der Entwicklung eines Karzinoms, deren Wahrscheinlichkeit nach seinen Berechnungen ca. 0,0001 % ist; denn ist einmal ein Karzinom da, das Beschwerden verursacht, so ist es unserer Radikalbehandlung unzugänglich. So stellt K. schließlich folgende Leitsätze für die Behandlung der Gallensteinkrankheit auf: In vielen Fällen können wir durch Ruhekuren, Alkalien, heiße Umschläge usw. die entzündlichen Prozesse beseitigen, ein Latenzstadium herbeiführen, ja einen dauernden Erfolg, wenn auch bezweifelt werden muß, daß eine Ausstoßung sämtlicher Steine erfolgen kann. Aber das ist auch nicht der Sinn des internen Verfahrens, sondern daß sie sich ruhig verhalten. Die Riedel'schen Frühoperationen sind ganz zu verwerfen. Der akute Choledochusverschluß ist bis auf wenige Ausnahmen intern zu behandeln. Treten cholangitische Erscheinungen auf, zieht sich der Ikterus unter Kräfteverfall in die Länge, so kommt eine Operation in Betracht. Auch häufige Koliken, die Kräfte und Lebensgenuß beeinträchtigen, können zur Operation Veranlassung geben. Fälle mit Ikterus und häufigem Abgang von Steinen gehören dem Internen, Hydrops, Empyem, pericholecystitische Erscheinungen dem Chirurgen. Doch mit der vergeblichen internen Behandlung des chronischen Choledochusverschlusses soll man nicht zu lange fortfahren. Kranke mit chronischem Ikterus, der nicht auf Stein im Choledochus und unheilbaren Lebererkrankungen beruht, müssen spätestens 3 Monate nach Beginn des Ikterus operiert werden, da nicht selten statt des vermuteten Karzinoms des Pankreaskopfes die heilbare Pankreatitis chronica interstitialis gefunden wird. Die Folgezustände der Cholelithiasis, die eitrige Cholangitis, der Leberabszeß, die Perforationsperitonitis usw. muß man natürlich so schnell wie möglich operieren. Bei Diabetes, Arteriosklerose, chronischer Nephritis, Lungen- und Herzerkrankung soll man möglichst von einer Operation der Gallensteine absehen.

Was nun die Operationsmethoden anlangt, so ist K. ein entschiedener Gegner der Cystendyse, schränkt die Cystostomie möglichst ein, macht nur die Ektomie und statt der Choledochotomie mit Naht die Hepaticusdrainage mit sorgfältiger guter Tamponade.

Natürlich werden die Ansichten und Hypothesen Kehr's nicht allgemein an-

erkannt. Was zunächst die Ätiologie der Gallensteine betrifft, so wirft Bakes (Trebitsch) darauf ein Licht, indem er über die Beobachtung eines echten Rezidivs selbst nach Ektomie und Hepaticusdrainage berichtet. Was die Entstehung der Cholecystitis anlangt, so glaubt Fink (Karlsbad), daß zuerst eine Stauung im Gallensystem stattgefunden hat, zu der dann ein Infekt gekommen ist. Die ausgedehnteste Diskussion dreht sich natürlich um die Behandlung der Gallensteine, insonders um das Vorgehen bei Cholecystitis. Auf der einen Seite Cystendyse und Cystostomie, wenigstens bedingt, zu denen sich Fédoroff (Petersburg), Steinthal (Stuttgart), Alessandri (Rom), Delagénière (Le Mans) bekennen, auf der anderen Ektomie, die Haasler (Halle) wegen des Verdachtes schon auf eventuelles Karzinom, gemacht wissen will. Zur Riedel'schen Frühoperation raten doch noch Moynihan (Leeds) und Hartmann (Paris). Delagénière (Le Mans) schneidet vom Fundus der Gallenblase aus von innen her sämtliche Gallenwege auf in den Fällen von älterer Lithiasis mit Verwachsungen, in denen man auf zahlreiche und kleine Steine stößt, und in solchen, wo der Choledochus nicht leicht und sicher erkannt werden kann. Man kann dann wieder nähen und drainieren, Cystostomie mit Hepaticusdrainage, Ektomie machen oder die Blase sich selbst überlassen und nur ein Drain einlegen. So verfocht jeder sein Prinzip. Den wohl richtigsten Standpunkt nahm zum Schluß der ganzen Diskussion Czerny ein, der in der Lösung dieser Frage eine gute Routine immer noch für besser hält als das beste Prinzip.

Diesen Gallensteindiskussionen schlossen sich solche über die entzündlichen Erscheinungen der Leber an. Für die Cirrhose und ihre chirurgische Therapie stellte zunächst als Ref. Herr Koch (Groningen) folgende Leitsätze auf: Es ist klinisch und experimentell erwiesen, daß Heilung der Blutstauung bei Verschluß und Verengerung der Vena portae durch Omentopexie erreicht wird. Auch bei der atrophischen Lebercirrhose können Ascites und Blutungen aus dem Magen-Darmkanal durch Omentopexie beseitigt werden. Die Operation soll in frühen Stadien der Krankheit gemacht werden, da sie bei weit fortgeschrittenen Fällen gefährlich ist. Eine Heilung der Stauungserscheinungen ist in ca. 30% zu erreichen; dabei scheint es ziemlich gleich zu sein, ob eine intra- oder extraperitoneale Omentopexie gemacht wird. Die Krankheit der Leber wird durch diese Operation wenig beeinflußt. Wo die Talma'sche Operation keine Heilung bringt, ist von einer Splenopexie noch ein Resultat zu erwarten. Die Eck'sche Fistel ist zu widerraten; denn der dadurch bedingte Ausfall der Leberfunktion bedeutet doch den sicheren Tod. Bei der hypertrophischen Cirrhose ist die Cholecystostomie mit oder ohne Hepato- oder Omentopexie zu empfehlen. Wenn sehr hochgradige Störungen der Leberfunktion vorhanden sind (Ikterus, Urobilinurie), dann soll man nicht mehr operieren. Peugniez (Amiens) hat bei den vaskulären Cirrhosen nach Splenektomie stets eine Verkleinerung der Leber beobachtet und ein Verschwinden des Ascites. Einen seiner Pat. konnte er Jahre hindurch noch weiter beobachten. Dieselben guten Resultate will Kümmell (Hamburg) aber auch mit einfacher breiter Eröffnung und sorgfältiger etwas »brüsker« Reinigung der Bauchhöhle gesehen haben, wie sie ihm die Omentopexie gegeben hat.

Die Angiocholiten, oder wie wir sie nennen, die Cholangiten behandelte Herr Duval (Paris) im Auftrage von Quénu. Nach Beleuchtung ihres mikroskopischen Ursprunges, bei den primären Cholangiten durch den Eberth'schen, Escherich'schen Influenza-Cholerabazillus, Pneumokokkus usw., ihres Weges, der z. B., was den Eberth'schen Bazillus anlangt, stets ein vasogener ist, während man vor einigen Jahren noch die häufigste Art der Ansteckung der Leber durch aufsteigende Infektion annehmen zu müssen glaubte, kommt D. auf die Therapie und stellt kein Prinzip auf, sondern steht auf einem Standpunkt, der die Frage Cholecystostomie, Ektomie, Hepaticusdrainage je nach dem Fall individualisiert wissen will. Herr Haasler (Halle) möchte die Leber mehr noch als durch Hepaticusdrainage entlasten, indem er eine Kanüle durch irgendeinen großen Gallengang

in die Leber führt und regelmäßige Spülungen der Leber macht. — Der Leberabszeß veranlaßt nur eine kleine Diskussion durch Herrn Le Dentu (Paris) und Herrn Giordano (Venedig). Dagegen weckten die Lebergeschwülste eine angeregte und ausführliche Besprechung. Zunächst stellt Herr Payr (Greifswald) die Indikationen für die chirurgische Behandlung der Lebergeschwülste auf: Große Beschwerden, fortschreitendes Wachstum, die Gefahr bösartiger Degeneration rechtfertigen die Resektion gutartiger Lebergeschwülste. Nicht parasitäre Cysten sollen ausgeschält, nicht drainiert werden. Infektiöse Granulationsgeschwülste, wie Gummata, herdförmige Tuberkulose, Aktinomykose, bedürfen nicht immer der Resektion. Bei den Gummigeschwülsten hält P. die Probelaparotomie für ein Heilverfahren; er hat oft Verkleinerung danach gesehen und vergleicht den Eingriff der Probelaparotomie bei Tuberkulose des Bauchfells. Die Resektion könnte beim Sitz des Gummis in dem Lappen eines Hepar lobatum angebracht sein. Die Aktinomykose ist stets eine Metastase, meist vom Blinddarm oder Wurm. Beim Gallenblasenkarzinom sind, selbst wenn keine Verwachsung mit der Leber zu sehen ist, diese überhaupt nicht mitbeteiligt zu sein scheint, dennoch oft weit in die Leber hinein die Keime verbreitet; daher macht P. beim kleinsten Karzinom der Gallenblase stets eine Keilexzision der Leber, um die portalen Drüsen mit zu entfernen. Er nimmt einen innigen Zusammenhang zwischen Gallensteinen und dem Karzinom der Gallenblase an; denn er hat gefunden, daß 2—3% aller Gallensteinkranken ein Karzinom der Gallenblase bekommen. Von sekundären Geschwülsten dürften nur die »übergreifenden«, nicht die metastatischen mit Ausnahme vielleicht der solitären Hypernephromknoten Gegenstand einer Resektion sein; dagegen sollte der Echinokokkus durch Resektion entfernt werden. Nachdem P. noch einiges über die Blutstillung gesagt, schließt er mit der Resignation, daß wir zur Heilung von Lebergeschwülsten chirurgisch bisher herzlich wenig beitragen können. Herr Haasler (Halle) glaubt nicht an irgendeinen Dauererfolg bei Resektion einer Lebergeschwulst und Herr Sonnenburg (Berlin) sowie Herr Ribera y Sans (Madrid) sprechen sich durchaus gegen die Resektion der Echinokokken aus. Mit Eröffnung, Auskratzung und Drainage kann man immer noch auskommen.

Die Chirurgie des Magenkarzinoms wurde von Herrn Czerny (Heidelberg) eingeleitet, der dringend zur Einschränkung der Indikationen riet auf die Fälle, in denen das Karzinom noch lokal geblieben ist. In noch weit größerem Maße empfiehlt er Zurückhaltung mit der Operation des Pankreaskarzinoms. Sind die Beschwerden natürlich sehr groß, dann ist der Versuch einer radikalen Operation oder einer palliativen gerechtfertigt. Dem gegenüber ist Herr Hartmann (Paris) unbedingter Anhänger der totalen Entfernung des Magens en bloc mit allen Drüsen, ebenso Herr Delagénière (Le Mans), der nur einen kleinen Kragen an der Speiseröhre hängen läßt zur Anastomose mit dem Jejunum. Dazu Fortnahme aller Drüsen der Umgegend bis zum Lig. hepatogastricum und die Speiseröhre hinauf, so hoch man kommt. Herr Monprofit (Angers) empfiehlt für die Fälle von totaler Verstopfung des Choledochus bei Magen- und Pankreaskarzinom die Einpflanzung der Gallenblase in das Jejunum und, sollte sich dies nicht glatt machen lassen, die Durchtrennung des Darmes, Einpflanzung des abführenden Endes in die Gallenblase, des zuführenden in die Wand des abführenden Schenkels.

Das Referat über die Karzinome des Dünn-, Dick- und Mastdarmes übernimmt für den verhinderten Herrn Völker (Heidelberg) Herr Czerny. Was die so schwer zu diagnostizierenden Karzinome des Dünndarmes anlangt, so glaubt er, daß die bisher sehr schlechten Resultate der Resektion besser werden mit weiterer Verbreitung der zweizeitigen Operation. Bei allen chronischen Darmleiden älterer Personen ist mit Vorsicht die Diagnose Karzinom zu erwägen. Für die Operation der Mastdarmkarzinome ist das kombinierte Vorgehen (abdomino-perineale Amputation, abdomino-coccygeale Resektion) die Methode der Zukunft. Bei Frauen hat sie heute schon nur ca. 15% Mortalität und 40—50% Dauererfolge, während sie beim Manne leider noch 40—50% Mortalität aufweist. Herr

Tixier (Lyon) weist darauf hin, daß eine voraufgehende Exstirpation des Uterus die Operation des Mastarmkarzinoms sehr erleichtert. Herr Depage (Brüssel) rühmt dasselbe von der Bauchlage. Herrn Bachrach (Wien) haben seine Erfahrungen gelehrt, daß in allen Fällen vor der Operation eine sorgfältige Cystoskopie notwendig ist. An der Wiener Klinik v. Hochenegg war es nötig, 16mal die miterkrankte Prostata, 7mal den Uterus mitzuentfernen. Da Hochenegg die kombinierte Methode nur für die Fälle aufspart, in denen er durch das Kreuzbein nicht auskommen kann, rühmt er ihre Erfolge nicht.

Eine sehr ausgedehnte Besprechung fand die Chirurgie des Brustdrüsenkarzinoms. Herr Depage (Brüssel) baut seine Operationsmethode auf der Theorie Handley's — der Propagation auf dem Lymphwege — auf und nimmt die entferntesten Drüsen fort. Er macht einen Schnitt senkrecht vom Schlüsselbein bis 2 Finger breit unterhalb des Proc. xiphoideus, quer von der Mittellinie bis zur Axillarlinie. Entfernung der gesamten Muskulatur, eingeschlossen die oberen Teile des Serratus und des Obliq. abd. ext. Herr Mauclaire (Paris) hat weniger Lokalrezidive, seitdem er die ganze große Wunde mit heißer Luft verschorft. Herr Le Dentu (Paris) hält die Fälle, in denen schon supraklavikuläre Drüsen ergriffen sind, für vollkommen aussichtslos, ihm schließen sich Steinthal (Stuttgart) u. a. an. Herr Jonnesco (Bukarest) hat sehr gute Resultate: Von 64 sind noch 34 nach 3 Jahren rezidivfrei. Er nimmt erst die Achsel- und pektoralen Drüsen fort und dann die Mamma, alles natürlich en bloc. Schließlich bemerkt Herr Czerny, daß er sich nie entschließen konnte, in allen Fällen die ganz großen Operationen zu machen. Er bezweifelt auch die Nützlichkeit des Generalisierens. Herr Korteweg (Leyden) macht auf eine sehr interessante Beobachtung aufmerksam, die er an der alten Billroth'schen Klinik gemacht hat. Um in der Diagnose sicher zu sein, ließ man zurzeit die Frauen mit einer Geschwulst in der Brustdrüse warten, bis das Karzinom als solches manifest war, entweder durch Verwachsung mit der Haut oder Achseldrüsenschwellung oder Ulzeration. Da hat sich nun statistisch vergleichend herausgestellt, daß die Fälle um so länger rezidivfrei blieben, je später sie operiert wurden. Daraus folgt, daß nicht die Frühoperation, sondern die Natur des Karzinoms bestimmend ist für das Resultat. Bei den bösartigen kann man machen was man will, sie führen doch den Tod herbei. Fazit: Eine Einigung, ob Frühoperation, ob breite Fortnahme nach Halsted und noch über ihn hinaus, ob von Fall zu Fall zu individualisieren, ob die großen Operationen ganz zu unterlassen seien, ist nicht erzielt worden.

Die Frage der Anästhesie, die die Karzinomdebatten nun unterbrach, hat Neues und Interessantes gebracht. Herr Vallas (Lyon) ist ein überzeugter Anhänger der Äthylchlorid-Äthernarkose. Chloroform, zu gefährlich, darf nur dann angewendet werden, wenn Äther nicht angebracht ist. Für die Äthernarkose bricht auch noch eine Lanze Herr Bergalonne (Genf). Eine Äthylchlorid-Sauerstoffnarkose beschreibt Herr Lotheissen (Wien); Herr Kümmell (Hamburg) rühmt die Humanität der Skopolamin-Morphium-Äther-Sauerstoffnarkose, bei der Herr Walther (Paris) 2mal sehr üble Zufälle, Tetanus mit vollkommenem Opisthotonus gesehen hat. Nun beschreibt des längeren Herr Jonnesco (Bukarest) eine als Allgemeinnarkose angesprochene Cervical-Medulläranästhesie mit Stovain-Strychnin und beruhigte die doch wohl bei vielen aufsteigenden stillen Sorgen, in diese Gegend ein derartiges Mittel einzuspritzen, mit der in vieler Erfahrung gewonnenen Überzeugung der absoluten Ungefährlichkeit. Die Probe aber, die später von ihm im Hospital St. Jean an einem Kinde gemacht wurde, mißglückte dermaßen, daß man wohl bis auf weiteres von dieser Anästhesie absehen wird. Das Kind bekam sofort nach der Injektion die besorgniserregendsten tetanischen Zustände. Gegen die Lumbalanästhesie überhaupt führte Herr Rehn (Frankfurt a. M.) einige schwere Bedenken an. An Tafeln zeigte er schwere Veränderungen im Rückenmark nach Lumbalanästhesie, die er bei Tieren gemacht hat, und die ihn zu den Forderungen veranlassen, daß sie niemals gemacht werden darf, wenn man mit Lokalanästhesie oder Ätherrausch

auskommen kann. Nie ohne Einwilligung und Verständigung des Pat., nie bei Kindern und jungen Personen. Die Lumbalanästhesie darf nie die Anästhesie der Wahl sein. Auf der anderen Seite findet sie eine Reihe von Vorkämpfern: Sonnenburg (Berlin), der gegen den Kollaps intravenös Epirenal gibt, Zahradnitzki (Deutsch-Brod), Kümmell (Hamburg) und viele andere. Die lokale Anästhesie wurden von den Herren McArthur (Chicago), Moty (Paris), v. Hintz (Neumarkt) besprochen. Zum Schluß sagt Herr Wohlgemuth (Berlin), daß alle Enqueten, Statistiken über die relative Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit der verschiedenen Narkotika und Methoden den Nagel nicht auf den Kopf treffen. Die Narkosenfrage sei eine Frage des Narkotiseurs, nicht des Narkotikums. Bei geeigneter Durchbildung der Studierenden in der Narkose und Anästhesie, bei Ausbildung von Ärzten, die sich in den großen Krankenhäusern und Kliniken nur mit der Narkose beschäftigen und für jeden einzelnen Fall nach eingehender Beobachtung des Pat. die Methode der Schmerzlosigkeit wählen, braucht es keine Zufälle mehr zu geben. Generell wird es niemals ein Narkotikum oder eine Anästhesie geben, die bei vollkommener Wirkung auch absolut ungefährlich ist. Herr Czerny stimmt den Ausführungen Wohlgemuth's bei.

Die Hernien riefen 27 Diskutierende in die Reihen. Die Ätiologie blieb noch umstritten. Während Herr William Sheen (Cardiff) die traumatische Entstehung bei Erwachsenen zugibt, d. h. klinisch, nicht pathologisch, aber doch nur als große Seltenheit, glaubt Herr Ribera y Sans (Madrid), daß die Hernie des Kindes stets angeboren, die des Erwachsenen stets erworben, und daß die Hypothese des präformierten Sackes nicht bewiesen ist. Die Besprechung der einzelnen Hernien ist im wesentlichen eine Diskussion über das Operationsverfahren; wir wollen hier nur die Stichworte erwähnen.

Das beste Operationsverfahren der Leistenbrüche ist nach Herrn Alessandri (Rom) das Bassini'sche. Herr Jonnesco (Bukarest) hält es für den springenden Punkt, die Infektion zu vermeiden; nur wo sie erfolgt, treten Rezidive ein. Daher näht er grundsätzlich mit Silberdraht und vermeidet versenkte Fäden. Herr Lucas-Championnière macht in besonders schweren Fällen die Kastration, um einen doppelten Schutz durch Übereinanderlegen der Bauchwand zu ermöglichen. Herr Vanvers (Lille) zieht den Bruchsack nach Anlegung einer provisorischen Tabaksbeutelnaht soweit wie möglich heraus, um ihn so hoch es geht, definitiv zuzunähen, ohne ihn abzutragen. Er hält das für unnötig. Herr Czerny glaubt aus dem Umstande, daß sich an der Diskussion kein deutscher Chirurg beteiligt hat, schließen zu können, daß wir wissen, daß kleine Hernien mit allen Methoden geheilt werden können, große mit allen Methoden Rezidive geben.

Die Schenkelbrüche besprach Herr Hildebrandt (Berlin), dem sich Herr Bérard (Lyon) mit Beschreibung eines kombinierten cruralen und inguinalen Verfahrens und Muskelverschlusses der Bruchpforten anschließt.

Die Brüche der Kinder wurden besonders von Herrn Lorthioir (Brüssel) behandelt, der auf dem Standpunkte fußt, daß jeder Bruch bei Kindern operiert werden muß, jede Bandage kontraindiziert ist. In bezug auf das Operationsverfahren hält er ein Unterbinden des so hoch wie möglich abgetragenen Sackes sowie eine Wiederherstellung des Leistenkanales für unnötig, jeden Verband sogar für schädlich. Dieses etwas radikale Vorgehen bekämpfen energisch Ribera y Sans (Madrid), Lucas-Championnière und Broca (Paris), die mit noch anderen der Ansicht sind, daß Lorthioir viel zu früh operiert. Vor dem 7. Lebensjahre sei eine Operation nicht nötig. In bezug auf die Dauerresultate der Bruchoperationen haben die Herren Kalliontzis (Athen), Legueu (Paris), Petrowitsch (Nisch), Lameris (Utrecht), Verhoef (Brügge), Ribera y Sans (Madrid) einstimmig dem Bassini'schen Verfahren den Vorzug gegeben.

Es folgte nun die Rückenmarkschirurgie. Zunächst sprach Herr de Quervain (La Chaux-de-Fonds) über Rückenmarksverletzung. Nach längerem Eingehen auf die Pathologie der Verletzung stellt er für die chirurgische Therapie die Sätze auf: Blutungen, extra- oder intradurale, geben keinen Anlaß

zu Eingriffen. Ein solcher ist angezeigt bei Störungen, die auf einen Bogenbruch hinweisen, bei Schußverletzungen, wenn das Geschoß im Wirbelkanale sitzt, und zwar als Frühoperation. Wenn hier die Frühoperation nicht vorgenommen wurde und die nervösen Störungen nicht spontan zurückgingen, oder wenn bei partieller Schädigung nach anfänglicher Besserung eine nachträgliche Verschlimmerung eintritt, ist auch eine Spätoperation angezeigt. Bei Totalläsion, wo bisher jede Operation als unstatthaft galt, würde man wohl, wenn sich die Erfolge der von den Amerikanern Stewart und Harte ausgeführten Rückenmarksnaht bestätigen würden, eine solche versuchen dürfen. Sehr zur Zurückhaltung mahnen Sonnenburg (Berlin), Hildebrandt (Berlin) und Czerny. Einmal richte man kaum viel aus mit der Operation, schade dann aber noch mit der Laminektomie, die die Festigkeit der Wirbelsäule nicht unbedenklich störe.

Die Geschwülste der Wirbelsäule wurden von Herrn Bérard (Lyon), wenn sie noch primitiv, solitär, ohne Deformation der Wirbelsäule und ohne schlaffe Lähmung mit ungefährer Lokalisation erscheinen, einer sofortigen Operation für notwendig erachtet. Stets sollte die Dura eröffnet werden, wenn nicht die Geschwulst schon vorher gefunden wird. Die Geschwulst mit von Anfang an medullärem Verlaufe soll man nur bei sehr genauer Lokalisation operieren. Auch wenn die Diagnose schwankt zwischen Geschwulst, Meningitis oder Syringomyelie ist die explorative Laminektomie angebracht. So sind schon viele meningeale Cysten gebessert oder geheilt worden. Herr F. Krause (Berlin) berichtet über 28 Fälle. Er legt ebenfalls besonderen Nachdruck auf die Eröffnung der Dura. So hat er bei drei Nachoperationen, wo vorher die Eröffnung unterlassen wurde, 2mal eine intradurale Geschwulst exstirpiert.

Den Schluß der Krebsdebatten und zugleich den Schluß des Kongresses bildete der Krebs der Harnwege und der Genitalorgane sowie die Röntgentherapie. Über die Erkrankungen beim männlichen Geschlecht referierte zunächst Herr Legueu (Paris). Die ernstesten krebsartigen Erkrankungen sind nach seiner Meinung die der Prostata, Harnröhre und Blase. Sehr schwer ist eine Frühdiagnose. Hat man die Geschwulst erkannt, so ist ihre Verbreitung auch schon sehr ausgedehnt, und jede Operation würde ungenügend ausfallen. Auch nach den ausgedehntesten Resektionen der Blasenwand hat L. in kurzer Zeit ein Rezidiv bekommen. Auch eine Dauerheilung bei Nierenkarzinom zu erreichen, gelingt nur selten, häufiger bei Krebs des Hodens und Penis. Frühe Operationen und Fortnahme en bloc geben die besten Resultate. Sonderbar und an die Bemerkungen Korteweg's über das Mammakarzinom erinnernd sind aber zwei Beobachtungen Legueu's, Fälle, in denen er nur die Niere entfernen konnte, die ganzen Drüsenmassen aber zurücklassen mußte und trotzdem gerade hier die längere Heilungsdauer hatte. Die Sarkome des Penis und Hodens haben aber jämmerliche Aussichten auf Heilung. Herr Rovsing (Kopenhagen), Ribera y Sans (Madrid), Dollinger (Budapest) berichten über ihre Statistiken.

Beim Karzinom der weiblichen Genitalorgane drehte es sich wesentlich um die Frage der vaginalen oder abdominellen Operation. Herr Faure (Paris) bevorzugt die abdominelle Methode nach Wertheim mit präventiver Unterbindung der Art. hypogastrica. In komplizierten Fällen mit wenig beweglichem Uterus empfiehlt er das vagino-abdominelle Vorgehen, indem er von unten beginnt. Ihm schließt sich im wesentlichen Herr Jacobs (Brüssel) und Herr Wertheim (Wien) an. Letzterer hat 200 Präparate ausgestellt und gibt eine Statistik seiner Fälle, die mit 59% Rezidivfreiheit nach 5jähriger Kontrolle abschließt. Herr Rouffart (Brüssel) bezweifelt, daß auf vaginalem Wege alle Drüsen entfernt werden können, während Herr Czerny der Fortnahme sämtlicher Drüsen als systematischer Operation keinen besonderen Wert beilegen kann. Ein Antrag von Rouffart, Jacobs und anderen, der Kongreß wolle beschließen, daß in einer allgemeinen großen Statistik für eine Beurteilung der Heilung eine 5jährige Rezidivfreiheit verlangt werde, jeder vorher auch ohne sichere Todesursache eingetretene Tod als durch Rezidiv bedingt anzusprechen sei, wurde abgelehnt, da

hierzu ein internationales Krebskomitee vorhanden, und dieser Kongreß kein Krebskongreß sei.

Die Behandlung des Krebses mit Röntgen- und Radiumstrahlen hat Herr Sequeira (London) in vielen Fällen mit gutem, in anderen ohne Erfolg versucht; aber ein abschließendes Urteil über den Wert der Röntgenstrahlen bei systematischer Anwendung nach Operation der Karzinome zu geben, ist ihm noch nicht möglich. Herr Tuffier (Paris) faßt die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen als eine enorme Kongestion in das das Karzinom umgebende Bindegewebe auf, in der die Krebszellen gewissermaßen ertränkt werden. Nach Beblitzung sieht man oft eine Granulationsfläche erscheinen, die keine Spur von Krebszellen mehr zeigt. Aber alle diese Behandlungsmethoden sind T. durch oberflächliche Bildung einer scheinbar guten Narbe nichts anderes als eine »cache-misère«; unten wuchert das Karzinom ruhig weiter. Wenn man also irgendeine Aussicht hat, radikal zu operieren, unterbleibe jene Behandlung. Bleibt aber nichts anderes übrig, dann Radium. Glänzende Resultate mit Radium hat Herr Abbe (Neuyork) bei Cancroiden erzielt. Die von ihm gezeigten Photographien und Moulagen waren von höchstem Interesse. Er bestrahlte mit 100 mg $1^1/_4$—$1^1/_2$ Stunde durchschnittlich. Er wendet die Radiumtherapie auch bei Leukoplakie und bei Struma an. Hier führt er die kleine Tube in einen 2 cm tiefen Einschnitt ein. Herr Morestin (Paris) spricht über die Behandlung der Hautkrebse, Herr De Keating-Heart (Marseille) über die guten Resultate, die er mit der Fulguration auch bei inoperablen Mastdarmkarzinomen erzielt hat. Herr Sticker (Berlin) gibt zu, daß wir mit der Radiumbestrahlung, der Fulguration, Sero- und Fermenttherapie eine spezifische Wirkung auf das Karzinom ausüben können. Bei letzterer hat vor allen das Trypsin einen Einfluß. Auch die Wirkung fremdartigen Blutes ist nicht zu leugnen, aber üble Erscheinungen der Serumkrankheit, der Fermentation treten auf, die vorläufig die Therapie einschränken. Herr Czerny schöpft aus den Versuchen von Sanfelice noch eine Hoffnung auf ein Antitoxin. Bisher hat er bei der Behandlung der inoperablen Karzinome bzw. der Rezidive von der mit der Operation verbundenen Beblitzung Resultate gesehen, wie sie ihm keine andere Behandlungsmethode gegeben hat. Vielleicht wirkt hier also doch noch etwas anderes als die Verbrennung.

Hiermit endigten die Verhandlungen, die der Präsident in seinem Schlußwort als ein Friedenswerk von weittragender Bedeutung charakterisierte.

---

22) **Elsberg.** Solitary abscess of the liver.

(Mt. Sinai hospital reports Vol. V. 1907.)

In den letzten 5 Jahren kamen 18 Fälle von solitärem Leberabszeß zur Operation; davon 13 mit Heilung.

Die Ursache war in 1 Falle Kugelschuß, 1mal Cholelithiasis, 1mal Colitis chronica, 1mal Appendicitis, 1mal Osteomyelitis tibiae, 2mal Hämorrhoiden, 2mal Febris intermittens, 3mal Diarrhöe; in 6 Fällen war eine besondere Ursache nicht nachzuweisen.

Amöbendysenterie im gemäßigten Klima als Ursache des Leberabszesses scheint eine nicht so gute Prognose zu geben, als wenn andere Bakterien zur Entstehung eines Leberabszesses Veranlassung geben. **W. v. Brunn** (Rostock).

23) **Ribera.** Quistes hidaticos.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1908. Nr. 1029.)

Mitteilung einer Statistik von 117 selbst operierten Fällen von Echinokokkuscysten. Es handelt sich um 21 Fälle, in denen die Erkrankung an äußeren Körperteilen statthatte; 2 Fälle von Lungenechinokokkus; 3mal war die Pleura der Ausgangspunkt; 91 Fälle waren intraabdominal; davon waren 77 Leberfälle, 4 Milzfälle, 1 Pankreasfall, 3 Nierenfälle, 6 Peritonealfälle. Von den 77 Leberfällen

waren 64 intrahepatische. Resultate der Operationen: Bei den 21 äußeren Fällen 20 Heilungen und 1 Todesfall. Die 4 Thoraxfälle gingen alle in Heilung aus. Die intraabdominalen Fälle (ausgenommen die Leberfälle) wurden alle geheilt; von den 77 Leberfällen endeten 10 tödlich, die übrigen wurden geheilt.

Stein (Wiesbaden).

24) **Arce.** L'opération de Posadas dans le traitement des kystes hydatiques.

(Revista de la sociedad méd. Argentina Bd. XI. Nr. 88.)

Unter Beibringung der Krankengeschichten von elf Fällen tritt A. für die von Posadas angegebene Operation der Echinokokkuscysten ein, die in primärer Naht ohne Drainage nach Entleerung der Cyste besteht. Er hat nur einmal eine Eiterung nachfolgen sehen. Abweichend von dem ursprünglichen Vorgehen von Posadas rät A. nur noch, eine Spülung der Cyste mit Formollösung zur Verhütung eines Rezidivs vorzunehmen. Seine Fälle betreffen einen Lungenechinokokkus und zehn Leberechinokokken. **Stein** (Wiesbaden).

25) **Steinthal.** Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit.

(Med. Korrespondenzblatt des württembergischen ärztl. Landesvereins 1908. 5. und 12. September.)

Der Arbeit liegen 100 operativ behandelte Fälle von Cholecystitis zugrunde. S. sah mehrfach eine akute infektiöse Cholecystitis sich an Influenza oder Darmkatarrh anschließen. Die Indikationen zur Operation deckten sich mit denjenigen der meisten anderen Operateure. Die verschiedenen Eingriffe waren: Cystostomien 54, Cystektomien 22, Operationen am Choledochus 8, Lösungen von Verwachsungen 4, Probelaparotomien 3, Inzision pericholecystitischer Abszesse 2, je einmal teilweise Cystektomie, und Cystostomie mit Fixation der Pendelleber. Der Operation primär erlagen 17 Kranke; je 3 an Pneumonie, Darmverletzung und Cholangitis septica, je 2 an Peritonitis, cholämischer Nachblutung und Leberabszeß. Für die Beurteilung der Dauerresultate kamen 72 Fälle in Frage: 1) geringer oder gar kein Erfolg 15; 2) völlig arbeitsfähig, aber nicht beschwerdefrei 7; 3) völlige Beschwerdefreiheit oder nur gelegentlich unwesentliche Beschwerden in der Narbe 50. S. sah nur einen Fall, der vielleicht als echtes Gallensteinrezidiv nach der Operation aufzufassen war: nach Cholecystektomie und Entfernung eines größeren Steines aus dem Choledochus traten 1 Jahr später wieder die Zeichen eines Choledochussteines auf; bei der zweiten Operation, 2 Jahre nach der ersten, fand sich im Choledochus zähverbackener Gallengries; seither andauerndes Wohlbefinden. In 3 Fällen wurde zunächst nur die Cholecystostomie ausgeführt, zwecks Ableitung des infektiösen Inhaltes, und die Choledochotomie erst später angeschlossen, nachdem sich die Kranken genügend gekräftigt hatten. Die Dauererfolge waren nach der Cystostomie und nach der Cystektomie ungefähr die gleichen; S. erhält daher die Gallenblase, wenn es möglich ist.

Mohr (Bielefeld).

36) **N. A. Michailow.** Un cyste de la vésicule prostatique.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1908. XXVI, 13.)

Die Fälle von Cysten der Vesicula prostatica sind wahrscheinlich nicht so selten, wie man nach den bisherigen Angaben der Literatur glauben sollte. Bei regelmäßiger Anwendung des Endoskops hat Verf. in den letzten Monaten sieben Fälle dieser Art beobachtet; den einen Fall, der einen 28jährigen Kranken betrifft, teilt er ausführlich mit. Im Endoskop erscheinen diese Cysten als rundliche, undurchsichtige Gebilde mit flüssigem Inhalte; sie verdecken den Sinus pocularis. Die klinischen Erscheinungen bestanden in Störungen der Miktion, Schmerzen bei der Ejakulation und in nervösen Störungen. Operative Abtragung der Cyste; Heilung. Bedeutende Besserung der Beschwerden. **Paul Wagner** (Leipzig).

27) **André.** Deux cas de rétrécissement de l'urèthre prostatique.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1908. XXVI, 14.)

Entzündliche Verengerungen der Pars prostatica der Harnröhre sind selten. Unter einer sehr großen Anzahl von Harnröhrenkranken hat Verf. bisher nur zwei hierhergehörige Fälle beobachtet. Beide Fälle kamen innerhalb weniger Tage zur Beobachtung. Der eine Fall — 72jähriger Prostatiker — zeichnete sich noch ganz besonders durch die Hartnäckigkeit zum Rezidivieren aus. Trotz Urethrotomia interna und trotzdem der Kranke seitdem täglich dreimal bougiert wurde, kam es wieder zu einer beträchtlichen Verengerung. Wahrscheinlich handelt es sich in diesem Falle um eine chronisch sklerosierende Entzündung des prostatischen Teiles der Harnröhre. **Paul Wagner** (Leipzig).

28) **R. Bonneau.** Lithiase prostatique.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1908. XXVI, 14.)

Mitteilung eines Falles von Lithiasis prostatica, der von seinen ersten Anfängen an beobachtet werden konnte. Ein 24jähriger Kranker, der mehrfache Gonorrhöen durchgemacht hatte, ließ sich vom Verf. daraufhin untersuchen, ob er nun völlig geheilt sei. Die Dreigläserprobe ergab im ersten Glase ganz wenige kurze Fäden; sonst alles normal. Nach der Massage der sonst vollkommen gesund erscheinenden Prostata entleerte Pat. beträchtliche Quantitäten weißer, opaker, lamellöser Konkretionen von 1—4 mm Breite und $^1/_2$—1 mm Dicke. Nach einer methodisch alle 4—5, später alle 8 Tage vorgenommenen Massagekur der Prostata wurde die Ausscheidung dieser Konkretion immer geringer; ihre Beschaffenheit änderte sich unter dieser Behandlung. Die in den ersten Stadien der Krankheit entleerten Konkretionen bestanden aus einem organisierten, mit phosphorsaurem Kalk imprägnierten Stroma. Unter der Massagehandlung verschwanden die Kalkablagerungen allmählich mehr und mehr, um schließlich vollkommen aufzuhören.

Paul Wagner (Leipzig).

29) **P. Schaffroth.** Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit parenchymatösen Jodinjektionen.

Inaug.-Diss., Basel, 1905.

S, berichtet über 27 Fälle von Prostatahypertrophie, die in der kantonalen Krankenanstalt Aarau (H. Bircher) mit Jodinjektionen vom Mastdarm aus nach Heine behandelt wurden. Als Spritze wurde eine graduierte Punktionsspritze mit geradem Ansatz von 8—10 cm Länge benutzt, als Injektionsflüssigkeit reine alkoholische Jodtinktur, von der bis zu 3 ccm pro dosi eingespritzt wurden. Die heilende Wirkung soll auf Nekrose und nachfolgender bindegewebiger Schrumpfung des Prostatagewebes beruhen.

Auf Grund der erzielten Resultate — 36,67% geheilt, 33,33% gebessert, 6,67% vor Abschluß der Behandlung ausgeschieden, 23,33% während der Behandlung gestorben, darunter ein Fall infolge der Injektionen — glaubt S. die Methode empfehlen zu können. Ob sich dieser Auffassung viele Chirurgen im Hinblick auf die Gefahr einer Verletzung des Plexus prostaticus mit ihren Folgen — der Todesfall war bei S. hierdurch bedingt — und trotz der immer besseren Erfolge der Prostatektomie anschließen werden, erscheint sehr zweifelhaft.

Boerner (Rastatt).

30) **G. B. Lasio.** Contributo alla cura radicale dell' ipertrofia prostatica.

(I. Kongreß d. Soc. It. di Urologia. 10.—17. April 1908.)
(Morgagni II. 1908. Nr. 35.)

Gegenüber einer früheren Statistik L.'s mit 20% Mortalität beträgt in seiner neueren die Mortalität nur noch 8%. Von den überlebenden 65 Fällen wurden 30 geheilt, 19 gebessert, 5 blieben ungeheilt. Erfolge sind besonders zu erzielen, solange keine stärkere Blasendehnung vorliegt. Nach der perinealen Op-

ration blieben zweimal Fisteln bestehen, und mehrmals kamen nicht sehr schwere Orchioepididymitiden vor. Inkontinenz, die zuweilen der Operation folgte, verschwand schließlich immer wieder. Die sexuelle Funktion wurde stets aufgehoben, bis auf einen Fall, bei dem indes die Ejakulation gleichfalls verschwunden war. Die Heilungsdauer betrug 2—9 Wochen, im Mittel 20 Tage. Die Todesfälle traten 15, 20 Tage und länger nach der Operation an Sepsis, Urämie und Herz- oder Niereninsuffizienz ein. Bei 21 Fällen mit transvesikaler Prostatektomie betrug die Mortalität 19%. Die Operation wurde nach Freyer, mit Jodoformgazetamponade nach Nicolich und mit dem Drainagerohr nach Guyon-Périer ausgeführt. Blutungen oder septische Beckenentzündungen kamen niemals vor. Die Heilungsdauer betrug 1—2 Monate und darüber. Etwaige Fisteln haben sich stets spontan geschlossen. Nur bei einem Kranken ist eine persistierende Inkontinenz aufgetreten. Auch hier wurden die besten Resultate bei fehlender Sepsis und fehlender Blasendehnung erreicht. Die gewöhnlich unschwierige Operation kann bei sehr großem Mittellappen und gleichzeitiger Entzündung der Drüse und ihrer Umgebung recht schwer werden. In solchen Fällen zieht L. den perinealen Weg vor. Nach seiner Ansicht wird letztere Operation überhaupt besser vertragen, gibt bessere unmittelbare Resultate und ist bei hohem Alter, bestehender Sepsis und leichter Intoxikation mit geringeren Gefahren verbunden. Bei jüngeren Pat. mit großen Fibroadenomen gibt dagegen die Freyer'sche Operation vollständigere und mehr dauernde Resultate. Auch die partielle Prostatektomie nach Ruggi und die Bottini'sche Operation finden bei weniger starken Hypertrophien ihre Indikationen. Doch sind ihre Resultate nicht immer andauernd.

Dreyer (Köln).

31) **U. Cadini.** Prostatectomia perineale e prostatectomia transvescicale.

(I. Kongreß d. Soc. It. di Urologia. 14.—17. April 1908.)

(Morgagni II. 1908. Nr. 35.)

C. hat in den letzten 3 Jahren 228 Prostatiker behandelt. Von 105 Kranken mit akuter Retention wurden 25 operiert, und von diesen starben 4, von den nichtoperierten 80 starben 10. Von 18 Pat. mit chronischer kompleter Retention wurden 5 operiert, und von diesen starben 2; von den nichtoperierten 13 starben 5. Die schweren Komplikationen, die gerade in dieser Gruppe häufig vorhanden sind, erklären die große Zahl der Todesfälle. Von 55 Kranken mit inkompleter Retention wurden 17 ohne Todesfall operiert, und von den übrigen 38 starben 5. Diese Fälle eignen sich also am meisten für die Operation, zumal da auch sie schließlich Komplikationen und Gefahren zu gewärtigen haben. Von 50 Pat mit Blasendehnung wurden 13 operiert, und von diesen starb einer, während von den Nichtoperierten 19 starben. Auch hier tritt die Überlegenheit der operativen Resultate deutlich zutage. Septische Pyelonephritiden, starke Atheromatose, Emphysem mit starkem Bronchialkatarrh oder akute Fieberzustände kontraindizieren die Operation. Das Alter der Operierten betrug 53—76 Jahre. Nach Freyer wurde 47mal operiert mit 6 Todesfällen, perineal 13mal mit 1 Todesfall. Die hohe Operation wird als leichter, kürzer, aber gefährlicher, die perineale als länger, schwieriger und mit größerem Blutverlust verbunden hingestellt. Die Heilungsdauer ist kürzer bei der Freyer'schen Operation. Doch ist strengere Überwachung bei der Nachbehandlung nötig. Die funktionellen Resultate sind bei der hohen Operation stets sehr gute: der Urin wird ganz entleert und bleibt klar. Bei der perinealen Operation, deren Heilung um $^1/_3$ länger währt, blieb niemals eine perineale Fistel, zweimal jedoch Inkontinenz zurück. Bei der Freyer'schen Operationen blieben die Erektionen fast immer erhalten, dagegen erfolgte meist keine Ejakulation mehr.

Die hohe Operation soll bei jüngeren Männern und weicheren Drüsen, die perineale bei älteren, schwächeren Leuten mit schweren, septischen Komplikationen und ganz besonders bei sehr harten, fibrösen Prostatatumoren angewandt werden.

Dreyer (Köln).

32) **Muir.** An unusual case of rupture of the bladder: subsequent prostatectomy.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 4.)

Ein 60jähriger Mann, seit einigen Tagen mit beginnenden Prostatabeschwerden erkrankt, erleidet plötzlich beim Urinlassen einen heftigen Schmerz. Nach 2 Tagen, ohne daß der mit Katheter gewonnene Urin Abweichungen zeigt, Auftreten einer prävesikalen Phlegmone. Suprapubische Inzision, Entleerung von Urin aus dem Spatium praevesicale; keine Öffnung in der Blasenwand zu finden. Da sich eine Urinfistel herstellt, die allen Urin entleert, wird eine suprapubische Prostatektomie 1/4 Jahr später ausgeführt, ohne daß man auch diesmal die Öffnung in der derben und gesunden Blasenwand findet. Heilung von allen Beschwerden. Bemerkenswert an dem Falle ist das frühe Auftreten einer Ruptur nach Prostataerscheinungen, die Entleerung völlig normalen Urins und die Unmöglichkeit, die bestehende vermutlich tief im Blasenhals liegende Berstungsruptur zu finden.

Weber (Dresden).

33) **G. Li Virghi.** Perforazione extraperitoneale spontanea della vescica per calcolo.

(Giorn. internaz. della scienze med. 1908. Fasc. 16.)

Bei einem 71jährigen Manne, der vor 3 Jahren durch Sectio alta und vor 2 Jahren durch Litholapaxie von einem Blasenstein befreit wurde, bildet sich, nachdem längere Zeit wieder ein Stein und heftige Cystitis festgestellt waren, unter den Zeichen einer Urinphlegmone an der Bauchwand eine Fistel, die links seitlich in die Blase führt, in der mit dem Metallinstrument eine rauhe, mit Salzen imprägnierte Öffnung gefühlt wird. Der Fall einer extraperitonealen Blasenruptur infolge eines Blasensteines ist bisher nicht beschrieben worden.

Dreyer (Köln).

34) **Ferria.** Sull' ulcera semplice della vescica.

(I. Kongreß d. Soc. It. di Urologia 1908.)
(Morgagni II. 1908. Nr. 38.)

Bei zwei Frauen, die über gesteigerten Harndrang, wiederholte Blasenblutungen und Schmerzen hinter der Symphyse klagten, die namentlich beim Urinieren und bei Druck sich verstärkten, wurden bei klarem, nur einige Flocken ohne Tuberkelbazillen enthaltenden Urin Geschwüre an der vorderen Blasenwand gefunden, die 4—5 cm vom Orificium internum entfernt saßen, die Größe eines 1—2 Centesimostückes hatten und einen aufgeworfenen Rand und grauen Grund aufwiesen. Bei einer Frau war das Geschwür mit einer Phosphatborke inkrustiert. Das Geschwür wurde mit Ätzungen durch das Luys'sche Endoskop bei einer Frau geheilt und bei der zweiten wesentlich gebessert. **Dreyer** (Köln).

35) **G. Coen e P. Lilla.** Sul valore del separatore di Luys applicato nella donna.

(Gazz. degli osped. e delle clin. 1908. Nr. 104.)

Verf. konnte in 11 Fällen bei der Frau den Wert der Urinseparation mit dem Luys'schen Instrument nachweisen. Es handelte sich um Pyelitiden, Pyonephrosen, Steinnieren, Steinniere und Geschwulst. Nur bei Schwangeren gelang die Trennung der Urine nicht und konnte erst nach Ablauf der Schwangerschaft erzielt werden. Die Operationsresultate bzw. die Cystoskopie bestätigten die Schlüsse, welche aus der Verschiedenheit der Urine in Menge, Eiweißgehalt, Reaktion, Sediment und Zuckerreaktion nach Phloridzineinspritzung gezogen waren. Bemerkenswert war die mehrfach gemachte Beobachtung einer Anurie nach Einlegen des Instrumentes, während eine Verminderung in der Ausscheidung des Harnstoffes, wie anderweitig mitgeteilt ist, nie festgestellt werden konnte. **Dreyer** (Köln).

36) **R. Kutner.** Eine neue Methode, den Harn jeder einzelnen Niere getrennt aufzufangen. (Vorläufige Mitteilung.)

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 17.)

An der Spitze des Blasenspiegels münden zwei Kanäle, und zwar trichterförmig nach innen ein Zentralkanal und ihn überall umgrenzend ein peripherer Ringkanal. Die Harnleitermündung wird mit der Spitze des Instruments so bedeckt, daß der austretende Harn durch den Zentralkanal abfließen kann. Die umgebende Blasenwand wird mittels Luftpumpe an den peripheren Ringkanal angesogen, und so ein sicherer Abschluß nach der Blase zu geschaffen.

Das Verfahren hat sich am Lebenden (zunächst bei Frauen) bereits gut bewährt. Eine Infektion des Harnleiters oder der Niere oder ein Vorbeifließen des Urins wie beim Harnleiterkatheterismus ist ausgeschlossen.

Gutzelt (Neidenburg).

37) **G. Berg.** Zum gegenwärtigen Standpunkt der Nierendiagnostik und Nierentherapie.

(Med. Klinik 1908. p. 1333.)

Krankheitsgeschichte einer operierten tuberkulösen Pyonephrose. — Die Ergebnisse der gleich bedeutenden Untersuchungsverfahren, der Chromocystoskopie und der Phloridzinprobe, stimmen bei schweren Nierenveränderungen überein, weichen aber bei leichteren Erkrankungen öfter voneinander ab. Eine Störung der Nierentätigkeit durch Phloridzin- oder Methylenblauverabreichung konnte B. nicht feststellen. Die Bestimmung des Harnstoffes und der Chloride bringt nur vergleichsweise verwertbare Ergebnisse. Dagegen leistete mehrfach die Ophthalmoreaktion wertvolle Dienste. Nicht völlig zuverlässig erwies sich die Prüfung der molekularen Dichte des Harns und des Blutes. Der Harnleiterkatheterismus wird lebhaft empfohlen.

Von 8 nicht operierten, an Harntuberkulose Leidenden starben 6 im Laufe von 1—2 Jahren; vom 7. fehlt eine Nachricht; die 8. Kranke lebt. 2 Kranke wurden operiert und leben. Die Frühzeichen des Leidens und die Behandlungsgrundsätze sind erörtert. **Georg Schmidt** (Berlin).

38) **Hamilton.** An apparatus for the intermittent postoperative drainage of the bladder.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. L. Nr. 12.)

Beschreibung und Abbildung eines Apparates, der dazu dienen soll, bei suprapubischer und perinealer Cystostomie sowie auch bei Empyemen eine Entleerung der betreffenden Hohlräume zu bewerkstelligen. Es ist im wesentlichen das Prinzip der Wasserstrahlluftpumpe. Dem Verf. hat sich der Aparat gut bewährt.

W. v. Brunn (Rostock).

39) **I. Levin** (New York). Renal pyuria without apparent lesions in the kidney.

(New York med. journ. 1908. Juli 18.)

L. beschreibt zwei Fälle von Pyurie, bei denen er die Nephrotomie ausführte, aber nicht, wie er erwartet hatte, Abszesse oder Ulzerationen im Nierenbecken fand, sondern nur eine vergrößerte Stauungsniere. Er nähte die Nieren mittels durchgreifender Nähte. Beide Fälle wurden geheilt. L. ist der Ansicht, daß es sich um einseitige Nephritis gehandelt habe. Er schließt aus dem Befunde, daß Leukocyten aus den Kapillaren direkt in die Nierenkanälchen übertreten können. **H. Bucholz** (Boston).

40) **E. Loumeau.** Tuberculose rénale primitive à formes clinique et anatomique très particulières.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1908. XXVI, 13.)

Sehr interessante Krankengeschichte einer 33jährigen Frau, die vor 5 Jahren an Lungentuberkulose mit Bluthusten erkrankte, der sich dann 1 Jahr später

heftigste, paroxysmusartige Schmerzen der rechten Seite anschlossen, die auf die rechte Niere als Ausgangspunkt hinwiesen, um so mehr, als der Urin Tuberkelbazillen enthielt. Während die Lungenerscheinungen allmählich zurückgingen, steigerten sich die Schmerzen zu einer unerträglichen Höhe. Sie traten ganz unregelmäßig auf, im Durchschnitt alle 14 Tage und hielten 1—4 Stunden an. In den Zeiten zwischen den Schmerzanfällen vollkommene Euphorie. Urin niemals bluthaltig. Da die Untersuchung eine normale Funktion der linken Niere ergab, wurde die rechte Niere exstirpiert. Heilung. Vollkommenes Ausbleiben der Schmerzanfälle. Anatomisch fand sich an dem exstirpierten Organ eine diffuse Sklerose; die disseminierten tuberkellösen Herde waren von einem Bindegewebswall umgeben, so daß man von einer beginnenden Heilung der Nierentuberkulose hätte sprechen können (sklerosierende oder atrophische Form der Nierentuberkulose). Die eigentümlichen paroxysmusartigen Schmerzanfälle — forme douloureuse paroxystique de la tuberculose rénale — erklärt Verf. durch zeitweise auftretende Kongestionen in der von einer festen, unnachgiebigen Bindegewebskapsel eingehüllten Niere. **Paul Wagner** (Leipzig).

41) **Alessandri.** Può la tubercolosi renale guarire colla sola nefrotomia?

(Bull. della R. accad. med. di Roma anno XXXII. p. 360.)

Nachdem A. die im Titel gestellte Frage an der Hand der Literatur besprochen hat, referiert er folgenden Fall: 32jähriger Mann mit linksseitiger Pyonephrose wird mit Nephrotomie behandelt. Nach anfänglicher Besserung allmähliche Verschlechterung des lokalen und allgemeinen Befindens und Beginn von Symptomen rechtsseitiger Pyonephrose. Daher erneute Erweiterung und Revision der linksseitigen Wunde und sofortige rechtsseitige Nephrotomie, wo Tuberkulose nachgewiesen wurde. Rasche lokale Heilung und Hebung des Allgemeinbefindens. A. bespricht die Bedeutung pyogener Komplikationen bei Tuberkulose und die Möglichkeit einer Spontanheilung der letzteren, wofern die komplizierenden Eiterungen beseitigt werden. Er tritt daher für die konservative Therapie bei Tuberkulose wichtiger Organe ein, die man nicht leichten Mutes opfern solle.

A. Most (Breslau).

42) **Berg.** Malignant hypernephroma of the kidney — its clinical course, diagnosis and treatment.

(Mount Sinai hospital reports Vol. V. 1907.)

Von 1898 bis Januar 1907 wurden im Hospital 21 Fälle von Hypernephroma renis behandelt; da im ganzen 25 Nierengeschwülste behandelt wurden, machten die Hypernephrome 87,5% aller Nierengeschwülste aus. 14 Fälle betrafen Männer, 7 Frauen, alles Erwachsene vom 2.—5. Dezennium des Lebens.

Das erste Symptom war in der Mehrzahl der Fälle heftiger Schmerz in der befallenen Körperseite, später kam es zu Hämaturie; doch werden auch Fälle beobachtet, in denen weder das eine noch das andere eintritt, sondern wo Pat. nur wegen zunehmenden Kräfteverfalls zum Arzt kommt. In der Hälfte aller Fälle ist eine fühlbare Geschwulst vorhanden.

Metastasen treten vor allem in den Lungen auf; ferner wurden sie beobachtet im Mesenterium des Dünndarmes, in Lunge und Leber, in den Eierstöcken, den Knochen.

Die Diagnose ergibt sich aus den Symptomen; doch versäume man niemals, in Fällen von Kräfteverfall ohne erkennbare Ursache den Harn auf rote Blutkörperchen zu untersuchen und durch Harnleiterkatheterismus die befallene Seite sicherzustellen.

Die Behandlung ist, wenn noch möglich, operativ. Die Resultate sind sehr wenig ermutigend. Nur einer von den 20 operierten Pat. lebte noch 2 Jahre nach der Operation frei von Rezidiv oder Metastase. Vier starben unmittelbar nach der Operation, alle anderen sehr bald oder doch relativ kurze Zeit nachher an Rezidiven oder Metastasen. **W. v. Brunn** (Rostock).

43) **A. Damski.** Cas d'un kyste des vésicules séminales.
(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XXVI. Hft. 13.)

45jähriger Mann mit außerordentlich großer, von den Samenbläschen ausgehender Cyste, die als große, glatte, ziemlich harte Geschwulst im linken Hypogastrium und auch vom Mastdarm aus unmittelbar oberhalb der normalen, eher etwas verkleinerten Prostata zu fühlen war. Keinerlei Symptome von seiten des Urogenitalapparates; dagegen starkes Hemmnis bei der Stuhlentleerung und kolikartige Schmerzen im direkten Anschluß an dieselbe. Mastdarm und Blase ohne Besonderheiten. Punktionen der Cyste vom Mastdarm aus brachten nur vorübergehenden Erfolg. Weitere Untersuchungen machten es wahrscheinlich, daß es sich um eine vom Becken ausgehende bösartige Geschwulst handelte, die durch Kompression zu Stauung und cystöser Dehnung der Samenblasen geführt hatte. Eröffnung der Cyste vom Mastdarm aus brachte vorübergehend Besserung. Wegen beginnender Darmverschlußerscheinungen Anlegen eines Kunstafters. Nochmalige Punktion der Cyste. Die trübe, schleimige Flüssigkeit riecht deutlich nach Sperma und enthält normal gebildete Spermatozoen. Der Kranke verließ gebessert das Hospital. **Paul Wagner** (Leipzig).

44) **Beardsley.** Epididymitis and orchitis complicating typhoid.
(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. L. Nr. 13.)

Vier Fälle von Epididymitis und Orchitis im unmittelbaren Zusammenhang mit Typhus, und zwar in der Regel alsbald nach der Entfieberung; in zwei Fällen bestand zugleich Phlebitis in den Oberschenkelhautvenen. In allen Fällen spontaner Rückgang der Schwellung; doch war noch nach Monaten eine Verhärtung in der Epididymis zu fühlen. **W. v. Brunn** (Rostock).

45) **H. Mohr** (Bielefeld). Bemerkungen zur Behandlung der Hydrokele.
(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 32.)

Nach dem Vorgang anderer Chirurgen hat M. in zwei Fällen umfangreicher Hydrokele Adrenalineinspritzungen (2 ccm einer Lösung 1 : 5000) in den entleerten Sack vorgenommen, danach zwar keine völlige Heilung, aber wesentliche Verlangsamung der Wiederansammlung der Flüssigkeit, geringe Schmerzhaftigkeit und Reaktion beobachtet. In zwei weiteren Fällen operierte Verf. nach der Klapp'schen Methode unter regionärer Anästhesie und ambulant. Der gespaltene Hydrokelensack wurde aus der Hautwunde hervorgekrempelt und durch feine Seidennähte zusammengerafft. Heilung ohne irgendwelche Komplikationen (Hämatombildung im Hodensack, Funktionsstörungen des Hodens). **Kramer** (Glogau).

46) **C. Viscontini.** Due casi di epitelioma primitivo della vulva.
(Gazz. degli ospedall e delle clin. 1908. Nr. 107.)

Der eine der beiden beobachteten Fälle von primärem Karzinom der Vulva, ein Cancroid, ging von einer ausgedehnten Leukoplakie der Vulva aus.
Dreyer (Köln).

Berichtigung. In Nr. 42 p. 1237, Ref. 13, Z. 17 v. o. muß es statt »ohne Darmverschluß« heißen »beim Darmverschluß«.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 46. Sonnabend, den 14. November 1908.

Inhalt.

1) C. **Haeberlin** (Nauheim). Tumor und Diathese.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. Hft. 2 u. 3.)

In der sehr lesenswerten Arbeit weist H. zunächst auf die von dem kürzlich verstorbenen Eugen Albrecht immer wieder betonte Notwendigkeit hin, über die Gesetze des normalen Wachstum Klarheit zu gewinnen, bevor wir an die Erklärung der Geschwülste herangehen. Selbst die Entdeckung eines spezifischen parasitären Erregers würde unsere Erkenntnis von dem Wesen der Geschwülste nicht wesentlich fördern; denn nicht der Parasit baut die Geschwulst auf, sondern der Körper, vielleicht unter dem Einfluß eines Parasiten. Wir kennen heute noch nicht die Momente, welche die verschiedene Struktur der Lepraknoten und des Tuberkels bedingen, trotzdem uns die Erreger so gut bekannt sind.

Entwicklungsmechanische und biologische Gesichtspunkte verdienen bei der Behandlung des Geschwulstproblems mehr Beachtung, als bakteriologische.

Im folgenden werden dann sehr interessante, bisher noch zu wenig beachtete Analogien und Ähnlichkeiten zwischen Geschwulstbildungen und Stoffwechselerkrankungen aufgestellt und beleuchtet. Es können nur einige Vergleichsmomente kurz erwähnt werden.

Lipom und pathologische Fettsucht: die Fettaufspeicherung kann nicht durch luxuriierende Nahrungsaufnahme allein erklärt werden. Die Fettzelle hat ihre spezifische Fähigkeit, Brennmaterial für den Körperhaushalt abzugeben, verloren.

Wachstum und Alter: Mit dem Abnehmen vitaler Funktionen im Alter geht eine Zunahme der Geschwulstbildungen und Stoffwechselerkrankungen einher. Die Geschwulstbildung findet statt, da gewisse Hemmungen (v. Dungern, Werner) weggefallen sind, die es bisher der Zelle unmöglich machten, zu geschwulstartigem Wachstum vorzuschreiten.

Beim Diabetes fällt in leichten Fällen die glykogene Funktion der Leberzelle, in schweren die Fähigkeit der gesamten Körperzellen, die Dextrose zu verbrennen, aus.

Geschwulstbildung und Stoffwechselerkrankung müssen also aus ähnlichen Vorgängen, nämlich dem Ausfall gewisser Zellfunktionen, erklärt werden. Hierfür spricht auch ihre häufige Kombination bei demselben Individuum und in manchen Familien. **Trappe** (Breslau).

---

2) **Antico.** Ricerche intorno all azione dei raggi Röntgen sul sisterna neuro-musculare.

(Nuova Rivista clinico-terapeutica 1908. XI, 8.)

Zur Ergänzung der Arbeit Imperato's untersucht A. den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Reflexerregbarkeit und die verschiedenen Gefühlsqualitäten. Es fand sich, daß die Röntgenbestrahlung die Muskelreflexerregbarkeit viel weniger beeinflußt als die willkürliche Muskulatur, was Verf. damit erklärt, daß die willkürliche Muskulatur wesentlich von Nerven beeinflußt wird, die vor allem durch die Röntgenstrahlen erregt werden. Von viel größerer Bedeutung sind die genannten Strahlen für die Sensibilität, die eben auch eine nervöse Funktion ist. Die Intensität der Wirkung richtet sich nach der Art der Applikation der Strahlen. Den stärksten Einfluß hat die Bestrahlung des Großhirns, die dagegen für die Muskelreflexerregbarkeit fast ohne Wirkung ist; in zweiter Linie kommt die Bestrahlung der Haut, während die Bestrahlung des Rückenmarkes ohne jeden Einfluß auf die Sensibilität ist. Bezüglich der Wirkung auf die einzelnen Gefühlsqualitäten muß erwähnt werden, daß vorzugsweise die taktile Sensibilität gesteigert wird; an zweiter Stelle wird die Schmerzempfindung, dann die Muskelsensibilität und das Gefühl der Schwere beeinflußt, die Temperaturempfindung ließ keinen deutlichen Einfluß erkennen, was Verf. auf die Schwierigkeiten der Messung zurückführt.

Die Gesamtergebnisse seiner und Imperato's Untersuchungen faßt A. dahin zusammen, daß durch die Röntgenstrahlen eine Funktionsbesserung des Nervengewebes zustande kommt, die therapeutisch wohl verwertet werden könne. **Strauss** (Nürnberg).

3) **G. E. Pfahler.** The treatment of sarcoma by means of the Roentgen rays.

(Therapeutic gazette 1908. Juli 15.)

Mitteilung von 29 mittels Röntgenstrahlen behandelten Sarkomfällen. 15 Kranke sind genesen (?).

Verf. will auch bei operativen Fällen im Anschluß an die Operation eine Röntgenbehandlung eingeleitet wissen. Die Zahl der Röntgenbestrahlungen richtet sich nach der Eigentümlichkeit des Falles; im Durchschnitt werden 20 Sitzungen genügen. In inoperablen Fällen, oder wenn die Kranken einen operativen Eingriff verweigern, gibt die Röntgenbehandlung unzweifelhaft die größten Aussichten auf Genesung: 25—50% (!). Macht die Genesung unter der Röntgenbehandlung nur sehr langsame Fortschritte, so kann man zur Unterstützung noch Injektionen mit Coley's Toxinen machen. Vorbedingung für ein günstiges Resultat ist eine gute Technik. (Nach den in Deutschland gemachten Erfahrungen können wir den Optimismus des Verf.s keineswegs teilen. Ref.) **Paul Wagner** (Leipzig).

4) **N. Paton and D. Lindsay.** On the action of chloroform administered by different channels.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 25.)

Die Verff. versuchten die Frage der Spätgiftwirkung des Chloroforms im Tierexperiment zu lösen durch ausgedehnte Stoffwechselversuche. Schwere Giftwirkung zeigte sich besonders nach Einverleibung vom Magen und vom Unterhautfettgewebe aus, während sie nach Einatmung ganz gering war. Die Ursache für diesen großen Unterschied fanden Verff. in der überaus schnellen Ausscheidung des Chloroforms aus dem Blute nach der Einatmung gegenüber der Ausscheidungszeit bei Einverleibung des Chloroforms vom Magen oder vom Unterhautfettgewebe aus. Die Dosis spielt dabei eine nur geringe Rolle. So erklärt sich die Seltenheit der Spätgiftwirkung des Chloroforms bei der üblichen Narkose. **Weber** (Dresden).

5) **E. Kraupa.** Untersuchung über das synthetische Suprarenin.

(Med. Klinik 1908. p. 1374.)

K. träufelte das Höchster synthetische Suprarenin in den Bindehautsack Gesunder, spritzte es unter die Haut, um Blutleere des Unterhautzellgewebes zu erzielen, untersuchte das Verhalten des Mittels im Vergleiche mit dem anderer Mittel gegenüber der Sterilisation, bei

längerem Offenstehen der Lösung, und prüfte endlich ihre Keimfreiheit. Ihre Wirksamkeit wird auch durch $^1/_2$stündiges Kochen nicht vermindert. Nach 8 tägigem Offenstehenlassen wurde schwache Verfärbung, aber keine Abnahme der anämisierenden Kraft bemerkt. Das Mittel ist ferner, ebenso wie die anderen erprobten Nebennierenerzeugnisse, keimfrei, wobei überdies ein Zusatz eines Antiseptikums keimhemmende Wirkung entfaltet, die aber nur dann hinreicht, wenn die Zahl der etwa in die Lösung gelangten Keime gering ist.

Somit unterscheidet sich das synthetische Suprarenin von den durch Organauszug gewonnenen Stoffen nur durch den geringeren Preis.

Georg Schmidt (Berlin).

---

6) **R. G. Quadrio.** Contributo alla studio clinico del carcinome primitivo della testa del pancreas.

(Malpighi, Gaz. med. di Roma 1908. August 1.)

Aus dieser, auf dem Material der Baccelli'schen Klinik fußenden, die Semiologie und Diagnostik des Pankreaskarzinoms behandelnden Studie seien folgende Punkte herausgehoben: Der Pankreaskopf ist in ca. 80% der Fälle betroffen; die Verschiedenheit des Sitzes der Neubildung bedingt Verschiedenheiten des klinischen Bildes. Charakteristisch sind meist andauernde, seltener zeitweise neuralgiforme Schmerzanfälle, die am meisten tabischen Krisen ähneln und in gleicher Weise keiner anderen Bauchgeschwulst eigen sind. Kompression des Pylorus führt zu Stenosenerscheinungen des Magens, solche des Dünndarmes zu unvollständigem Darmverschluß mit meist deutlichem Meteorismus, Kompression der V. cava et portae zu Ascites, Ödem der Beine, Erweiterung der Subkutanvenen.

Diagnostische Leitkriterien sind: schneller, ununterbrochener und sich verschlimmernder Krankheitsverlauf; frühzeitige und auffallende Anämie; Kachexie; Hypothermie; Dilatation der Gallenblase ohne Lebervergrößerung (dabei infolge Choledochuskompression universeller, meist sehr hochgradiger Ikterus, der nur fehlt, wenn der Choledochus an der Drüse vorbei-, nicht durch sie hindurchläuft); rapide Abnahme der Muskelkraft; Symptome fehlender Pankreaswirkung: Steatorrhöe (während normalerweise 95% der eingeführten Nahrungsfette ausgenutzt werden, fällt der Ausnutzungswert — namentlich bei gleichzeitiger Gallenretention — auf 60—40%); Hyposteatolyse (der Gehalt des Kotes an Neutralfetten sinkt unter 75%, den Normalwert, in zwei Fällen des Verf.s auf 50—40%); quantitative Bestimmung der Ausnutzungswerte der Eiweißkörper und Kohlehydrate führt dagegen zu keinem konstanten und eindeutigen Resultat; alimentäre, seltener spontane Glykosurie (in letzterem Fall ist meist der größte Teil der Drüse zerstört oder das Karzinom mit Sklerose oder Cirrhose im Restteile des Organes kombiniert); Löwi'sche Reaktion (Mydriasis pupillae nach Einträufelung von Adrenalin in den Bindehautsack). Alle übrigen Symptome sind wechselnd und inkonstant.

K. Henschen (Tübingen).

---

7) **Vautrin.** Traitement de la pancréatite chronique compliqée d'oblitération du cholédoque.

(Revue de chir. XXVIII. année. Nr. 5.)

Wohl häufig, aber durchaus nicht immer ist die chronische Pankreasentzündung eine Folge der Gallensteinkrankheit. Sitzt der Stein in der Ampulle, so ist die Stauung im pankreatischen Gange die leicht begreifliche Ursache der gleichzeitig vorhandenen Bauchspeicheldrüsenentzündung, besonders wenn zugleich der Dünndarm verlegt oder verengt ist. Bei Steinbildung in den oberen Gallenwegen entsteht die Pankreasentzündung mehr mittelbar, indem durch die Acholie des Darmes die Virulenz der Darmflora gesteigert wird. Sehr oft werden aber die Ausführungsgänge beider Drüsen unabhängig voneinander vom Darm aufsteigend infiziert mit qualitativ (Steinbildung, Sklerose) und quantitativ verschiedenem Erfolge. Das überwiegende Befallensein des Pankreaskopfes ist der beste Beweis für die Häufigkeit dieser aufsteigenden Infektion. Daneben kann sie aber auch auf dem Blutwege, z. B. bei Typhus, akuten Exanthemen, Parotitis, Pyämie, Osteomyelitis oder nach vorausgegangenen Verletzungen der Drüse, sowie durch Fortleitung von der näheren und weiteren Umgebung (Ulcus ventriculi und duodeni, subhepatische und peripankreatische Exsudate und Lymphdrüsenschwellungen) vermittelt werden.

Die chirurgische Behandlung wird je nach der Ursache und dem Stadium (entzündliche Schwellung oder Schrumpfung) verschieden sein. Der gleichzeitig erforderliche Eingriff am Gallensystem beeinflußt die Pankreasentzündung um so günstiger, wenn er mit Drainage des Hepaticus bzw. Choledochus und des Raumes unter der Leber verbunden ist und je näher dem Pankreas er vorgenommen wird. In Fällen rein entzündlicher Schwellung genügt oft die einfache Laparotomie. Anders, wenn der intrapankreatische Teil des Choledochus von dem narbig geschrumpften Pankreasgewebe komprimiert wird. Die Entzündung und der Ikterus gehen dann oft nur nach Ablösung des Duodenum und Pankreaskopfes und Drainage des so geschaffenen Raumes zurück. Wesentlich früher wird der Choledochus wegsam, wenn noch der ihn einzwängende Pankreasring an der Hinterseite mit dem Thermokauter in der Verlaufsrichtung des Gallenganges gespalten wird; er ist etwa 3—4 mm dick und bei vorgeschrittener Sklerose sehr gefäßarm. Unter Umständen muß sogar zur Hepatiko- bzw. Choledochoenterostomie gegriffen werden. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

8) **Desjardins.** Technique de la pancréatectomie.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 6.)

Zu einer gänzlichen Ausrottung der Bauchspeicheldrüse hält sich D. nach dem heutigen Stande der physiologischen Bewertung des Organes nicht für berechtigt. Die öfter in Frage kommende Abtragung des ganzen Kopfes ist, weil die auch das Duodenum ernährenden Artt. pancreatico-duodenales dabei unterbunden werden, von Gangrän d^e^

Duodenum gefolgt und daher ohne Duodenektomie nicht statthaft. Letztere ist auch wegen der Miterkrankung der retroduodenalen Lymphdrüsen bei vielen Pankreasleiden, besonders beim Krebs, nicht zu umgehen.

Für die gleichzeitige Exstirpation von Duodenum und Bauchspeicheldrüse hat nun D. bis in alle Einzelheiten ein Verfahren ausgearbeitet, das er wiederholt an der Leiche ausführte und an der Hand von acht erläuternden Abbildungen eingehend beschreibt. Das Bauchfell wird 2 cm vom rechten Rande des absteigenden Duodenum und ihm parallel eingeschnitten; alsdann werden Duodenum und Pankreas stumpf von der Unterlage (Pfortader und Hohlvene!) bis fast zur Mittellinie abgelöst, worauf sie sich vor die Bauchwunde ziehen und genau untersuchen lassen. Das Duodenum wird zwischen je zwei Klemmen am Pylorus und am Anfangsteil des Jejunum, der Choledochus, wenn erweitert, tief unten, sonst am Cysticus abgetragen. Das Pankreas wird im Körper (nicht im Halse) nur wenig rechts von der Mittellinie durchtrennt, um die von ihm und dem Duodenum abgelösten Vasa mesenterica sup. und die Art. colica media sicher zu schonen. Zur Blutstillung am Pankreas genügen nach vorheriger Unterbindung der Hauptgefäße — Artt. pancreatico-duodenalis sup. et infer., Äste der Art. splenica und gastroepiploica dextra — Massenligaturen, wenn nötig nach Anlegung einer Quetschklemme. Die Schnittfläche des Jejunum wird terminal durch Knopfanastomose mit dem Magen verbunden; etwas unterhalb dieser Verbindung werden pankreatischer Gang und Choledochus, wenn sie weit genug sind, mittels Boari'scher Knöpfe dem Jejunum seitlich in gleicher Höhe eingepflanzt.

Ist der Ausführungsgang des Pankreas zu eng, um eine Anastomose zu gestatten, so durchtrennt D. 30 cm unterhalb der ersten Schnittstelle das Jejunum nochmals. Das rechte Ende des auf diese Weise ausgeschalteten Darmstückes verbindet er mit der Gallenblase, das linke wird auf den Pankreasstumpf gezogen und mit seinem Rande durch fortlaufende Naht an ihn fixiert, während das anale Ende des zweiten Jejunumschnittes terminal mit dem Magen und seitlich mit der Mitte des ausgeschalteten Stückes anastomosiert wird. Auf diese Weise mischen sich Pankreassaft und Galle, bevor sie in den Darm gelangen. Unter Umständen ist es ratsam, zunächst eine Y-förmige Gastrojejunostomie zu machen und den Rest der einzeitig etwas langwährenden Operation in einer zweiten Sitzung zu erledigen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

9) **F. Suter.** Ein Beitrag zur Histologie und Genese der kongenitalen Divertikel der männlichen Harnröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 1.)

S. hatte Gelegenheit, ein kongenitales Divertikel der männlichen Harnröhre zu operieren und mikroskopisch zu untersuchen. Er ist auf Grund seines Befundes wie der aus der Literatur gesammelten

Fälle der Ansicht, daß die angeborenen Harnröhrendivertikel sich durch ihren histologischen Bau in der Wand auszeichnen. Die letztere ist mit einer epidermoidalen Innenhaut ausgekleidet und besitzt keinerlei spongiöses Gewebe. Eine Kritik der histologischen Befunde ergibt ferner, daß es sich bei ihnen nicht um einfache Ausstülpungen der Harnröhrenwand handelt, sondern daß sie als mit der Harnröhre kommunizierende epidermoidale Taschen aufzufassen sind. Was die Ätiologie und Genese dieser Divertikel anlangt, so muß wohl das abnorme Bestehenbleiben eines mit der Harnröhre kommunizierenden Teiles der Genitalrinne angenommen werden. Dieser Teil wächst sich zu einer Tasche mit epidermoidaler Auskleidung aus. Durch die Ansammlung von Urin in ihr werden früher oder später Beschwerden verursacht, die, wie in dem Falle des Verf.s, operative Beseitigung verlangen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

10) **Cholzoff** (Petersburg). Die Radikalbehandlung der Harnröhrenverengerungen durch Resektion der verengten Stelle.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 7.)

Verf. empfiehlt die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstrikturen, »da die Palliativbehandlung die Kranken zu sogenannten ewigen Pat. macht«. Er selbst hat elf Fälle operativ behandelt; bei fünf von diesen handelte es sich um traumatische Strikturen, bei sechs um solche gonorrhoischen Ursprungs. Bei zwei Kranken mußte die Operation 2mal ausgeführt werden. — C., der früher nach Resektion der Striktur die Zirkulärnaht über einem eingeschobenen Dauerkatheter ausführte, stellt jetzt durch Anlegung einer zentralen Harnröhrenfistel mit Dauerkatheter die Zirkulärnaht ruhig und erzielt so glatte Primärheilung. Von der Resektionsstelle aus wird eine Sonde in den zentralen Harnröhrenabschnitt geführt und auf dem Sondenknopf die Urethrotomia externa zur Einlegung des Katheters vorgenommen. Bei Resektion der Pars membranacea wird der Katheter über den Damm in die Blase gelegt. Von elf Operierten wurden acht primär geheilt. Nach der Operation bleibt der Dauerkatheter bis zu 2 Wochen liegen, dann beginnt vorsichtigste Bougiebehandlung. Unvorsichtiges starkes Bougieren verdirbt den Operationserfolg. Zwei Rezidivoperationen brachten vollen Erfolg. Die bisher beobachteten Dauerresultate sind gut. Das Verfahren ist kontraindiziert bei alten dekrepiden Leuten, bei mehrfachen Strikturen und eitriger Urethritis.

Kroemer (Berlin).

---

11) **Alexander.** Contribution to the surgery of the prostate.

(Annals of surgery 1908. August.)

Verf. bespricht die Behandlung der nach Prostataexstirpation zurückgebliebenen Harnröhren-Mastdarmfistel und der Harnblaseninkontinenz. Die Methode der Operation der Harnröhren-Mastdarmfistel weicht von der bei uns üblichen nicht wesentlich ab. Bezüglich der zurückgebliebenen Harnblaseninkontinenz unterscheidet Verf. vier

Grade: 1) andauerndes Harnträufeln, 2) häufiger Urindrang, 3) zeitweiliges Harnträufeln, 4) Harnträufeln nur im Stehen. Das Leiden ist bedingt durch eine Verletzung der Fasern des M. sphincter; es tritt besonders dann ein, wenn das Dach der Urethra prostatica verletzt ist. A.'s Behandlungsmethode dieser Inkontinenz ist eine palliative, sie besteht in Folgendem. Die Blase wird mittels Katheter mit warmer Salzlösung so weit angefüllt, daß Pat. es eben noch ertragen kann, und dann die Öffnung des Katheters mit dem Finger verschlossen. Nach einigen Minuten wird der Katheter entfernt. Es wird Pat. jetzt angehalten, das Wasser noch weiter in der Blase zu lassen, was erst nach an den folgenden Tagen in derselben Weise vorgenommenen Spülungen in geringem Grade gelingt. Es wird zunächst in liegender Stellung, später im Stehen geübt, immer wird Pat. suggestiv dabei zu beeinflussen versucht. Hat er eine gewisse willkürliche Kontrolle erlangt, so muß er den Strahl beim Urinieren recht häufig unterbrechen. Die Behandlung ist mithin eine Übungstherapie.

Herhold (Brandenburg).

---

12) **P. Kusnetzky** (St. Petersburg). Über experimentelle Polyurie.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 6.)

K. bringt in vorliegendem Aufsatze die Ergebnisse seiner an 18 Fällen angestellten Nachuntersuchungen der von Albarran inaugurierten Funktionsprüfung der Nieren. Letzterer stellte bekanntlich fest, daß die Ausscheidungskurven für kranke Nieren bei veränderter Wasserzufuhr oder bei künstlichem Diabetes viel geringere Schwankungen aufweisen als die gesunder Organe, d. h. nur die gesunde Niere besitzt eine breite Akkommodationsfähigkeit bei Steigerung der Aufgaben, während die kranke eine deutliche Trägheit (Torpor renalis) aufweist. K. führte in beide Harnleiter Katheter ein und kontrollierte gleichzeitig durch einen Blasenkatheter die neben den Harnleiterkathetern abfließenden Urinmengen. Bei Männern mißlang die korrekte Versuchsanordnung stets. Nur bei elf Frauen war das Vorbeifließen des Harns zu vermeiden. In diesen elf von 18 Fällen gab die experimentelle Polyurie zehnmal richtige Werte im Sinne des Albarran'schen Gesetzes. Einmal zeigte die kranke Niere (Ren mobile) die größere Schwankung. Die schwierige und für die Praxis unbrauchbare Methode lieferte also weniger gute oder doch nicht bessere Resultate als die gleichzeitig für dieselben Fälle angestellte Phloridzinprobe. K. empfiehlt daher die experimentelle Polyurie nur für die schwierigen Fälle, in welchen die anderen einfachen Methoden im Stiche lassen.

Kroemer (Berlin).

13) **A. Seelig** (Königsberg i. Pr.). Bemerkungen über die Beeinflussung der Phloridzinglykosurie durch subktane Indigkarmininjektionen.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 7.)

S., der ebenso wie Kapsammer beobachtet hatte, daß zuweilen bei Kombination von Phloridzin- mit Indigkarmininjektionen die Zuckerausscheidung ausblieb, während Phloridzin allein bei demselben Pat. sofort Zuckerausscheidung hervorrief, suchte die hemmenden Ursachen im Tierexperiment festzustellen. Die bei Kaninchen vorgenommenen zahlreichen Experimente ergaben die gleichen, vom Menschen her bekannten, wechselnden Resultate, bei gleicher Versuchsanordnung bald blauen Urin ohne Zuckergehalt, bald blauen zuckerhaltigen Urin, ohne daß die Untersuchung der Nieren eine Aufklärung geben konnte. Nahrung, Urinreaktion, Stärke der Diurese spielten keine Rolle. Im Reagensglase konnte eine direkte gegenseitige Beeinflussung beider Medikamente bzw. des Farbstoffes und des Zuckers nicht nachgewiesen werden. — Bei der Kombination beider Versuche empfiehlt es sich, das Phloridzin früher als das Indigkarmin zu injizieren, wenn man seiner Wirkung sicher sein will. S. glaubt, daß Phloridzin an der gleichen Stelle im Nierenapparat zur Wirkung gelangt als das Indigkarmin — nämlich in den gewundenen Kanälchen.

Kroemer (Berlin).

---

14) **E. Martini** (Turin). Experimenteller Beitrag zum Studium der Chirurgie des Hodens.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 4—8.)

M. stellte sich zunächst zur Aufgabe die Erforschung der physiologischen Bedingungen, unter welchen die Durchgängigkeit der Samenausfuhrwege ermöglicht wird, wenn das Vas deferens oder der Nebenhoden eine Kontinuitätstrennung erlitten haben. Die Enden des durchschnittenen Vas deferens wurden bei Hunden wieder vereinigt, und zwar End-zu-End. Diese Termino-Terminalanastomose übte Verf. nach drei Methoden:

a. mittels gewöhnlicher Zirkulärnaht,

b. mittels Naht und Einlegung eines 3 cm langen Magnesiumstützfadens,

c. mittels Naht und Einlegung eines 7 cm langen Silberstützfadens, der 3 cm weit von der Naht durch die Wand des Vas deferens hervortrat und unter der Haut befestigt wurde.

Während das Verfahren a und b eine Obliteration nicht verhindern konnte, erzielte M. durch den Silberstützfaden in der Lichtung des Vas deferens, wenn der letztere erst am 10. Tage nach der Operation entfernt wurde, eine Restitutio ad integrum mit offenem Kanal.

In einer folgenden Versuchsreihe erstrebte M. eine Einpflanzung des Vas deferens in den Nebenhoden (Vaso-Epididymostomie) und in den Hoden selbst (Vaso-Didymostomie). Das gespaltene Vas defer-

wurde in das Parenchym des Nebenhodens versenkt und mit Albuginea gedeckt (Termino-Lateralanastomose). Ebenso versuchte M. die Einpflanzung des Vas deferens in das Rete testis nach Resektion des Nebenhodens (Verfahren nach Bogolyubow), endlich die Adaption des Vas deferens nach Scaduto an die Spitzen der Ausführkegel ohne Verletzung des Rete testis. Die Kontrolluntersuchungen am später herausgenommenen Organ erstreckten sich — neben der Feststellung von Spermatozoen im Vas deferens — auf die mikroskopische Serienuntersuchung der Einpflanzungsstelle. Verwertet wurden bei der Beurteilung nur einwandsfreie Fälle, so z. B. von neun Fällen versuchter Vaso-Epididymostomie nur sechs. Von letzteren zeigte nur ein einziger eine wahre, funktionierende Anastomose. Die Einpflanzung des Vas deferens in den Hoden verursachte stets einen Verschluß des Ganges, verbunden mit schweren Veränderung der Samenzellen infolge der Verletzung trophoneurotischer Fasern. Der Versuch einer Anastomose hat also nur Aussicht bei möglichst geringem Operationstrauma und bei unversehrtem Hoden.

Drittens stellte M. eine Versuchsreihe an, welche nach Durchtrennung des Vas deferens der einen Seite den Samenprodukten des abgelösten Hodens durch Hoden und Vas deferens der anderen, gesunden Seite Abfluß zu schaffen bezweckte, und zwar

a. durch Anastomose zwischen den medialen Flächen beider Hoden (Intertestikularanastomose),

b. durch Verbindung des Mediastinum testis des abgelösten Hodens mit der Basis der Lobuli auf der Seite der unversehrten Ausfuhrwege (Synorchidie).

Im Gegensatz zu früheren Experimentatoren konnte M. in keinem Fall eine Durchgängigkeit der Anfrischungsstelle für die Samenprodukte erzielen, da durch beiderseitige Wucherung des interstitiellen Bindegewebes ein die Tubuli trennendes Septum entstand. Der angepflanzte Hoden zeigte meist Stauung und Abtötung der Samenprodukte oder entzündliche Veränderungen mit Ausgang in Atrophie.

Die Intertestikularanastomose erwies sich als weniger gewebsschädigend wie die Einpflanzung des vom Nebenhoden befreiten Organes mit dem eröffneten Rete testis an die Basis der Lobuli. Diese Synorchidie schädigte das Hodengewebe beider Seiten.

Verf. rät daher für Operationen am Menschen:

1) bei Durchtrennung des Vas deferens die Termino-Terminalnaht mit stützendem Silberfaden auszuführen,

2) bei Obliteration des Nebenhodenschwanzes das Vas deferens an die gesunde Nebenhodenpartie anzupflanzen,

3) bei der Notwendigkeit, den ganzen Nebenhoden zu entfernen, auf die Vaso-Didymostomie bzw. auf die Synorchidie zu verzichten, da Durchgängigkeit der Samenausfuhrwege nicht zu erzielen sei und event. noch der gesunde Hoden Schaden leide.

In einer vierten Versuchsreihe studierte M. den Einfluß, den

Schädigungen des Vas deferens, der Tunica vaginalis, der Arterien- und Nervenversorgung auf die Hodensubstanz ausüben.

Alle Versuche wurden an ausgewachsenen Hunden ausgeführt, die möglichst unter normalen Bedingungen in Kontakt mit Hündinnen gehalten wurden. Wie oben erwähnt, wurden alle Fälle mit Störungen der Rekonvaleszenz bei der Beurteilung der Resultate ausgeschaltet.

Die isolierte Unterbindung des Vas deferens führt zum Schwund der Lichtung, zu Samenstauung und Epitheldegeneration im Hoden, die vom Zentrum nach der Peripherie fortschreitet. Nach 6—8 Monaten ist der Hoden atrophisch, und die bei der Stauung erst vergrößerte Drüse schrumpft unter die Norm zusammen. Der Nebenhoden macht die gleichen Veränderungen durch. Die Epithelgebilde entarten, das interstitielle Stroma wird relativ und absolut vermehrt, wenn die lymphatische Resorption eintritt.

Resektion des Vas deferens mit Unterbindung beider Gangenden, Unterbindung der A. spermatica und Zerstörung der Nerven macht raschere und weiter gehende Atrophie des Hodens als die einfache Unterbindung des Vas deferens.

Resektion des Nebenhodens bewirkt rasche Atrophie des Hodens bei Hyperplasie des interstitiellen Hodengewebes.

Die Unterbindung der A. spermatica und die Resektion der gröberen Nervenfasern (alle Nervenfasern isoliert zu zerstören, ist nicht möglich) ist nur von einer vorübergehenden Schädigung des samenbereitenden Hodenparenchyms gefolgt, von der sich das Organ rasch erholt. Das interstitielle Gewebe bleibt dauernd hyperplastisch.

Die Schädigung der Hüllen des Samenstranges hat keinen Einfluß auf die Hodensubstanz, solange die Heilung nicht durch Eiterungsvorgänge kompliziert wird.

Die Inzision der Tunica vaginalis testis mit Reiben beider Blätter, die Exzision der Tunica vaginalis parietalis, vor allem aber die Extraversion der Vaginalhülle schädigt die Hodensubstanz, weil durch Verödung des Vaginalraumes der Hoden fixiert und bei Schrumpfung der Kapsel gedrosselt wird. Allein die Störung ist nur vorübergehend. Nach kurzer Zeit erholt sich das Parenchym, und die Spermatogenese setzt wieder ein. Dauernde Atrophie tritt aber ein, wenn eine Infektion sich hinzugesellt.

M., der allenthalben auf die Literatur erschöpfend eingeht und ähnliche Experimente anderer Forscher referiert, fügt seiner fleißigen und lesenswerten Arbeit ein reiches Literaturverzeichnis bei. Die wichtigen Organbefunde sind durch klare Bilder mikroskopischer Präparate illustriert.

Kroemer (Berlin).

---

15) **T. S. Cullen** (Baltimore). Adenomyoma of the uterus.

Philadelphia and London, **W. B. Saunders & Co.,** 1908.

Der bekannte Autor, dessen Gründlichkeit und reiche Erfahrung durch seine Arbeiten über den Uteruskrebs aufs beste illustriert worden sind, bringt in vorliegendem Band eine musterhafte Studie

über die Adenomyome der weiblichen Genitalien. Seit dem Jahre 1894 hat er mehr als 90 Geschwülste untersucht, die nach ihrer Zusammensetzung aus Adenomschläuchen vom Charakter der Uterusschleimhaut in inniger Mischung mit Myomgewebe als »Adenomyome« bezeichnet werden mußten. Die letzteren verhielteu sich zur Gesamtzahl der beobachteten Myome wie 5,7 : 100. Die klinische Diagnose war nur bei bestimmten Symptomen zu stellen möglich gewesen.

Nach dem anatomischen Bau unterscheidet C.:

1) Intramurale Adenomyome. Dieselben bewirken nur eine zwei- bis dreifache Vergrößerung des Uterus, dessen Form dabei erhalten bleibt. Charakteristisch sind allseitige Verwachsungen der Geschwulst mit den Nachbarorganen. Die intramuralen Adenomyome enthalten reichlich cystische Räume, die mit altem Blut erfüllt sind und mit dem Cavum uteri kommunizieren. Mit dem begleitenden adenoiden Gewebe dringen die Adenomgebilde in das Myom vor, indem sie sich baumförmig verzweigen.

2) Subperitoneale und intraligamentäre Adenomyome. Dieselben zeichnen sich durch den Reichtum an Cysten aus, welch letztere enorme Größe annehmen können.

3) Submuköse Adenomyome. Bei dieser Entwicklung bleiben die Adenompartien engkalibrig, weil der gesteigerte intra-uterine Druck die cystische Dilatation hindert.

Von den gewöhnlichen Korpusgeschwülsten sind die Adenomyome der Cervix zu trennen. Die in den letzteren sich findenden Adenomschläuche enthalten Cervixepithel und typischen Schleiminhalt. Der bindegewebige Anteil der Geschwulst ist dicht gefügt und hart.

Die Untersuchung von Tuben und Ovarien, die bei 45 von den operativ gewonnenen Geschwülsten durchgeführt werden konnte, lieferte keine wesentlichen Ergebnisse. 30mal zeigten die Organe die von dem Myom hervorgerufenen Entzündungserscheinungen in Form von ein- oder doppelseitigen Adhäsionsmembranen.

Unter den klinischen Symptomen erwähnt C. außer der Verlängerung der pathologisch verstärkten Menstruation Druckempfindlichkeit des Uterus während der Menses, verursacht durch die Kongestion zu dem Schleimhautgewebe in der Geschwulst, ferner Schmerzen im Kreuz und in den Schenkeln. Wie umschriebene Myome wirkt auch das Adenomyom als Fremdkörper, kann aber wegen seiner diffusen Entwicklung nicht an die Schleimhaut- bzw. Serosaoberfläche geboren werden; daher die dauernden Schmerzen. Das Alter der betroffenen Pat. schwankte zwischen 30 und 60 Jahren. Schwangerschaft wird offenbar durch die Adenomyombildung nicht gehindert. Bei der bimanuellen Untersuchung findet sich ein stark vergrößerter und verdickter Uterus ohne isolierte höckrige Auswüchse, aber mit zahlreichen Verwachsungen in der Peripherie. Die Schleimhaut des Cavum uteri ist sehr dick, aber von normaler Struktur. — In einem besonderen Kapitel bespricht C. die Differentialdiagnose der Adenomyome und ihre Abgrenzung von anderen Blutungsursachen (Polypen,

Venektasie, chronischer Metritis und Endometritis, umschriebenen Kugelmyomen, bösartigen Neubildungen, Entzündungen, Abort oder ektopischer Schwangerschaft).

Die Therapie kann wegen der Verwachsungen nur in der abdominalen Geschwulstexstirpation bestehen, wobei die Eierstöcke geschont werden sollen.

Die Prognose ist günstig, da die Neubildung histologisch gutartig ist.

Im Gegensatz zu den Adenomyomen des runden Mutterbandes, die nur geringe Größe (3—4 cm Durchmesser) erreichen, am Leistenring liegen und als Abkömmlinge des Müller'schen Ganges gedeutet werden müssen, sind die Adenomyome des Uterus sekundär entstanden durch Einfließen der Schleimhaut in die Muskelinterstitien. Der Schleimhautursprung der adenoiden Schläuche ist bewiesen durch den Zusammenhang mit der Schleimhaut des Uterusinnern, durch den Gehalt der Cysten an Blut, durch die gelegentliche Einmündung der Schläuche in das Cavum uteri, endlich durch die Fähigkeit des Gewebes, eine Decidua zu bilden, wie auch ein typisches Adenokarzinom sich daraus entwickeln kann. 55 Fälle wurden in Serienschnitte zerlegt. Adenokarzinom im Adenomyom fand sich zweimal, desgleichen sechsmal ein vom Myom unabhängiges, begleitendes Cervixkarzinom.

Die Ausstattung des Werkes ist elegant und vornehm, die Illustrationen sind sehr klar und von vollendeter künstlerischer Ausführung.

Kroemer (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

16) 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln im September 1908.

Abteilung für Chirurgie und kombinierte Sitzung der chirurgischen und internen Abteilung.

Berichterstatter: GOEBEL, Köln.

a. Sauerbruch berichtet über die von ihm gemeinsam mit Heyde, vorgenommenen Versuche, Warmblüter künstlich zu vereinigen. Es ist ihm gelungen, Kaninchen von demselben Wurf, von gleichem Geschlecht und von jugendlichem Alter so zur Vereinigung zu bringen, daß sie gewissermaßen ein Organismus geworden sind. Die Technik dieser Versuche und die Art der anatomischen Vereinigung ist von beiden bereits in Nr. 4 1908 der Münchener med. Wochenschrift ausführlich beschrieben. S. demonstriert zwei in »Parabiose« lebende Kaninchenpaare. Außerdem eine ganze Reihe Präparate, aus denen die Art der Vereinigung (Kommunikation der Bauchhöhlen der Tiere) deutlich hervorgeht. Weiter berichtet er über Versuche, daß nach doppelseitiger Nierenexstirpation, bei dem einen Tiere die Nieren des anderen bis zu einem gewissen Grade kompensatorisch eintreten. Die Tiere leben länger, als die Kontrolltiere. Stets finden sich bei beiden vereinigten Tieren subpleurale Blutungen in der Lunge und venöse Stauungen und Schwellung der Schleimhaut des Magen-Darmkanals.

Bei Unterbindung einer Dünndarmschlinge bei dem einen Tiere, zeigte das andere starke Temperatursteigerung, die S. auf Resorption bezieht.

Schließlich berichtet S. darüber, daß das eine von zwei künstlich vereinigten Tieren verkümmert, während das andere sich kräftig entwickelt. Die Erklärung

hierfür kann man vielleicht darin finden, daß das eine Tier dem anderen Nahrungsstoffe wegnimmt; eine Giftwirkung ist ihm unwahrscheinlicher.

(Selbstbericht.)

b. Fabian (Bonn): Die Bedeutung der Blutuntersuchung für die chirurgische Diagnostik.

Ohne auf die bakteriologische Blutuntersuchung und Blutkörperchenzählung einzugehen, weist F. zunächst kurz auf die bisherigen Beziehungen zwischen Chirurgie und Hämatologie hin: Mikulicz'sche und Banti'sche Krankheit, Milzexstirpation bei Leukämie und bei Pseudoleukaemia infantum.

Die morphologische Blutuntersuchung besitzt eine ganz besondere diagnostische Bedeutung bei Erkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Systems, wenn sie sich, wie gar nicht selten im Frühstadium, klinisch als isolierte Geschwülste präsentieren. Hier vermag sie oft schon zeitig zwischen echter Pseudoleukämie, Hodgkin'scher Krankheit (malignem Granulom), Tuberkulose des lymphatischen Systems und Lymphosarkom zu differenzieren.

Bei vier Fällen von Lymphdrüsenschwellung unklaren Ursprungs konnte auf diese Weise dreimal die Diagnose einer echten lymphatischen Pseudoleukämie gestellt werden auf Grund des Befundes einer relativen Lymphocytose; zweimal waren auch große Lymphocyten im Blute.

In einem Falle (13jähriger Knabe mit linksseitigen, isolierten Halslymphomen; außer dem Blutbefunde keine Zeichen einer generalisierten Affektion) wurden die Lymphome exstirpiert; sofortiger Rückgang der Blutveränderung, aber nach 6 Wochen Rezidiv und Verschlechterung des Blutbildes.

Außer bei diesen sog. Systemaffektionen ist die Blutanalyse angezeigt bei allen auf Echinokokkus verdächtigen Fällen wegen der dabei vorhandenen Eosinophilie.

(Selbstbericht.)

c. Esser (Bonn): Blut- und Knochenmarksveränderungen bei Ernährungsschäden.

Vortr. berichtet erstens über experimentell bei jungen Ziegen durch Darreichung von hoch- und zu lange sterilisierter Milch erzielte Knochenmarks- und Blutveränderungen, die auffallend mit den bei der Barlow'schen Krankheit oder Osteotabes infantum gefundenen übereinstimmen: Schwund des Zellmarkes und Ersatz desselben durch gallertig degeneriertes Fasermark, Verschmälerung der Knorpelwucherungszone und mangelhafte Bildung schmaler Knochenbälkchen vornehmlich durch Verminderung der Apposition infolge kümmerlicher und spärlicher Entwicklung von Osteoblasten, Blutungen in das Knochenmark, und am Blute Zeichen der Anämie mit fast völligem Schwund der polynukleären Zellen und Auftreten von Myeloblasten.

Ferner gelang es E., bei Ziegen durch quantitativ fehlerhafte Ernährung, speziell durch übermäßige Eiweißzufuhr, an der endochondralen Ossifikationsgrenze Veränderungen hervorzurufen, die den bei Rachitis beobachteten entsprechen: erhebliche Knorpelwucherung, mangelhafte provisorische Verkalkung, unregelmäßiges Vordringen zellreichen, hyperämischen Markes in den Knorpel und Liegenbleiben großblasigen Zellknorpels im Mark mit Übergang in osteoide Substanz. Hierbei fand sich im Blut neben einer geringen Anämie eine Hyperleukocytose.

(Selbstbericht.)

d. Stich (Bonn): Über biologische Veränderungen nach Gefäß- und Organtransplantationen.

Die histologischen Verhältnisse bei einfachen zirkulären Gefäßnähten decken sich auch bei langer Beobachtungsdauer (über 1 Jahr) mit den von Jakobsthal für kleinere Gefäßwunden gefundenen Veränderungen.

Vom gleichen Tier oder einem anderen Tier der gleichen Spezies überpflanzte Arterien heilen histologisch unverändert ein, ebenso Arterien vom getöteten Tier der gleichen Spezies. Dagegen gehen Gefäße artfremder Tiere (Katze, Kaninchen, Mensch), auf die Hundecarotis überpflanzt, in allen ihren Schichten zugrunde und

werden durch ein Bindegewebe ersetzt, in dem sich bald elastische Fasern entwickeln.

Venen des gleichen Tieres heilen leicht in resezierte Arterien ein. Infolge starker Vermehrung der elastischen Elemente in der Intima der Vene bleibt auch nach Jahr und Tag Aneurysmabildung aus. Media und Adventitia der Vene veränderten sich nur wenig. Übrigens steht die Neubildung elastischer Elemente lange nicht im Einklang mit dem durch den Verlust der Arterie bedingten Ausfall dieses Gewebes.

An exstirpierten und später an anderer Stelle im Körper mittels Gefäßnaht reimplantierten Schilddrüsen und einer Niere konnte Vortr. tadellose histologische Einheilung konstatieren. (Selbstbericht.)

e. Fischer (Frankfurt) und Schmieden (Berlin) haben eine Reihe von Gefäßoperationen vorgenommen und die mikroskopischen Veränderungen festgestellt, welche die durch freie Plastik verlagerte Vene unter den neuen Druckverhältnissen durchmacht, sowie wie sich die Vene verändert, wenn eine Arterie auf eine Vene gepflanzt, der Blutstrom auf diese Weise umgedreht ist. Es entstehen Verdickungen der Wand im Sinne der Anpassung in gewissem Grade, auch eine Verdickung der Intima. Erweiterung oder gar Aneurysmenbildung entsteht nicht. (Selbstbericht.)

f. W. Capelle (Bonn): Über Dauerresultate nach Gefäß- und Organtransplantationen.

C. berichtet über die Erfolge, die an der Klinik Garrè mit der Gefäßnaht erzielt worden sind.

Nachdem Arterienstücke, in Kontinuitätsdefekte anderer Arterien des gleichen Tieres implantiert, nach 40 Tagen glatt eingeheilt waren, wurden Implantationsversuche mit Arterienmatrial vom toten Tier der gleichen Spezies und mit lebendem Arterienmaterial einer anderen Tierspezies — an Hunden — vorgenommen.

$^1/_4$—$1^1/_2$ Stunde post mortem herausgenommene und eingesetzte Arterienstücke waren nach 4, 5 und 11 Tagen frisch und funktionsfähig. Heteroplastisches Arterienmaterial wies dagegen nach 50 Tagen und früher mikroskopisch hochgradige degenerative Veränderungen auf, war aber funktionell intakt und für den Blutstrom durchlässig. Die Versuche, Venen als Ersatz für arterielle Defekte heranzuziehen, waren sehr erfolgreich. In die Carotides communes eingepflanzte Venae jugulares externae neigten selbst nach 409 Tagen nicht zu aneurysmatischen Degenerationen; ihre Wand hatte sich durch Dickerwerden dem arteriellen Blutdruck angepaßt. Die Venen zeigten sich als ein vollgültiges Ersatzmaterial für Defekte auch größerer Arterienrohre und lassen sich den experimentellen Ergebnissen zufolge auch für die Chirurgie am Menschen durchaus empfehlen (z. B. bei Aneurysmaexstirpationen, Entfernung maligner Tumoren, die auf große Gefäße übergegriffen haben usw.).

Bei den Verpflanzungen ganzer Organe mittels Gefäßnaht dienten Schilddrüse und neuerdings Nieren als Implantationsobjekte.

Schilddrüsen: Abgesehen von dem künstlich eingesetzten Organ wurde dem Versuchstier a priori alles andere Schilddrüsengewebe genommen. Der Hund blieb munter und gesund; als ihm dann nach 245 Tagen das implantierte Organ wieder entfernt wurde, trat prompt Tetanie ein und führte innerhalb von 3 Wochen zum Tode. Die überpflanzten Drüsen erwiesen sich nach Jahr und Tag als voll erhaltene gesunde Organe, mikroskopisch so gut wie nicht verändert.

Nieren: Die Nierentransplantationen stehen noch im Anfange der Entwicklung. Die Beobachtungsdauer beträgt bis jetzt 6 Tage bzw. 3 Wochen. Bei zwei positiv ausgefallenen Versuchen blieben die Nieren lebend und funktionsfähig. Die Urinabsonderung ging weiter und war besonders gut an einer in den Hals eingepflanzten Niere zu beobachten. Die produzierte Flüssigkeit erwies sich chemisch als regulärer Urin. (Der Vortrag erscheint andernorts ausführlicher). (Selbstbericht.)

Diskussion: Ernst Unger (Berlin): Aus einer großen Reihe von Transplantationsversuchen zum Teil mit Gontermann, Berlin, hebe ich hervor:

1) Die Einpflanzung einer entfernten Niere an der alten Stelle ist technisch kaum ausführbar.

2) Die Einpflanzung der Niere mit ihren Gefäßen am Halse gelingt leichter, führt am Tiere nur wegen der eintretenden Verunreinigungen der Wunde nicht zu Dauerresultaten.

3) Die Einheilung einer entfernten Niere an die Iliacagefäße ist das zweckmäßigste; es gelingt, die Funktion der Niere hier zu erhalten.

4) Die Wiederholung der Versuche von Carrel und Guthrie, beide Nieren zugleich mit Ureteren und Harnblase einzupflanzen (bei Katzen) ist uns noch nicht eindeutig gelungen. (Selbstbericht.)

g. Ribbert (Bonn) sprach:

1) Über den günstigsten Ort für die Schilddrüsentransplantation. Nach Untersuchungen von Carraro im Bonner pathologischen Institut ist nicht die Milz, oder das Knochenmark, sondern die Subcutis am besten geeignet. Man verpflanzt am besten platte Scheiben der Schilddrüse.

2) Über die Alterotransplantation der Schilddrüse. Die Verpflanzung des Gewebes von Ratten, Meerschweinchen und Hunden auf Kaninchen versagte stets. Einmal gelang dagegen die Übertragung menschlichen Schilddrüsengewebes in die Hundemilz. Nach 7 Tagen war das verpflanzte Stück völlig eingeheilt.

h. 3) Über die Regenerationsfähigkeit epithelialer Organe. Die Regeneration der Speicheldrüse ist sehr unvollkommen. Es bildet sich nur in relativ geringer Menge ein aus verzweigten Kanälen bestehendes, aber niemals wieder funktionsfähig werdendes Gewebe. (Selbstbericht.)

i. v. Lichtenberg (Kronburg) (gemeinsam mit Leo Müller-Heidelberg) spricht über das postoperative Verhalten der Lungen und des Herzens. Retrospektive Statistiken geben nur relative Morbiditätswerte. Um absolute Werte zu gewinnen, wurden 100 Bauchfälle der Heidelberger chirurgischen Klinik vor und nach der Operation genau auf den Zustand der Lungen und des Herzens untersucht. Der systolische und diastolische Blutdruck wurde mit dem Tonometer v. Recklinghausen's bestimmt. Nach tabellarischer Demonstration der durch diese Untersuchungen gewonnenen Zahlen werden die wichtigsten Resultate in folgende Schlußsätze zusammengefaßt: Postoperative Lungenkomplikationen im absoluten Sinne kommen ungemein viel häufiger vor, als man es auf Grund der vorhandenen retrospektiven Statistiken annehmen konnte (diese Untersuchungen stellten in 35% die physikalischen Befunde einer pneumonischen Lungenkomplikation fest), da sie in vielen Fällen vollkommen unbemerkt verlaufen können. Kurzdauernde geringe Temperatursteigerungen nach aseptischen Operationen werden vielfach durch solche »okkulte« Lungenkomplikationen verursacht. Die Lungenkomplikationen treten meistens im unmittelbaren Anschluß an die Operation auf und sind am 2., 3. und 4. Tage nach derselben physikalisch nachweisbar. Das Anästhesierungsverfahren übt keinerlei Einfluß auf die Zahl der Lungenkomplikationen aus. Die meisten Lungenkomplikationen sind embolischer Natur. Herzfehler haben scheinbar ätiologisch weniger Bedeutung wie relativ geringgradige Veränderungen des Myokards und der Gefäße. Eine Veränderung der Verschieblichkeit der Lungengrenzen in den ersten Tagen nach der Operation erlaubt bedingte Schlüsse auf das Vorhandensein einer »okkulten Lungenkomplikation zu ziehen. (Selbstbericht.)

k. Der Vortrag von Prof. Wright (London) beschäftigte sich mit den Prinzipien und der Anwendung der Vaccinetherapie. Bekanntlich fand W. in den phagocythosebefördernden Kräften des Serums, den Opsoninen, einen neuen Indikator für die Widerstandskraft des Körpers gegenüber bakteriellen Infektionskrankheiten. Durch eine ingeniös ersonnene Methode gelang es ihm ferner, diese opsonische Kraft, von der er nachwies, daß sie der allgemeinen antibakteriellen Widerstandskraft parallel läuft, zu messen; als Ausdruck dafür gewann er den sog. opsonischen Index. Endlich ergab die wiederholte Kontrolle dieses opsonischen Index mit seinen größeren oder geringeren Werten ein Bild



des entsprechenden Schwankens der Gesamtimmunität des Körpers und damit ein unvergleichliches diagnostisches Hilfsmittel.

Die praktische Aufgabe strebte jedoch noch nach anderen Zielen; die Immunität des Körpers mußte unabhängig von der bakteriellen Krankheit willkürlich gesteigert werden, um dann als Heilfaktor gegen die Krankheit wirken zu können. Dies Ziel erreichte W. auf dem Wege der Vaccinetherapie; er gewann die Erreger durch Züchtung, wenn möglich aus dem kranken Organismus selbst, und stellte sich durch eine Aufschwemmung der abgetöteten Bakterien ein sog. Vaccin her. Durch steigende subkutane Jnjektionen dieses Vaccins erreichte er dann unter ständiger Kontrolle des opsonischen Index ein langsames Ansteigen des letzteren, ein ebensolches der Gesamtimmunkräfte und klinisch eine Besserung wie Heilung des Prozesses selbst. Trotzdem die bakteriellen Vaccine nun abgetötete Erreger enthalten, sind sie keineswegs indifferent für den kranken Organismus — die Immunitätsreaktionen mit Fieber, die vielfach den Injektionen folgen, zeigen das zur Genüge. So war denn ein großer Teil des W.'schen Vortrages den genaueren Indikationen seiner Vaccinetherapie gewidmet und der Festlegung ihrer Grenzen, damit einerseits keine übergroßen Hoffnungen bei ungeeigneten Fällen an die Vaccinetherapie geknüpft würden, die zu Enttäuschungen führen müßten, andererseits aber forderte er zu eingehender Nachprüfung seiner Resultate auf und zur Anwendung der Vaccinetherapie in den geeigneten Fällen. Hier erwartet W. dann eine volle Bestätigung der guten Resultate, die er bisher an seinem großen Londoner Materiale durch die Vaccinetherapie erzielte.

(Selbstbericht.)

l. Kleinsorgen (*Elberfeld*): Fett als Heilmittel in Chirurgie, innerer Medizin und Zahnheilkunde.

Autor führt aus, daß die Rolle, die das Fett als chemischer Körper spiele, sehr indifferenter und neutraler Natur sei, und daß daher bei der bisher in der Medizin vorherrschend gewesenen chemisch medikamentösen Richtung nicht zu verwerten gewesen wäre, daß man einem Körper von so hervorragenden physikalischen Eigenschaften die genügende Beachtung gezollt. In einer Zeitepoche jedoch, wie der jetzigen, wo die physikalisch-diätetische Heilmethode, wo die Hyperämie als Heilmittel den ihnen gebührenden Platz in der offiziellen Heilkunde eingenommen hätten, sei es an der Zeit, auch ein Heilmittel par excellence, wie es der Fettstoff in seinen verschiedenen Formen darstelle, zu würdigen und ihm statt seiner sekundären Rolle, die es bisher hauptsächlich als Vehikel für Salben, Pasten, Linimente usw. gespielt, eine primäre zuzuweisen. Es werden dann nach einer einleitend naturphilosophischen Betrachtung des Fettes die physikalischen Eigenschaften und Wirkungen desselben, wie sie uns in der Natur vor Augen treten, kurz berührt und aus diesen Erscheinungen heraus die Direktiven für ein therapeutisches Handeln entwickelt.

Es wird des Fettes als schützenden, einhüllenden und einbettenden Stoffes gedacht, ferner seiner Weichheit, Zartheit, Nachgiebigkeit und seines aseptischen Charakters und insofern als eines idealen Schutzstoffes für gereiztes und offenliegenden Gewebes und als eines geeigneten Schutzmittels bei der Händedesinfektion.

Als einer weiteren und wohl der wichtigsten Eigenschaft wird die Hyperämie und heilende Stauungswärme befördernde gedacht, die in der mannigfachsten Weise variiert werden kann, wie Fetteinreibungen und Massage, Auflegen von kleineren oder größeren fettdurchtränkten Stoffen in jeder Stärke und vor allem durch entsprechendes Temperieren des Fettstoffes. Die heilende Zellaktivität kann so bis zu jeder gewünschten Grenze gesteigert und der Gebrauch von sog. reizenden Salben überflüssig gemacht werden. In dieser Form stelle die Fett- oder Öltherapie eine willkommene ungefährliche, in der täglichen Praxis zu verwertende Ergänzung der Bier'schen Heilmethoden dar.

Weiterhin wird des Fettes als konservierenden Stoffes für die Haut, Haare, Nägel und besonders noch für die Zähne gedacht, seine lösende Eigenschaft für harten Darminhalt, für Steinbildungen usw. wird hervorgehoben, seine Bewertung als aktiven Wärmebildners in der Ernährungsfrage, seine schmerzstillenden und

beruhigenden Eigenschaften nicht nur infolge der hyperämisierenden Eigenschaft, sondern auch der Charaktereigenschaften des Fettstoffes als solchen gewürdigt.

Schließlich werden noch die speziellen Indikationen für die drei Disziplinen der Chirurgie, innere Medizin und Zahnheilkunde besprochen.

Neben den schon bekannten Anwendungsformen, wie z. B. bei Magen- und Darmgeschwüren, bei Gallensteinen usw., wird einer häufigeren mehr kausalen Anwendung der reinen ungemischten Fettstoffe in der Wundbehandlung und vor allem einem ausgiebigeren Gebrauch zur Erzeugung von Hyperämie und heilender Stauungswärme speziell für die Hauspraxis das Wort geredet.

Als neue Anwendungsformen werden in Vorschlag gebracht und zur Prüfung anempfohlen: Benutzung von Öl-Ganz- und Teilbädern bei Verbrennungen, rheumatischen Leiden, Entzündungen aller Art usw., ferner Inhalation von Öldämpfen (reines Vaselinöl) bei Krankheitsprozessen der Atmungsorgane, dann Öleinläufe bei Katarrhen und Geschwüren der Blase, der Genitalsphäre, zur leichteren Lösung und Entfernungen von Blasensteinen, weiterhin event. Verwendung von Ölsprays in der Wundbehandlung, schließlich Fetteinreibung als aseptischer Handschutz für den Operateur. (Selbstbericht.)

m. O. Zeller (Berlin): Zur Frage der Wiederbelebung.

Redner hat, angeregt durch die Erfolge Kuliabko's bei der Wiederbelebung auch menschlicher Herzen, frisch getötete Tiere (d. h. Tiere, deren Reflexe erloschen waren, deren Atmung und Herzschlag zum Stillstand gekommen war) durch Speisung der Kranzarterien mit sauerstoffhaltiger Nährflüssigkeit wieder zu beleben versucht. Von komplizierten Methoden, den physiologischen Versuch am ausgeschnittenen Herzen in situ nachzuahmen, ist er zu der einfachen zentripetalen intraarteriellen Infusion von einer Carotis oder Brachialis her unter genügendem Sauerstoffdruck übergegangen, einem Verfahren, das den Vorteil der gleichzeitigen Durchströmung des Herzens und der nervösen Zentralorgane hat, aber den Nachteil, das Durchströmungsgebiet auch auf unwichtige Teile auszudehnen und so die Menge der erforderlichen Durchströmungsflüssigkeit stark zu steigern. Man kann dem durch Abschnüren der oberen Extremitäten und Kompression der Bauchaorta teilweise abhelfen.

Auch stellte sich die Notwendigkeit heraus, auf Transfusion gleichartigen Blutes — für den Menschen kommt nur Menschenblut oder das höherer Menschenaffen in Frage — zurückzugreifen, und zwar unter Vermeidung der mit derselben bisher verbundenen Gefahren. Der Gefahr der Überdehnung des rechten Herzens und der Rückstauung des venösen Blutes nach den nervösen Zentralorganen begegnet die zentripetale arterielle Transfusion, den Bedenken gegen die Anwendung defibrinierten Blutes die Benutzung ganzen Blutes, das durch, den physiologischen Antithrombinen ähnlich wirkende, Antithrombine flüssig erhalten ist. Verwendet ist bisher das Blut peptonisierter Blutspender — die intravenöse Injektion von Pepton hemmt die Gerinnung, die Beifügung von Pepton zum ausströmenden Blut aber nicht — und mit Hirudin, das als wahres Antithrombin das Fibrinferment unschädlich macht, gemischtes Blut. Die Peptoninjektion wirkt in ziemlich hohem Grade giftig auf die Herztätigkeit, das Blut peptonisierter Tiere aber ist für andere ungiftig. Hirudininjektion zeigt keine schädlichen Wirkungen auf Herz- und Nierentätigkeit. —

Die Herztätigkeit wurde in den Versuchen durch den Gad'schen Blutdruck- und Pulsschreiber genau kontrolliert, der auch die Atemschwankungen erkennen läßt. —

Wiederbelebung nach Entblutung.

Nach unbedingt und ausnahmslos tödlichen Blutungen, also von mehr als $^2/_3$ der Blutmenge (Schramm, Maydl), gelang mehrmals die Erhaltung des Hundes durch intravenöse Transfusion von Peptonblut.

Wurde nach weitmöglichster Entblutung das Gefäßsystem noch durch Kochsalzinfusionen ausgespült, bis der Herzschlag völlig erloschen war, so gelang durch zentripetale arterielle Transfusion die Wiederbelebung meist prompt, außer wenn zu profuse Kochsalzinfusionen nach Stillstand des Herzens das rechte Herz

überdehnt war, oder wenn die Vita minima bei winzigen Pulserhebungen zu lange gewährt hatte.

Für die dauernde Erhaltung der Tiere hatte Peptonblut die günstigsten Ergebnisse.

Bei reichlicher Verwendung von defibriniertem Blute traten zuweilen Blutungen in die Luftwege, den Darm und die Bauchhöhle auf. — Letzteres besonders auch, wenn das Gefäßsystem überfüllt ward und dann Thoraxkompressionen gemacht waren. —

Wiederbelebung durch Chloroform vergifteter Hunde.

Vergiftung durch Einblasung sehr dichter Chloroformdämpfe oder durch intravenöse Injektion von Chloroform, da reichliche Chloroformierung mit gewöhnlicher Maske meist zu Atemstillstand führt, während das Herz noch sehr lange weiter schlägt. —

Intravenöse Infusion von O-haltiger Salzlösung brachte nur geringe Herzaktion wieder. —

Zentripetale arterielle Durchströmung mit O-haltiger Locke'scher Flüssigkeit machte Wiederkehr des Herzschlages und der Atmung, aber nur für kurze Zeit.

Zentripetale arterielle Transfusion von Hirudinblut blieb nahezu wirkungslos, wenn nach Aufhören der Atmung das Herz noch sehr lange geschlagen hatte, das Tier also schließlich erstickt war, wirkte dagegen, wenn Versuchsfehler vermieden waren, meist prompt und sicher bei plötzlichem Herzstillstand, also dem bisher gefürchtetsten Zufalle. — Durch Kontrollversuche wurde festgestellt, daß unter gleichen Verhältnissen die üblichen Wiederbelebungsmethoden erfolglos blieben. —

Die demonstrierten Pulskurven zeigen die Wiederkehr normalen Pulses und Blutdruckes. Manche der Tiere standen nach Beendigung des Versuches auf. —

Viele Tiere sind infolge ungünstiger äußerer Verhältnisse noch nachträglich eingegangen. —

Bei Chloroformtod des Menschen würde das Verfahren wohl zu spät kommen, könnte aber versucht werden, nachdem während der Vorbereitungen die üblichen Mittel angewandt sind. — Vielleicht ist aber ein Erfolg zu erhoffen z. B. bei Tod während der Naht von Herzwunden oder bei der Trendelenburg'schen Extraktion von Emboli aus der Lungenarterie. (Selbstbericht.)

n. Kienböck (Wien): Erstattet das Referat über den heutigen Stand der Röntgentherapie. Er hebt unter anderem den wachstumshemmenden und zerstörenden Einfluß der Röntgenstrahlen hervor, der sich bei sehr radiosensiblen Sarkomen durch die ganze Dicke des Körpers erstreckt, bei den weniger empfindlichen Karzinomen nur bis zur Tiefe weniger Zentimeter; doch dürfte die Dessauer-Holzknecht'sche Homogenbestrahlung eine bessere Tiefenwirkung hervorbringen. Bei etwa 2000 mit den Sabourand-Noiré'schen Radiometer applizierten Volldosen hat K. nach der ersten Bestrahlung nie Dermatitis auftreten gesehen; dagegen einige Male, wenn nach 14 Tagen abermals eine Volldose gegeben wurde; es handelte sich auch hier nur um Radiodermatitis 2., nie 3. Grades. K. hält dieses Dosimeter für das Beste; er verwendet sein »Quantimeter« nur zur Ergänzung, nie allein. Das neue von Strauss konstruierte Radiometer ist seinem Apparat nachgebildet, doch wahrscheinlich unverläßlich. Daß es Fälle von Idiosynkrasie für Röntgenlicht gebe, ist an konkreten Fällen noch immer nicht erwiesen worden. (Selbstbericht.)

o. H. Gocht (Halle a. S.): Die Schädigungen, welche durch die Röntgenstrahlen hervorgerufen werden, die Vermeidung und Behandlung, schließlich die forensische Bedeutung derselben.

Schlüsse:

1) Nur unter Verantwortung des Arztes darf die Röntgenuntersuchung und Röntgentherapie in Anwendung kommen.

2) Der Arzt, welcher mit Röntgenstrahlen arbeitet, muß die dem heutigen Stande dieser Spezialwissenschaft entsprechenden prophylaktischen Maßnahmen

kennen, er muß die Dosierungsfrage genau studieren und stets die unumgänglich notwendige Vorsicht nach allen Richtungen hin anwenden.

3) Der Arzt soll seine Pat. darüber aufklären, daß trotz aller Vorsicht Überdosierungen vorkommen, zumal wenn eine gewisse Reaktion 1. oder 2. Grades absichtlich hervorgerufen und unterhalten werden muß.

4) Da es gelegentlich dem Arzt als gravierend ausgelegt worden ist, wenn er während der Behandlung das Röntgenzimmer verläßt, so muß ausdrücklich konstatiert werden, daß hieraus besonderes Verschulden nicht hergeleitet werden darf. Unsere heutigen Apparate und Röhren arbeiten bei den kurzen Expositionszeiten, die wir im allgemeinen auch für die Röntgentherapie brauchen, genügend gleichmäßig.

5) Bei Anklagen, vermeintliche oder wirkliche Röntgenschädigungen betreffend, ist es dringend zu befürworten, daß zur Begutachtung Ärzte herangezogen werden, die selbst anerkannte Röntgenfachleute sind. Jedenfalls müssen die betreffenden Gutachter mit der Wirkungsweise der Röntgenstrahlen und mit den biologischen Eigenschaften derselben aufs genaueste möglichst aus eigener Erfahrung vertraut sein.

6) Und zum Schlusse soll noch besonders betont werden, daß bei dem heutigen Stande der Röntgentechnik Röntgenschädigungen bei Pat. zu den Seltenheiten gehören und immer mehr gehören werden. Die Hauptleidtragenden, die zum großen Teil dauernd und schwer durch Röntgenstrahlen Geschädigten sind nicht die Pat., sondern die um den Ausbau der Röntgenkunde hochverdienten Ingenieure und Ärzte. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Luxembourg (Köln): Vorstellung eines Falles von Berufsröntgenkarzinom.

Schwester B., seit Juni 1898 im Kölner Bürgerhospital als Röntgenschwester mit der Röntgenaufnahme und Plattenentwickelung beschäftigt.

Die karzinomatöse Degeneration der an beiden Händen trotz Salben- und sonstiger Behandlung auftretenden Geschwüre (pathologisch-anatomische Diagnose: Plattenepithelkarzinom mit starker Verhornung) machte im Laufe der Jahre 1907 und 1908 die Amputation des linken Vorderarmes an der Grenze des oberen und mittleren Drittels und die Exartikulation des rechten Daumens im Metakarpophalangealgelenk erforderlich.

Der Fall ist als relativ gutartig zu bezeichnen, da vor, während und nach der Behandlung regionäre Lymphdrüsenmetastasen palpatorisch nicht nachzuweisen waren.

Was die Therapie der Röntgenkarzinome der Extremitäten anbelangt, so bin ich auf Grund der bei diesem Falle gemachten Beobachtungen, zumal im Hinblick auf die mehrfach notwendig gewordenen Nachoperationen, der Ansicht: es ist möglichst frühzeitig und vor allem ausgiebig im Gesunden, speziell im Bereiche gesunder Haut, zu amputieren bzw. zu exartikulieren. (Selbstbericht).

p. Zur Verth (Berlin): Über die Narkose bei künstlich verkleinertem Kreislauf.

Die Beobachtung, daß ausgeblutete Menschen leicht zu narkotisieren sind, veranlaßte Klapp, die Menge des frei im Körper kreisenden Blutes durch Abschnürung der Extremitäten einzuschränken. Ziegner's durch Klapp's Mitteilungen veranlaßte Experimente ergaben, daß Kaninchen, denen die beiden hinteren Extremitäten abgeschnürt sind, schneller in Narkose fallen und besonders schneller erwachen als gleichschwere Kontrolltiere. Redner sah beim Menschen keine Schädigung von Abschnürungen der Extremitäten und erzielte durch die Abschnürung beider Beine die Möglichkeit, jeden Menschen mit Äthertropfnarkose einzuschläfern. Auffällig war besonders schnelles Erwachen nach Lösung der Umschnürungen, das gleichzeitig mit dem Aufhören der Narkose erfolgte. Redner erwartet besonders bei Narkosezufällen eine starke Anregung des Atemzentrums durch das in Überschuß kohlensäurehaltige Blut, das aus den Extremitäten nach schneller Lösung der Umschnürung dem Kreislauf zugeführt wird.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Anschütz (Kiel) hat sich in etwa 50 Fällen der Abschnürung der unteren Extremitäten, in einigen wenigen Fällen auch der der oberen Extremitäten bedient und leidlich gute Erfolge gesehen; jedenfalls hat er weniger vom Narkotikum gebraucht als sonst. Er fürchtet indessen die Gefahr der Nachblutung und möchte deshalb das Verfahren bei intestinalen Operationen nicht anwenden; für Schädel- und Halsoperationen eignet es sich am meisten.

Ritter (Greifswald) gebraucht die Kopfstauung zur Verhinderung des Erbrechens nach der Äthernarkose und bittet um Nachprüfung des anspruchslosen Verfahrens, das ihm gute Dienste leistet.

In seinem Schlußwort betont zur Verth, das es sich bei Klapp's und seinem Vorgehen um alles andere als um eine Stauung handele; die Extremität wird zur Einschränkung der im Körper kreisenden Blutmenge abgeschnürt und so eine Art Reservevorrat an Blut geschaffen. Nachblutungen hat zur Verth nie gesehen. **Goebel** (Köln).

q. W. Kausch (Berlin-Schöneberg): Ein Instrument zur lumbalen Punktion, Injektion und Druckmessung und ein Verfahren der letzteren.

K. demonstriert ein von ihm konstruiertes Instrument, das zur Lumbalpunktion, Injektion und Druckmessung dient. An der gebräuchlichen Lumbalpunktionsnadel befinden sich zwei seitlich abgebogene Ausflußröhren, jede mit einem Hahne versehen. Die eine hat eine enge Mündung, aus ihr tropft beim Einstich der Liquor, und es wird so erkannt, daß die Nadel richtig innerhalb der Rückenmarkshüllen liegt. Durch diese Röhre kann auch Liquor angesaugt und Flüssigkeit eingespritzt werden. Die andere Röhre besitzt eine weitere Mündung, auf die die Rekordspritze paßt. Sie dient zur Injektion und zur Druckmessung.

Zu letzterem Zwecke wird an die Mündung ein Gummischlauch von beliebiger Länge, für gewöhnlich 20 bis 40 cm, bei sehr hohem zu erwartendem Druck ein längerer angesetzt. Am anderen Ende des Gummischlauches befindet sich ein Glasrohr von 20 cm Länge, das in der Mitte eine zirkuläre Marke besitzt. Die Weite des Glasrohres ist beliebig. Schlauch und Glasrohr werden bis zur Marke mit steriler Kochsalzlösung gefüllt, das Glasrohr wird senkrecht gehalten in solcher Höhe, daß die Marke dem zu erwartendem Druck entspricht. Wird nun der Hahn geöffnet, so wird die Flüssigkeit im Glasrohre steigen oder fallen. Das Glasrohr wird so bewegt, daß der Flüssigkeitsspiegel sich genau an der Marke befindet und still steht. Alsdann entspricht die Höhendifferenz zwischen der Einstichstelle des Trokars und der Marke dem zerobrospinalen Drucke. Diese Druckmessungsmethode hat den großen Vorteil, daß dabei kein Liquor verloren geht, wie bei allen bisher üblichen Methoden; es wird also der tatsächlich bestehende Druck gemessen. Man ist ferner vollständig unabhängig von der Weite des Glasrohres und des Gummischlauches. (Selbstbericht.)

r. Kuhn (Kassel): Sterilcatgut.

Redner verbreitet sich des näheren über sein Sterilcatgut, und legt die handelsfertigen Proben des neuen Präparates vor.

Das Wesentliche an diesem neuen Präparat ist die von dem Verf. eingerichtete und kontrollierte, mittels besonderer Spezialmaschinen sich voll ziehende Fabrikation des Rohfadens nach aseptischen Grundsätzen, und zwar dies vom Darme des frischen Schlachttieres ab bis zur Verpackung. Bei dieser Fabrikation ist auf »händeloses« Manipulieren ähnlich wie in der Praxis des Chirurgen der Hauptwert gelegt.

Die Vorkehrungen des Autors zwingen die Bearbeiter zur selbstverständlichen Einhaltung aseptischer Regeln und Grundsätze, da diese in der Anlage des Verf. gewissermaßen automatisch zur Verwirklichung kommen. Nur durch grobe Nachlässigkeiten, die durch gewissenhafte Kontrolle beseitigt werden, sind Fehler möglich.

In einer bestimmten Phase der Bearbeitung ist eine gründliche und zuver-

lässige Desinfektion des Rohdarmfadens vor dem Drehen desselben eingeschaltet. Eine Neuinfektion wird bei der Weiterbearbeitung unmöglich gemacht.

Auf diese Weise entsteht ein mit einem reizlosen Dauerantiseptikum in allen Schichten durchsetzter, absolut in allen Schichten keimfreier Faden.

In den Handel kommt der Faden in zwei Verpackungen:

1) in der oben geschilderten Form als Sterilrohcatgut-Kuhn, zur Weiterbearbeitung, und

2) als Sterilcatgut-Kuhn gebrauchsfertig, nachdem der Faden samt Verpackung noch eine zuverlässige Endsterilisation erfahren hat. (Selbstbericht.)

s. Kuznitzky (Köln): Die ambulante Behandlung der Bubonen.

K. behandelt Bubonen seit 11 Jahren ausschließlich durch galvanokaustische Punktion. Fluktuation wird nicht abgewartet, sondern der Bubo wird punktiert, sobald Pat. Schmerzen in der Leiste empfindet. K. führt die Punktion unter Chloräthylanästhesie mit dem Middeldorpf-Brenner für Stromstärke von ca. 50 Ampère aus, indem er an der am meisten empfindlichen Stelle mit den fast zur Weißglut erhitzten Brennerende ca. 2—2¼ cm tief eingeht. Die Pat. fühlen sich, selbst wenn noch kein Eiter austritt, sofort erleichtert und können ihrem Berufe weiter nachgehen. Die Punktionsstelle wird mit impermeablem, reizlosem Pflaster geschlossen (Zinkoxydparaplast z. B.). Darüber kommt als Verband das sehr einfache Bubo-Gürtelsuspensorium (bei Kühne, Sierus, Neumann, Köln).

Vor dem Schlafengehen macht Pat. ca. 1 Stunde lang täglich warme Breiumschläge über das Pflaster, bis nach einigen Tagen der Eiter reichlich fließt. Nach durchschnittlich 2—3 Wochen versiegt die Eiterung. Das kosmetische Resultat ist sehr zufriedenstellend, da die Narben völlig unauffällig sind. Fistelbildungen, die etwa noch nachträglich eine Spaltung mit dem Messer erforderlich gemacht hätten, wurden niemals beobachtet. (Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

---

17) **T. Leary** (Boston). The use of fresh animal sera in hemorrhagic conditions.

(Boston med. and surg. journ. 1908. Juli 16.)

In einer größeren Reihe von Fällen bekämpfte L. schwere Blutungen (Ikterus, Hämophilie, Purpura, Uterus-, postoperative Blutungen, Typhus, Blutungen bei Neugeborenen) durch subkutane Injektionen von Kaninchenblutserum mit sehr gutem Erfolg. Verschiedentlich konnte er eine auffällig stimulierende Wirkung des Serums feststellen. L. gewinnt das Serum durch Punktion des Herzens; nach Absetzen des Blutkoagulums im Thermostaten zentrifugiert er das Serum und erhält es nach 2 Stunden in gebrauchsfertigem Zustande. Die Kaninchen konnte er nach 2—3 Wochen wieder benutzen. L. erlebte bei seinen Injektionen niemals ernstere Störungen, einigemal konnte er ähnliche Exantheme beobachten, wie sie auch nach Injektionen von Diphtherieheilserum beschrieben worden sind. L. beabsichtigt zu weiteren Versuchen, die er im City- und Carney-Hospital in Boston anstellt, größere Mengen des Serums herzustellen. **H. Bucholz** (Boston).

18) **André.** Sur la nature du dépot constanté dans quelques flacons de chloroforme.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1908. Juli.)

In einigen mit Chloroform gefüllten Flaschen zeigte sich ein schwacher Niederschlag, der aus kleinen glänzenden Plättchen und zarten Flocken bestand. Eine genauere Untersuchung ergab, daß die Plättchen von dem Kitt herrührten, mit dem der Stöpsel der Flasche verkittet war, während die Flocken aus buttersaurem Kalium bestanden, das sich unter dem Einfluß des Chloroforms aus dem Glyzerin des Kittes bildete. Die Reinheit des Chloroforms wurde durch diesen Niederschlag nicht beeinträchtigt, und war es zur Narkose ebenso gut brauchbar wie ungetrübtes.

Herhold (Brandenburg).

19) **A. E. Barker.** A third report on clinical experiences with spinal analgesia: with a third series of one hundred cases.

(Brit. med. journ. 1908. August 22.)

Seinen 200 Fällen von Lumbalanästhesie (Zentralblatt 1907, Nr. 29 und 1908, Nr. 16) fügt B. hier ein weiteres Hundert an, so daß er nun über 300 solcher Fälle, im gleichen Krankenhause vom gleichen Chirurgen behandelt, verfügt. Grundsätze und Technik sind die gleichen geblieben und an oben erwähnten Orten einzusehen. Nur hat B. die Operationsgrenze etwas mehr nach oben verschoben. Die wenigen nicht ganz gelungenen Anästhesien gehören diesen schwierigen Fällen an. Die bei abdominalen Fällen mit hochreichender Gefühllosigkeit zuweilen vorkommenden Fälle von Blässe und Ohnmachtsanwandlungen bezieht Verf. auf eine Gehirnblutleere, die eine Folge der durch Bauchmuskelerschlaffung eintretenden prallen Füllung der Bauchvenen ist. Kein Todesfall war auf Rechnung der Methode selbst zu setzen. Dagegen erlebte Verf. unter den auf diese 300 folgenden Fällen zwei in sehr schlechtem Zustand Operierte, die bald nach dem Eingriff erlagen. Das eine war ein Probebauchschnitt bei sehr weit vorgeschrittenem Magenkrebs, das andere ein akuter Darmverschluß durch Kolonkrebs. Verf. ist geneigt, den tödlichen Ausgang in diesen beiden Fällen zunächst und hauptsächlich auf den schweren Krankheitszustand zu beziehen und erst in zweiter Linie auf die Anästhesie.

Die Technik hat sich bei jedem 100 verbessert: beim ersten mußte 14mal, beim zweiten 6mal, beim dritten 3mal mit Chloroform nachgeholfen werden. 2mal im letzten 100 mißlang die Punktion überhaupt: alte Männer mit unregelmäßigen Dornfortsätzen, der eine taub und nicht imstande die gewünschte Lage einzunehmen.

Weber (Dresden).

20) **Hardouin.** Les cas de mort après la rachistovainisation.

(Arch. génér. de chir. 1908. II, 8.)

Verf. berichtet kurz über einen Todesfall, den er bei seiner zehnten Spinalanalgesie mit Stovain erlebte und den er auf die Stovainverwendung zurückführt. Bei einem 59jährigen, sonst völlig gesunden Arbeiter wurde ein seit 20 Stunden eingeklemmter Bruch operiert. Die subarachnoideale Injektion von 0,07 g Stovain (Billon) ergab keine Besonderheiten, 3 Minuten später kollabierte der in leichter Beckenhochlagerung liegende Pat. während der Vorbereitung zur Operation. Atemnot, Würgbewegungen, Unruhe und leichenblaßes Gesicht werden durch Koffein- und Ätherinjektionen nicht gemildert. Es wird rasch die Operation beendet, während deren Pat. pulslos wird. Nach $1/_4$ Stunde ist kein Herzton zu hören, nur zeitweise erfolgt ein oberflächlicher Atmungszug. Die erst jetzt vorgenommene künstliche Atmung ist ohne Erfolg. Nach 20 Minuten tritt der Tod ein.

Eine kritische Übersicht über 15 weitere Todesfälle bei der Rachistovainisation führt den Verf. zum Schluß, daß Stovain gefährlicher ist als Tropakokain, und daß die Spinalanalgesie überhaupt nicht so gefahrlos ist, als viele Autoren angeben. Sie ist daher nur ausnahmsweise und mit besonderen Vorsichtsmaßregeln im gut eingerichteten Hospitale zu verwenden. Eine Kontraindikation, die bisher noch nicht aufgestellt wurde, bilden alle Fälle von Darmverschluß, da unter den 15 angeführten Todesfällen es sich 5mal um Brucheinklemmung und 1mal um Volvulus gehandelt habe.

Strauss (Nürnberg).

21) **Henls.** Un cas de tétanos traité par les ponctions lombaires et les injections intrarachidiennes de sérum antitétanique. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1908. August.)

Der Tetanus war bei dem betreffenden Soldaten im Anschluß an eine Kopfverletzung ausgebrochen. Nachdem durch eine subkutane Injektion von 100 ccm Antitetanusserum und Chloralhydrat kein Erfolg gesehen war, wurde das Serum intralumbal eingespritzt. Hiernach ließen die Krämpfe nach, die Temperatur sank; nach 2 Tagen wurde noch eine zweite intralumbale Injektion gemacht, und nunmehr hörten die Krämpfe ganz auf, nach und nach trat Heilung ein.

Herhold (Brandenburg).

22) **G. Haret.** Les rayons X font-ils naitre le cancer?

(Presse méd. 1908. Nr. 14.)

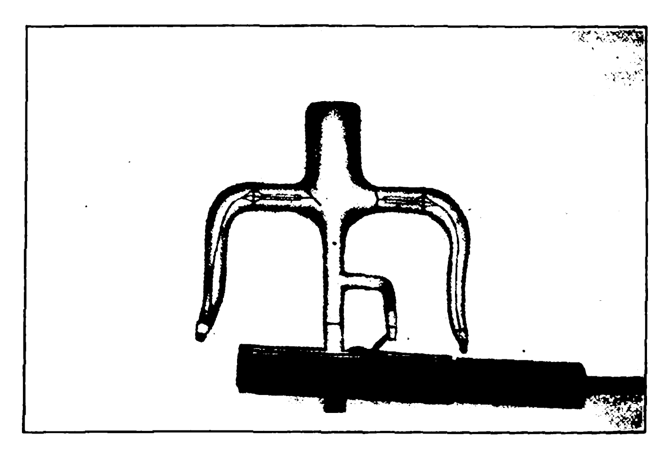
Ein an beiden Händen mit Lupus behafteter Kranker bekam an der einen niemals mit Röntgenstrahlen behandelten Hand ein Epitheliom, während die andere bestrahlte Seite davon frei blieb.

H. will ein auf einer bestrahlten Haut entstandenes Karzinom nicht als durch Röntgenstrahlen verursacht bezeichnet wissen, da den letzteren eine derartige spezifische Kraft nicht innewohnt; dieselben wirken ebenso, wie jeder andere andauernde Reiz, von dem wir wissen, daß er eine ursächliche Rolle bei der Entwicklung von Krebsen bilden kann. Auf dem französischen Chirurgenkongreß 1907 hat Béclère über einen Kranken berichtet, dessen auf einer Röntgendermatitis entstandenes Karzinom durch Röntgenstrahlen geheilt wurde. **Fehre** (Dresden).

23) **Geyser.** Using the X-ray without burning.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. L. Nr. 13.)

Empfehlung der »Cornelltube« zu therapeutischen Zwecken. Diese Röhre ist aus Bleiglas angefertigt und besitzt nur ein Fenster aus Flintglas, das auf die zu



bestrahlende Hautpartie aufgesetzt wird (oberste Stelle der Skizze). Nur hier können Röntgenstrahlen austreten. **W. v. Brunn** (Rostock).

24) **Wickham et Degrais.** Action thérapeutique du radium dans la tuberculose cutanée.

(Presse méd. 1908. Nr. 16.)

Die Radiumbehandlung der verschiedenen Hauttuberkuloseformen, die einzeln besprochen werden, gab gute und schnelle Resultate mit glatten Narben. Kräftige Tiefen- und Breitenwirkung und langdauernde sorgfältige Überwachung der Pat. sind unumgänglich notwendig, da sich leicht Rückfälle einstellen. Die Behandlung selbst dauert meist nur 2—3 Tage. Vergleiche zwischen den bisherigen Behandlungsarten und der Radiumbehandlung halten Verff. für verfrüht. Beide haben ihre Vorteile und Nachteile; aber das Radium wird sich zweifellos seinen Platz behaupten. Die Versuche der Verff. mit Einspritzungen von radioaktiven Lösungen haben ermutigende Erfolge gehabt. Die Erscheinungen gingen zurück oder schwanden ganz, ohne zu rezidivieren. Eine Kombination der Injektionen mit Bestrahlung kann vielleicht in manchen Fällen angebracht sein.

Fehre (Dresden).

25 **McLaren.** Note on syphilis of the liver.

(Annals of surgery 1908. August.)

An der Leber kommen drei typische Erscheinungen tertiärer Lues vor: 1) milchartige, weiße, kleine Flecke von unregelmäßiger Gestalt; 2) einzelne Gummi-

knoten; 3) mehrfache Gummiknoten. Wenn auch die Behandlung zunächst eine interne mit Jodkali sein muß, so werden doch sehr große Knoten, die sich schwer resorbieren, dem Messer anheimfallen können.

McL. beschreibt drei Fälle, in welchen die Knoten mit dem Thermokauter aus dem Lebergewebe herausgeschnitten und die Leberwundflächen durch Catgut vereinigt wurden. Alle drei Fälle verliefen günstig. Aus der Literatur sind elf derartige Operationen bekannt geworden mit zwei Todesfällen = 12,5%.

Herhold (Brandenburg).

26) **G. Parlavecchio.** Über einen Fall von primärem Sarkom einer empyematösen Gallenblase.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 2.)

Die Zahl der Fälle von primärem Sarkom der Gallenblase beträgt nur sechs, einschließlich eines vom Verf. selbst beobachteten und ausführlich beschriebenen Falles. Die Kranken gehörten alle dem höheren Lebensalter an. Die richtige Diagnose ist nie vor dem Eingriff gestellt worden. Vermutungsweise läßt sich vielleicht ein Sarkom annehmen, wenn sich die Geschwulst unbestimmt und schmerzlos entfaltet, eine ansehnliche Größe erreicht und das Allgemeinbefinden stark beeinflußt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) **B. E. Gerschuni.** Über die subkutanen isolierten Verletzungen des Pankreas.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

Zu 19 bekannten Fällen fügt G. den 20., von J. J. Grekow operierten.

Eine 43jährige Frau bekam abends einen Stoß mit einem Holzscheit gegen den Leib. Am anderen Morgen Erbrechen; nachmittags bei 64 Pulsen intensive Schmerzhaftigkeit der Oberbauchgegend, deren Muskeln bretthart gespannt waren, besonders rechts vom Nabel. Das aufgetriebene Epigastrium durch eine tiefe Furche oberhalb des Nabels vom übrigen Bauche getrennt. Keine Spuren der Gewalteinwirkung auf der Haut. Wegen zunehmender Schmerzen wurde (24 Stunden nach der Verletzung) operiert; es fanden sich ausgedehnte Blutungen im Netz und Mesokolon, auf dem Colon transversum und der großen Kurvatur des Magens, in der Radix mesenterii und dem Mesoileum. Blutungen an der Leberpforte. Netz, Bauchfell und Darmserosa waren übersät mit kleinen und größeren weißlichgrauen Plaques. Daraufhin wurde das Pankreas aufgesucht und ein querer, schwarz erscheinender Riß in der Nähe seines Kopfes gefunden. In der Umgebung stand dunkelbraune Flüssigkeit, nach deren Entfernung aus der Tiefe helles Blut quoll. Tamponade. Die Wunde eiterte mäßig, die Plaques vermehrten sich. Am 7. Tag erschien zum ersten Male Zucker im Harn. Am 9. Tage starb Pat. unter den Zeichen stetig zunehmender Schwäche.

Bei der Sektion fand man massenhafte Herde der Fettgewebsnekrose; auch im retro- und präperitonealen Fett längs dem Bauchschnitt. Zwischen Magen und hinterer Bauchwand lag ein mit der Wundhöhle nicht zusammenhängender Abszeß von Apfelgröße, in seinem dicken, grünlich-gelben Eiter schwammen Klümpchen nekrotischen, verseiften Fettes bis zu Erbsengröße. In der Substanz des Pankreas waren die stecknadelkopfgroßen Herde im Schwanzteile besonders zahlreich. Zirka 3 cm vom Kopf entfernt ein 7 mm tiefer Querriß mit schmutzig-graugelblichen Rändern. In der Nähe des Risses war die Substanz der Drüse grau.

G. bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose bzw. deren Unmöglichkeit und macht besonders auf den beschriebenen Kontraktionszustand des Epigastrium aufmerksam, der möglicherweise in Zukunft einen wertvollen Fingerzeig abgeben könnte.

V. E. Mertens (Kiel).

28) **J. Gobiet.** Über Schußverletzungen des Pankreas.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 4.)

18 bisher veröffentlichten Fällen reiht Verf. einen neuen an, der 18 Stunden nach der Verletzung zur Operation kam. Außer der stark gequetschten Schuß-

wunde in der Mitte des Pankreaskörpers fanden sich Ein- und Ausschuß am linken Leberlappen und ein Loch im kleinen Netz. Alle Wunden wurden tamponiert, außerdem die Bursa omentalis und der Raum zwischen Magen und Leber. Verlauf verhältnismäßig glatt, leichte Pneumonie, etwas Ikterus, nach 9 Tagen Entleerung massenhaften Pankreassekretes mit Fettnekrosen. Nach 5 Wochen völlige Heilung.

Von den bekannten 19 Fällen sind 6 nicht operierte tödlich geendet, von den 13 operierten 7 geheilt. Die Erforschung der Todesursache zeigt, daß 1) die komplizierenden Verletzungen anderer wichtiger Organe, 2) der Austritt von Pankreassekret die Verletzung so gefährlich machen. Daher ist die erste Bedingung möglichst rasche Laparotomie, wo Verdacht auf penetrierende Bauchverletzung besteht. Da die Pankreasschußwunden auffallend wenig bluten, muß man sorgfältig suchen. Die Naht am Pankreas ist schwierig, außerdem genügt die Tamponade fast immer. Naht ohne Tamponade ist unzureichend. — Literatur.

Renner (Breslau).

29) **Fasano.** Contributo clinico alla conoscenza delle pancreatite suppurante.

(Policlinico, sez. chir. 1908. XV, 8.)

Ein 13jähriges Mädchen klagte seit 1 Monate über zeitweise heftige Schmerzen in der Magengegend, die von Druckgefühl, Übelkeit, Erbrechen und heftigem Stuhlgang gefolgt waren. Der Stuhlgang bedingte nicht immer nachfolgende Entleerungen, dagegen stellten sich im anfallsfreien Intervall häufige Diarrhöen ein. Schließlich kam es im Anschluß an einen Anfall zur völligen Stuhlverhaltung. In der Klinik mußte ein akuter Okklusionsileus angenommen werden. Objektiv konnten Darmsteifungen, die von rechts nach links verliefen, und eine kuglige Geschwulst in der Oberbauchgegend, die den Eindruck einer Flüssigkeitscyste machte, nachgewiesen werden. Es wurde eine retroperitoneal gelegene Cyste als Ursache des Ileus angenommen. Die erst nach 3 Tagen vorgenommene Operation ergab beginnende Peritonitis und eine große Geschwulst unter dem gespannten Lig. gastro-colicum. Bei der Inzision der Geschwulst entleerten sich 4 Liter jauchiger mit nekrotischen Fetzen vermischter Flüssigkeit. 4 Tage nach der Operation ging Pat. zugrunde. Die Obduktion ergab als Ausgangspunkt der scheinbaren Geschwulst das nekrotische Pankreas.

Eine ausführliche Darstellung der Ätiologie, Genese, Symptomatologie und Diagnose der akuten Pankreaseiterungen ergänzt die beachtenswerte Kasuistik, die den Verf. mahnt, auch nur beim geringsten Verdacht auf Pankreaseiterung möglichst rasch chirurgisch vorzugehen. Im berichteten Falle war die Verzögerung des Eingriffs durch die anfangs versagte Einwilligung der Eltern zur Operation bedingt.

Strauss (Nürnberg).

30) **Magenau.** Ein Fall von akuter hämorrhagischer Pankreatitis bei Cholelithiasis.

(Med. Korrespondenzblatt d. württemb. ärztl. Landesvereins 1908. August 15.)

Es handelte sich um einen fettleibigen Mann, der nach dem Mittagessen akut unter den Erscheinungen einer Perforation eines Ulcus ventriculi oder duodeni erkrankte. Die 7 Stunden nach Beginn der Erkrankung ausgeführte Laparotomie ergab: Gallenblase mit Steinen gefüllt; in der Oberbauchgegend ein stark hämorrhagisches, seröses Exsudat; Pankreas dunkelrot verfärbt und vergrößert, derb; Fettgewebsnekrose in der Umgebung. Ausgedehnte Tamponade und Drainage; 3 Tage später Tod.

Nach dem Sektionsbefunde war folgende Äiologie der Erkrankung wahrscheinlich: Oberhalb der Papille fanden sich vier kleine Gallensteine, welche den nach dem Mittagessen sehr reichlichen Sekretstrom der Bauchspeicheldrüse in die vielleicht vorher schon durch ein altes Gallensteinleiden chronisch geschädigte Drüse zurückstauten und so die totale Nekrose des Pankreas, die bei der Sektion gefunden wurde, verursachten.

Mohr (Bielefeld).

31) **Hasbrouck.** Enormous endotheliomatous cyst of the great omentum.
(Annals of surgery 1908. August.)

Bei einer 50jährigen Frau, die an Unterleibsschwellung litt, hatte man die Diagnose auf Ovarialkystom gestellt, während die Laparotomie ergab, daß es sich um eine Gekröscyste handelte. Dieselbe ging zwischen Magen und Colon transversum vom Netz aus; sie war nicht gestielt und wog, mit Flüssigkeit gefüllt, 40 Pfund. Bei der Operation wurde eine gewisse Menge Flüssigkeit vor der Exstirpation durch Punktion abgelassen. Im Innern der aufgeschnittenen Cyste lag ein großes Blutgerinnsel; das Gewebe bestand vorwiegend aus Epithelzellen, die sich säulenförmig um die Gefäße gruppierten, von welchen sie auszugehen schienen; das zwischen den Zellen liegende fibröse Gewebe war sehr blutreich. Die mikroskopische Diagnose lautete auf Epithelioma. Pat. wurde geheilt. Bei 19 aus der Literatur gesammelten Fällen betrug die Mortalität der operierten Netzcysten 6%. Verf. weist auf die Schwierigkeit hin, vor der Laparotomie eine sichere Diagnose zu stellen. **Herhold** (Brandenburg).

32) **F. Ehler.** Multiples Dermoid des Mesenterium.
(Časopis lékařů českých 1908. p. 177.)

Die 22jährige Frau bekam vor 2 Jahren einen Fußtritt gegen den Bauch. Eine Woche später tastete sie an der verletzten Stelle eine Beule, die an Größe stetig zunahm. In der linken Bauchhälfte fand sich eine ovale, vom Poupartschen Bande bis zum Rippenbogen, von der Linea alba bis in die Lendengegend reichende, glatte, elastische fluktuierende, nicht druckschmerzhafte, gegen die Unterlage und bei Respiration mäßig bewegliche Geschwulst. Die Diagnose wurde auf retroperitoneale Cyste genitalen Ursprunges gestellt. Bei der Operation fand man im Mesenterium des Colon descendens eine mannskopfgroße Cyste, an deren oberem Pol in der Nierengegend drei weitere, kleinere, kleeblattartig zusammenhängende Cysten vorhanden waren. Sie wurden sämtlich exstirpiert. Die Wand hatte einen schleimhautartigen Charakter: geschichtetes Pflasterepithel, spärliche Submucosa mit längs- und querverlaufenden Bindegewebsbündeln und zahlreichen, dünnwandigen Gefäßen. Den Inhalt der Cysten bildete eine schmierige, gekochtem Reisbrei ähnelnde Masse. — Heilung.

Der Autor glaubt, daß es sich um retroperitoneale Gebilde handle, die zwischen die Mesenterialblätter hineingewachsen sind, und daß das Trauma den Anstoß zum Wachstum der embryonal angelegten Keime gegeben habe.

G. Mühlstein (Prag).

33) **Heller** (Charlottenburg). Zwei seltene Mißbildungen des Penis.
(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 7.)

H. beschreibt zunächst einen normalen 22jährigen Mann mit Diphallus partialis. Der 6 cm lange Schaft des Penis erwies sich bis zur Eichel als ganz normal. Solange das Präputium die Glans bedeckte, war die Anomalie nicht merklich. Wurde mit einiger Mühe die Vorhaut zurückgestreift, so präsentierten sich zwei ziemlich gleichmäßig entwickelte Eicheln, von denen jede ein blind endigendes Orificium externum zeigte. Die eigentliche Harnröhre endete unter dem rechten Orificium externum hypospadisch. Störungen bestanden nicht, auch keine sonstigen Anomalien.

H. unterscheidet neben dem partiellen Diphallus noch einen totalen. Dabei können beide Glieder nebeneinander völlig getrennt oder mit der Wurzel konvergierend, oder übereinander angelegt sein. Jedenfalls hat der Diphallus nichts zu tun mit der sogenannten Verdoppelung der Harnröhre. H. beschreibt eine einschlägige Beobachtung. In einem normal gebildeten Penis fand sich unter der Harnröhre eine Fistelöffnung in der Haut, von welcher aus ein dünner Gang 15 cm lang zu sondieren war. Bei sexueller Erregung des Trägers entleerte sich daraus klebrige Flüssigkeit. H. erklärte diese Bildung als den verlagerten Ausführungsgang einer dritten Cowper'schen Drüse. Mikroskopische Belege stehen noch aus.

Kroemer (Berlin).

34) **R. Kaufmann** (Frankfurt). Eine verbesserte Lupenvorrichtung zur endoskopischen Untersuchung der Harnröhre.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 6.)

Die bisher zur Vergrößerung der Schleimhautbilder an den Handgriffen des Endoskops angebrachten Lupen ermöglichen nur dem emmetropen oder hypermetropen Auge des Beobachters, klare Bilder zu gewinnen. K. konstruierte daher ein verschiebbares Lupensystem zweier Linsen, die auf dem Endoskop eine Einstellung des Bildes für jedes Auge entsprechend seiner Refraktionsanomalie gestatten. Er empfiehlt gleichzeitig das Einfetten der Lupe mit Glyzerin oder »Brillenglanz«, um das Beschlagen der Linsen zu vermeiden. **Kroemer** (Berlin).

35) **Olivier et Clunet.** Epithelioma primitif de l'urèthre d'origine glandulaire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 10.)

Ein 52jähriger Mann litt seit 2 Jahren an Harnbeschwerden; schließlich kam es zum völligen Verschluß durch im Orificium externum erkennbare Geschwulstmassen und zur Fistelbildung an der unteren Fläche.

Die histologische Diagnose der exstirpierten Geschwulst lautete Karzinom, von dem eine genaue Beschreibung gegeben wird.

Die Leistendrüsen waren nur entzündlich vergrößert.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

36) **K. Jooss** (München). Selbstmassage der Prostata.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 6.)

J. beschreibt einen von Stiefenhofer-München konstruierten Massageapparat, der aus einem 32 cm langen Mittelstück, »dem sogenannten Schaft« und einem fingerförmigen Fortsatz, dem Massage-Ansatzstück, besteht. Während der Schaft fixiert wird, kann der in den Mastdarm eingeführte Massagefinger durch einen Hebelarm vom Pat. selbst in Bewegung gesetzt werden und streichende, drückende usw. Motionen ausüben. Die Fingeransätze können je nach dem Fall verschieden lang gemacht und ausgewechselt werden. Ob der Apparat den Finger des Arztes ersetzen wird, scheint auch dem Verf. zweifelhaft.

Kroemer (Berlin).

37) **R. W. Frank** (Berlin). Ein verbessertes Cystoskop.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 6.)

F., der es sich zur Aufgabe gestellt hatte, die mit dem Gebrauche der Nitze-Cystoskope verbundenen Schwierigkeiten zu beseitigen, bringt nunmehr eine Beschreibung seiner bildaufrichtenden Instrumente. Bekanntlich ist das Operieren mit dem Nitze-Cystoskop auch für den Geübten nicht immer leicht, weil man in dem Gesichtsfelde die Verhältnisse der Blasenwand nicht aufrecht, sondern im Spiegelbilde sieht, d. h. horizontale Gegenstände vertikal und umgekehrt. F. ist es nun gelungen, durch Einsetzen eines bildaufrichtenden Prismenapparates in den Cystoskoptrichter die Bildverschiebung zu korrigieren. Man sieht in seinem Instrument die Gegenstände so, wie sie in Wirklichkeit liegen. Durch Verbesserung der Linsen und Erweiterung des Gesichtswinkels ist gleichzeitig für möglichste Klarheit der Bilder gesorgt. Auch die Kontaktzange ist in sinnreicher Weise abgeändert, so daß der störende Kurzschluß vermieden wird. Endlich bringt F. eine elegante Verpackung des gesamten Apparates in einer Metallhülse, die zum Transport wie zur Formalindesinfektion in gleicher Weise geeignet ist. Das ganze gleicht einem Fernrohr. Wer, wie der Ref., in der Lage gewesen ist, das neue Orthocystoskop zu prüfen, wird zugeben, daß nicht leicht etwas Vollkommeneres auf diesem Gebiete geleistet werden kann. Instrumente, Zubehörteile und Verpackung werden von der Firma Georg Härtel, Berlin, Karlstr. 19 geliefert.

Kroemer (Berlin).

38) **Eising.** Prevesical abscess.

(Annals of surgery 1908. August.)

Der prävesikale Raum, das Cavum Retzii, wird vorn vom Os pubis und der Fascia transversalis, hinten von der aus dem Becken aufsteigenden und die vordere und seitliche Blasenwand bedeckenden Fascie begrenzt. Der Raum reicht gewöhnlich bis zur Plica Douglasi, in seltenen Fällen bis zum Nabel; von der Plica Douglasi steigen als seitliche Säulen Bänder zur Symphyse herab. Im prävesikalen Raume liegen Lymphdrüsen, die ihren Zufluß teils von der Blasenschleimhaut, teils von der hinteren Harnröhrenwand erhalten. Verf. hat aus der Literatur eine Anzahl von Fällen gesammelt, in denen es zur Abszeßbildung im Cavum Retzii kam; die Fälle, die ganz kurz beschrieben werden, sind in folgende Gruppen geteilt: I. Infektion des Raumes von der Harnröhre und Prostata; II. Infektion infolge Perforation der vorderen Blasenwand; III. Infektion von benachbarter Drüsenentzündung; IV. Infektion von den weiblichen Genitalorganen; V. infolge Osteomyelitis des Schambeines; VI. ausgehend von Erkrankungen des Nahrungskanals; VII. nach Appendicitis. Ein Fall, in dem die Abszeßbildung nach Verletzung der Harnröhrenwand beim Katheterisieren eintrat, wurde von E. selbst mit günstigem Ausgang operiert. **Herhold** (Brandenburg).

39) **E. Ruppauner.** Zur Frage der Cystitis emphysematosa.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. Hft. 2 u. 3.)

Emphysem der Blasenschleimhaut, wohl zu unterscheiden von Fäulnisemphysem, ist beim Menschen auf dem Sektionstische selten, noch seltener im Leben beobachtet worden.

R. beschreibt einen neuen Sektionsfall. Er nimmt eine enge Verwandtschaft aller chronischen Schleimhautemphyseme an: Colpititis emphysematosa und Pneumatosis cystoides intestini der Menschen und des häufigen Intestinalemphysems der Schweine. Für letztere hat A. Jaeger durch sehr genaue Untersuchungen den spezifischen Erreger und das von diesem produzierte Gas nachweisen können (Archiv f. wissensch. u. prakt. Tierheilkunde Bd. XXXII, 1906). Für den Menschen st der Erreger bi sher noch nicht erkannt. **Trappe** (Breslau).

40) **Brongersma** (Amsterdam). Über zwei Fälle von Cysten in der Harnblase.

(Zeitschrift für Urologie Bd. II. Hft. 6.)

Verf. beschreibt eine walnußgroße cystische Geschwulst der Blase, die $1/2$ cm vor und seitlich von der linken Harnleitermündung saß, im cystoskopischen Bilde durch ihre Transparenz als Cyste sich manifestierte und klinisch die bekannten Fremdkörpererscheinungen gemacht hatte (Unterbrechung des Harnstrahles während der Miktion, Schmerzen, Cystitis). Eine Kommunikation der Cyste mit dem Harnleiter bestand nicht. Der Inhalt war kristallklar, glyzerinartig. Die Wand der mit Plattenepithel ausgekleideten Cyste zeigte die Schichten der Blasenwand. B. hält seinen Fall für eine Retentionscyste einer Harnblasendrüse und führt noch fünf analoge Fälle aus der Literatur an. Diese Bildungen sind viel seltener als die cystischen Erweiterungen des Harnleiterendes, die im cystoskopischen Befund genau das gleiche Bild geben, ätiologisch aber auf angeborene Harnleiterstenose mit und ohne Verlagerung des Harnleitermundes, sowie auf erworbene Stenosierung (Steine oder Blutgerinnsel im Harnleiter nach Traumen) zurückzuführen sind. Das Harnleiterende wölbt sich als kugelig-cystische Geschwulst in die Blase vor, oder die Steine stülpen eine seitliche Wandpartie als Harnleiterhernie in die Blase vor.

B. beschreibt einen durch Steine verursachten analogen Fall, der durch Exstirpation der Niere und des Harnleiters geheilt wurde. **Kroemer** (Berlin).

41) **Hagner.** Symptomles hematuria.

(Annals of surgery 1908. August.)

H. berichtet über drei Fälle von Blutharnen, bei welchen im Urin keine pathologischen Formelemente, abgesehen von den roten Blutkörperchen, vorhanden

waren. Die cystoskopische Untersuchung ergab, daß die Blase gesund war; die Harnleiter zeigten beim Katheterismus keine Verstopfung, in zwei Fällen entleerte sich das Blut aus dem rechten, im dritten aus dem linken Harnleiter. Das Merkwürdige dieser drei Fälle war, daß 24 bzw. 48 Stunden nach dem Harnleiterkatheterismus das Bluten aufhörte und nicht wiederkam, was um so bemerkenswerter ist, als die Blutung in einem Falle seit 35 Jahren bestand.

Herhold (Brandenburg).

42) **Walsh.** The kidneys in tuberculosis.

(Third annual report of the Henry Phipps institute 1906.)

Verf. hat in 101 Fällen von Lungentuberkulose die Nieren pathologisch-anatomisch bzw. bakteriologisch untersucht und andererseits auch in 44 Fällen nicht tuberkulöser Affektionen die mikroskopische Untersuchung der Nieren ausgeführt.

Abgesehen vom Vorhandensein von Tuberkeln in vielen Fällen der ersten Kategorie hat er irgend etwas für Tuberkulose Spezifisches an Gewebsveränderungen nicht gefunden. Außer hämorrhagischer Nephritis und Glomerulonephritis hat er alle Formen von Nephritis beobachtet. Am häufigsten fand sich in Fällen von Lungentuberkulose (in 77%) chronische, lokalisierte, interstitielle Nephritis. Diese Veränderung wird natürlich auch bei Nichttuberkulösen gefunden. Chronische allgemeine interstitielle Nephritis dagegen scheint bei Lungentuberkulösen so gut wie gar nicht vorzukommen. Chronische parenchymatöse Nephritis fand sich in 34% der Fälle. Tuberkel waren in 43% der Lungentuberkulosefälle vorhanden.

Das Gewicht der Nieren kommt im allgemeinen für die Diagnosenstellung gar nicht in Betracht.

Durch das Tierexperiment konnten in 82,5% der Lungentuberkulosefälle im Urin Tuberkelbazillen nachgewiesen werden (Meerschweinchen). Mikroskopisch fanden sich Tuberkelbazillen in 75% der Fälle. Bisweilen fanden sich Tuberkelbazillen im Urin, Tuberkel in der Niere, und doch erkrankten die mit dem Urin infizierten Meerschweinchen nicht. Bisweilen fanden sich infektionstüchtige Tuberkelbazillen im Urin, und doch waren die Nieren frei von Tuberkulose. Ödem fand man in 37% der Fälle, meist bei akuter parenchymatöser Nephritis. Albumin wurde in 51% der Fälle nachgewiesen, meist bei akuter parenchymatöser Nephritis Zylinder und Eiterzellen waren in 25—66% der Fälle vorhanden, je nach der Sorgfalt des Untersuchers.

Die Art der im Einzelfalle vorliegenden Nephritisform kann man nur annähernd bestimmen. Die gewöhnlichsten klinischen Symptome, die bei bestehender Lungentuberkulose auf Nierenaffektion hindeuten, sind die Befunde von hyalinen und granulierten Zylindern im Harn. **W. v. Brunn** (Rostock).

43) **Kay.** Case of rare pelvic tumour in a child of four years.

(Glasgow med. journ. 1908. August.)

Ein 4jähriger Knabe erkrankte aus voller Gesundheit heraus mit Leibschmerzen und Unmöglichkeit, den Urin zu entleeren. Nach Entleerung der prall gefüllten Blase durch den Katheter fand sich eine große, harte Beckengeschwulst, die vom Kreuzbein ausging und Mastdarm und Blase nach vorn verschoben hatte. Zunächst wurde ein Sarkom angenommen, der Fall als inoperabel betrachtet und dauernd katheterisiert. Schließlich entschloß Verf. sich zum Eingriffe. Zuerst, nach Eröffnung der Bauchhöhle, fand er bei völlig mit Katheter entleerter Blase ein großes, prall mit Harn gefülltes Divertikel, dessen Abfluß durch die Geschwulst verhindert wurde. Die Geschwulst, von über Orangengröße, ließ sich nach Spaltung des hinteren parietalen Bauchfells leicht bloßlegen und wurde in zwei Stücken entfernt. Sie erwies sich als ein von der Vorderfläche des Kreuzbeines gewachsenes Fibrolipom. Die Wunden wurden ohne jede Drainage geschlossen, und noch nach über 2 Jahren ist der Knabe völlig gesund.

Eine Geschwulst von gleicher Größe und histologischer Zusammensetzung hat Verf. kürzlich aus der Achselhöhle eines 4 Jahre alten Knaben entfernt.

W. v. Brunn (Rostock).

44) **Ransohoff.** Venous thrombosis and hydrocele of the inguinal canal.

(Annals of surgery 1908. August.)

Drei Fälle von Thrombose einer Vene des Samenstranges innerhalb des Leistenkanales. Klinisch äußerte sich die Krankheit in einer zylindrischen Anschwellung am oberen Ende des Samenstranges, die sich in den Leistenkanal erstreckte; 2mal war eine leichte Entzündung des Nebenhodens eingetreten. Alle Krankheitserscheinungen schwanden nach 2—3 Wochen völlig unter Behandlung mit Bettruhe und Umschlägen. Als Ursache wurde einmal Überanstrengung beim Tennis, das andere Mal langdauerndes Golfspiel, das dritte Mal endlich Druck des Bruchbandes angegeben. Die Krankheit ist zuweilen mit Hydrokelen des Samenstranges kompliziert; auch beim weiblichen Geschlecht kann eine Thrombose an einer der Venen des Lig. rotundum z. B. durch Trauma vorkommen.

Herhold (Brandenburg).

45) **W. Schmeel.** Über ein Hodenteratom mit makroskopisch blasenmolenähnlichen intravaskulären Metastasen.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. Hft. 2 u. 3.)

Die Neubildung war innerhalb eines halben Jahres langsam gewachsen und wurde unter der Diagnose »Hodentuberkulose« exstirpiert. Kurz darauf traten Drüsenmetastasen auf, die im Verlauf eines weiteren halben Jahres zum Tode führten.

Bei der Sektion fanden sich im Gefäßsystem (Vena cava, Valvula tricuspidalis, A. pulmonalis) zahlreiche frei flottierende, zottige Fäden mit Sekundärzöttchen, also chorioepitheliomartige Bildungen, die Schlagenhaufer vom Epithelüberzuge fötaler Eihüllen oder deren Rudimenten ableitete.

Mikroskopisch aber fehlte der für das Chorioepitheliom charakteristische Überzug von Langhans'scher Schicht und Syncytium.

Die Zotten und Träubchen bestehen aus Epithelschläuchen und Cysten in myxomatösem Grundgewebe und sind von einem Endothel überzogen, das vielleicht dem Endothel der Gefäßwand entstammt. **Trappe** (Breslau).

46) **Crowe and Wynn.** A case of streptococcic puerperal infection treated with a vaccine.

(Brit. med. journ. 1908. August 8.)

Fall von puerperaler Sepsis durch Mischinfektion von Kolibazillen und Streptokokken, der erfolgreich mit Koli- und Streptokokkenvaccine, von der Kranken selbst gewonnen, behandelt wurde, nach Feststellung des opsonischen Index. Temperaturkurve ist beigegeben. **Weber** (Dresden).

47) **Arnavielche.** Relation d'accidents causés par la foudre dans les alpes.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1908. August.)

Acht Soldaten befanden sich teilweise auf dem Boden liegend, teils auf einer steinernen Bank sitzend in einer Kapelle, als der Blitz in die Glocke derselben schlug und durch eine von dieser auf den Fußboden gehende eiserne Kette in das Innere drang. Sechs Leute hatten mehr oder weniger schwere Hautverbrennungen erlitten, während die Kleider bis auf ein kleines, in der Nähe der Hosentasche befindliches Loch unversehrt waren. Außerdem waren bei diesen sechs Leuten die unteren Gliedmaßen etwa 24 Stunden gelähmt; es bestand an ihnen ein Gefühl von Ameisenkriechen und leichte Empfindungsstörungen. Bei allen sechs Leuten wurde die Dienstfähigkeit erhalten. **Herhold** (Brandenburg).

48) **Wendler.** Über Blitzverletzungen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1908. Hft. 17.)

Am 10. Juni 1907 schlug der Blitz in eine Abteilung von etwa 40 Mann Feldartillerie; ein Mann wurde getötet, sechs niedergeworfen und verletzt. Bei allen Leuten waren die Kleider zerfetzt und verbrannt; bei den sechs Verletzten, die

mit dem Leben davon kamen, wurde eine meist schnell vorübergehende Bewußtlosigkeit, motorische Lähmung oder Schwäche einzelner Gliedmaßen und Verbrennungen am Körper beobachtet. Die motorische Lähmung und Schwäche der Glieder dauerte nur 24 Stunden. **Herhold** (Brandenburg).

49) **Scheel.** Über Schrapnellverletzungen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1908. Hft. 15.)

Auf dem Artilleriedepot Wilhelmshafen explodierten am 21. September 1907 20 mit Bleiantimonkugeln gefüllte 15 cm-Stahlschrapnells. Von den 14 anwesenden Arbeitern wurden fünf sofort getötet, drei schwer und drei leicht verwundet. Die Getöteten wiesen ausgedehnte Verbrennungen, aufgerissene Körperhöhlen, Knochenzerfetzungen, Abreißen ganzer Gliedmaßen auf. Die Schwerverletzten erlitten ebenfalls ausgedehntere Verbrennungen, Weichteilzerreißungen und Knochenbrüche, während bei den Leichtverletzten geringere Verbrennungen und Kontusionen vorhanden waren. Von den Schwerverletzten starb einer. Die Verbrennungen wurden durch die bei der Explosion des Schrapnells entstehenden Gase und Flammen bedingt. **Herhold** (Brandenburg).

50) **P. L. Friedrich.** Die elektrische Reflexlichtbeleuchtung im Dienste des chirurgischen Unterrichts.

(Klinisches Jahrbuch Bd. XIX. 1908.)

F. beschreibt die Beleuchtungsanlage, die im Hörsaal der chirurgischen Universitätsklinik zu Marburg neu angelegt wurde. Diese neue Anlage, die nach dem Krönig-Siedentop'schen Prinzip konstruiert ist, dient nicht nur zur Beleuchtung des Operationsfeldes, sondern erstrebt auch eine intensive Lichtgebung für Operations- und Demonstrationsfeld ohne einseitigen Lichteinfall und Ausnutzung der Belichtung für alle im Raum zuschauenden Hörer an.

Das Licht einer mit einem Strom von 30 Ampère gespeisten Scheinwerferbogenlampe, die in einem Vorraum angebracht ist, fällt auf einen Metallspiegel und wird von diesem durch eine Öffnung in der Wand auf ein System von sieben Verteilerspiegeln geworfen, die das Licht wieder auf 7 im Raum verteilte Beleuchtungsspiegel weitergeben. Diese letzteren reflektieren das Licht auf das Operations- und Demonstrationsfeld, das einen Durchmesser von 60 cm hat. Durch eine sinnreiche Anordnung der Spiegel wird eine intensive Beleuchtung in Horizontalrichtung auch für Operationen und Demonstrationen in Steinschnittlage gesichert.

Ein Wasserkasten zwischen Scheinwerfer und Wanddurchtrittsöffnung trägt zur Abkühlung des Lichtes bei, eine Rauchglasplatte ermöglicht, wenn erwünscht, eine Dämpfung des Lichtes.

Die Anlage hat sich sehr bewährt, Kosten waren 1478 Mark. Ein Bild und mehrere Pläne veranschaulichen die Anlage. **L. Simon** (Mannheim).

32) **Bryant.** A new motor for bone surgery.

(Annals of surgery 1908. August.)

Der von B. empfohlene Knochenbohrer hat große Ähnlichkeit mit der Sudekschen Fräse. Seine Eigenschaften sind folgende: $^3/_{10}$ Pferdekraft, 15000 Umdrehungen in der Minute, Durchmesser $2^1/_8$ Zoll, Länge des Griffes $9^1/_2$ Zoll. Der Motor ist äußerst leicht und kann zur Bildung von osteoplastischen Lappen sowohl wie zum Herstellen von Trepanlöchern gebraucht werden. Hergestellt wird er von der Internationalen Instrumentenkompagnie in Cambridge, Mass.

Herhold (Brandenburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 47. Sonnabend, den 21. November 1908.

Inhalt.

1) **Guyot.** Sulla emoagglutinazione batterica (batterio-emoagglutinazione).

(Policlinico, sez. med. 1908. XV, 7.)

Auf Grund ausgedehnter, in Tabellenform mitgeteilter Versuche über Bakteriohämoagglutinine kommt G. zu nachstehenden Schlüssen:

Zahlreiche Stämme von Bakterium coli agglutinieren die roten Blutkörperchen verschiedener Tierarten.

Die Erythrocyten verschiedener Individuen derselben Art werden von den gleichen Bakterien in gleicher Weise agglutiniert.

Die Hämoagglutination beruht nicht auf Sekretions- oder Exkretionsprodukten der Bakterien, sondern ist an den Bakterienleib gebunden, der die agglutinierende Kraft auch nach dem Absterben der Bakterien noch behält.

Die Reaktion des Kulturmediums hat keinen Einfluß auf die Intensität der Hämoagglutination, die jedoch durch Natur und Zusammensetzung des Nährbodens beeinflußt wird.

Das Hämoagglutinationsvermögen ist voraussichtlich eine allgemeine Eigenschaft aller Bakterien.

Strauss (Nürnberg).

2) **Rostowzew.** Das Kernig'sche Symptom bei Tetanus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 36 u. 37.)

Verf. beobachtete das Kernig'sche Symptom — die Flexionskontraktur des Kniegelenkes — bei Tetanus bereits im Frühstadium der Krankheit neben anderen Frühsymptomen. Es kann daher — wie Verf. an seinen Beobachtungen zeigt — von großer Bedeutung in diagnostischer Beziehung sein; doch findet sich das Symptom auch in den Spätstadien.

Die Ausführungen über Pathogenese und Wesen dieses Symptoms bringen R. zu dem Schluß, daß die Flexionskontraktur des Kniegelenkes durch folgende drei Ursachen hervorgerufen werde: Intrakranielle Drucksteigerung, erhöhte Reizbarkeit der Wurzeln der Rückenmarksnerven infolge des sie umgebenden Exsudats und Verkürzung infolge von Hypertonie der Flexionsmuskeln des Unterschenkels.

Langemak (Erfurt).

---

3) **Meissner.** Über Hautdesinfektion nur mit Alkohol.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 191.)

Spielt die Anwendung des Alkohols schon in der Desinfektionsmethode nach Fürbringer und Ahlfeld und mit Seifenspiritus eine Rolle, so ist seine alleinige Anwendung zur Hautdesinfektion, nachdem der Vorgang Reinicke's wenig Nachahmung gefunden hatte, neuerdings wieder von Schumburg in Aufnahme gebracht worden. Seine Eignung zur Hautdesinfektion verdankt der Alkohol weniger seiner schwach antiseptischen oder fettlösenden Wirkung, als vielmehr mechanisch-physikalischen Eigenschaften, unter denen die gerbende, härtende Wirkung an erster Stelle steht.

Verf. hat an der v. Bruns'schen Klinik ausgedehnte bakteriologische Untersuchungen bei bloßer Alkoholdesinfektion des Operationsfeldes und der Tageshand angestellt, indem von ersterem vor Beginn der Operation, nach dem Hautschnitt und am Schluß der Operation, von letzterer vor Beginn und nach Schluß der Operation nach Abnahme der Gummihandschuhe abgeimpft wurde. Näheres über die Technik der Untersuchungen ist aus dem Original zu ersehen. Zum Vergleiche wurden analoge Versuche mit der Ahlfeld'schen Methode angestellt.

Im ganzen ergab sich, daß die Verwendung von hochprozentigem Alkohol die Keimabgabefähigkeit der Haut nicht in dem Maße herabsetzt, wie diejenigen Methoden, welche nach der Desinfektion einen Überzug auf der Haut anbringen, aber die Wirkung ist doch eine so starke und für die Operationsdauer zuverlässige, daß sie den praktischen Bedürfnissen in vollstem Umfange genügt.

Von allen Desinfektionsmethoden, welche auf physikalisch-chemischer Einwirkung beruhen, ist die Desinfektion nur mit Alkohol (96%ig) bakteriologisch die beste; da sie die Desinfektion mit einem Mittel in einem Akt vereinigt, die einfachste; da keinerlei Hautreizungen auch

bei wiederholter Desinfektion entstehen, die schonendste; und da sie nur 5 Minuten dauert, die am raschesten ausführbare.

Die praktische Ausführung gestaltet sich derart, daß Hand oder Operationsgebiet 5 Minuten mit in Alkohol getauchten sterilen Gazebäuschen abgerieben und jede Anwendung von Wasser, Seife, Desinfizientien usw. unterlassen wird, abgesehen davon, daß grob verunreinigte Hände zuvor in gewöhnlicher Weise gewaschen und abgetrocknet werden.

Der gebrauchte 96%ige Alkohol kann durch Sedimentierung und Destillation wieder gebrauchsfähig gemacht werden; außerdem eignet sich ebensogut der überall zu beschaffende gewöhnliche Brennspiritus, so daß das Verfahren zugleich den Vorzug der Billigkeit besitzt.

Die alleinige Alkoholdesinfektion ist daher nicht bloß dem Kliniker, sondern vor allem auch dem Praktiker und Kriegschirurgen aufs angelegentlichste zu empfehlen. **Reich** (Tübingen).

---

4) **Escomel.** Dispositif pour réaliser la conservation aseptique des objets de pansements.

(Presse méd. 1908. Nr. 22.)

E. empfiehlt (ähnlich dem Janet'schen Verfahren der Kathetersterilisation mit Trioxymethylen), zum Gebrauch in der Sprechstunde die Verbandmittel in einem Glasgefäß aufzubewahren, in dessen Deckel ein mit Formaldehyd getränkter Wattetampon befestigt ist. Bakteriologische Versuche ergaben die Abtötung der auf Petrischälchen ausgesäten Kulturen in diesen Gefäßen. **Fehre** (Freiberg).

---

5) **H. v. Bayer.** Fremdkörper im Organismus. Einheilung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 1.)

Das sich mehrende Bedürfnis der Chirurgie, körperfremde Materialien zu therapeutischen Zwecken dem Organismus zu dauerndem oder vorübergehendem Verweilen einzuverleiben, hat den Verf. veranlaßt, in einer großen Versuchsreihe das Verhalten der Gewebe zu Fremdkörpern zu studieren.

Die Arbeit, die mit zahlreichen sehr guten Abbildungen ausgestattet ist und viele recht interessante histologische Beobachtungen bringt, eignet sich bei ihrer Fülle von Einzelfeststellungen nicht zu einem kurzen Referate; vielmehr muß sich dieses auf eine kurze Inhaltsübersicht beschränken.

Ganz allgemein ist zu bemerken, daß es in bezug auf die Wirkung im Organismus weder chemisch noch physikalisch in strengem Sinn indifferente Fremdkörper gibt. Die meist an Kaninchen angestellten Versuche beschäftigen sich zunächst mit den Unterschieden im Verhalten des Organismus gegen Fremdkörper, die sich aus den physikalischen Eigenschaften (Gewicht, Größe, Dichtigkeit, Härte, Porosität, Oberflächenbeschaffenheit, Bewegung usw.) ergeben.

Sodann werden die aus den chemischen Eigentümlichkeiten der Fremdkörper (Elfenbein, Hartgummi, Horn, die verschiedenen Metalle) und der Eigenart der einzelnen Körpergewebe und -Höhlen hervorgehenden Verschiedenheiten der Reaktion untersucht und schließlich der Einfluß des allgemeinen Zustandes der Gewebe (Hunger usw.) berücksichtigt.

52 Thesen am Schluß der Arbeit erleichtern eine Orientierung.

Reich (Tübingen).

---

6) **Fasiani.** Sull' emigrazione dei leucociti nella stasi alla Bier.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1908. LXXI, 7 u. 8.)

Verf. konnte in experimentellen Untersuchungen über die Granulationsbildung bei der Bier'schen Stauung die von einzelnen Autoren betonte Leukocytenanhäufung nicht beobachten und stellte daher eine Reihe weiterer Tierversuche an, um die verschiedenen Ansichten der einzelnen Autoren, die kurz angeführt werden, zu klären. Es wurde daher in das Kaninchenohr subkutan Catgut, aseptische und mit Aleuronat imbibierte Seide eingeführt und dann das Ohr durch eine Gummischlinge 2—3 Stunden gestaut. Es fand sich in drei Untersuchungsreihen keine stärkere Anhäufung von Leukocyten in dem gestauten Ohr, ebenso fand keine erheblichere Gewebseinschmelzung statt. Verf. kommt daher zum Schluß, daß die Bier'sche Stauung keine stärkere Leukocytose bedinge, und daß der raschere und günstigere Ablauf infektiös entzündliche Prozesse nicht auf die reichlichere Leukocytose zurückzuführen sei. Dagegen sei es sicher, daß die regenerativen Prozesse unter der Stauungsbinde viel rascher zustande kommen.

Die verschiedenen Angaben anderer Experimentatoren erklärt F. aus einer verschiedenen Dosierung und Verwendung der Methode.

Strauss (Nürnberg).

---

7) **P. Frangenheim.** Die Wirkung der Bindenstauung im Tierexperiment.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 2.)

Verf. hat bei Kaninchen teils in den Unterschenkel, teils in das Knochenmark und in das Kniegelenk Bakterien injiziert und sofort oder nach kurzer Frist nach der Infektion die eine Seite gestaut, während die andere nicht gestaut wurde. Bei den Gelenkeiterungen wurde immer nur ein Gelenk infiziert und gestaut, dagegen das infizierte Kontrolltier nicht gestaut. Verf. fand überall auf der gestauten Seite vermehrte Eiterung gegenüber der nicht gestauten und konnte durch Stauung die Entzündung nie zur Rückbildung bringen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

8) **Waterhouse.** An address on Prof. Bier's treatment by means of induced hyperaemia.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 18.)

Die Arbeit ist eine Lobpreisung der Hyperämiebehandlung nach Bier und hat ihren Wert hauptsächlich darin, daß sie englischen Ursprungs ist. Denn man hat sich in England der Bier'schen Methode gegenüber, wie Verf. am Schluß selbst betont, bisher weniger zugänglich gezeigt, als sie verdient. W. wendet sie seit 12 Jahren an und erklärt die Erfolge bei der Gelenktuberkulose für allen anderen Methoden überlegen. Allerdings verbindet er mit der Stauungsbinde stets die Jodoformeinspritzung, so daß seine Ergebnisse nicht restlos auf die Stauung zu beziehen sind. Zu der für eine erfolgreiche Behandlung so notwendigen Frühdiagnose besitzen wir im Koch'schen Tuberkulin ein Mittel, das in 99% der Fälle verläßlich ist. Unter Hinweis auf 20 Beispiele aus einer sehr großen Zahl von Fällen rühmt Verf. die großen Vorzüge der Methode. Neue Beobachtungen bringt er nicht.

Weber (Dresden).

9) **Hartwell.** The question of operation for non penetrating intracranial trauma.

(Annals of surgery 1908. Juli.)

Verf. teilt mit Bezug auf den therapeutischen Standpunkt die nicht penetrierenden Schädelverletzungen in vier Gruppen. Gruppe I enthält die Fälle, in denen es sich um eine Gehirnerschütterung handelt, die sich nach und nach bessert; Gruppe II betrifft Schädelzertrümmerungen schwerster Art mit starker Gehirnverletzung, bei denen der Tod sehr bald eintritt. In diesen beiden Gruppen ist von einer Operation Abstand zu nehmen. Gruppe III betrifft die Fälle, in denen es sich um Depressionsfrakturen oder Blutungen im Innern des Schädels handelt; hier muß auf alle Fälle operiert werden. Gruppe IV enthält die Grenzfälle, bei denen die Indikation schwer zu stellen ist. Hierher gehören besonders die Fälle, in welchen allgemeine Gehirndruckerhöhung infolge Blutüberfüllung der Gefäße und Ödem des Gehirns ohne sonstige lokale Erscheinungen vorhanden sind. Zwei Erkrankungen dieser letzten Gruppe, in welchen die Trepanation, auch ohne daß ein lokaler Herd gefunden wurde, zur Beseitigung der Krankheitssymptome (Erbrechen, Kopfschmerzen, Konvulsionen) führte, werden näher beschrieben. Auf die Schwierigkeit einer exakten Diagnose bezüglich des Sitzes der Gehirnläsion wird hingewiesen und ein Fall geschildert, wo man eine Beteiligung der linken motorischen Region annahm, während die Autopsie einen Bluterguß in der rechten zeigte.

Herhold (Brandenburg).

10) **Custodis.** Die Verletzung der Arteria meningea media.
(Bibliothek von Coler-Schjerning Bd. XXVI. VIII. u. 200 S.)
Berlin, **August Hirschwald,** 1908.

Unter Berücksichtigung von 153 operativ behandelten Fällen der letzten 25 Jahre wird eine übersichtliche und umfassende Darstellung der Symptome, Diagnose, Prognose und Behandlung der Verletzungen der Arteria meningea media gegeben. Die Erfolge sind seit der Statistik Wiesmann's (1884) etwas besser geworden. 79,63 : 73,5% Heilungen; eine schlechtere Prognose geben immer noch die mit Schädelgrundbrüchen einhergehenden Blutungen. Gefordert wird ein aktiveres Vorgehen, da eine moderne Trepanation bei richtiger Ausführung nicht viel schaden kann. Bekanntlich können auch ohne Bruch der Schädelknochen Zerreißungen der Arterie zustande kommen. Zu empfehlen ist die osteoplastische, temporäre Resektion an den Trepanationsstellen Krönlein's. Das verletzte Gefäß muß natürlich, auch wenn es nicht mehr bluten sollte, unterbunden werden; nur im Notfalle darf man sich mit der Tamponade begnügen.

Zwei selbst beobachtete Fälle, die ½ bzw. 17 Stunden nach der Verletzung operiert wurden und zur Heilung kamen, werden genauer geschildert.

Glimm (Hamburg).

---

11) **H. Oppenheim.** Zur Gehirnchirurgie.
(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 28.)

In Form eines offenen Briefes an Fedor Krause schildert Verf. die Schwierigkeit und die Verantwortung der vom Nervenarzt geforderten Diagnose, zumal wenn bei dem schon im Stadium der Benommenheit befindlichen Pat. eine genaue Untersuchung nicht anzustellen ist.

Äußerst wichtig ist daher, aus einer genauen und überzeugenden Krankengeschichte des erstbehandelnden Arztes die für die Ortsbestimmungen notwendigen Herderscheinungen erkennen zu können, da manche Erscheinungen nur periodisch oder anfallsweise auftreten. Einige gemeinsam beobachtete Fälle, die zum Teil schon veröffentlicht sind, illustrieren kurz die oft unüberwindlichen Schwierigkeiten der Diagnose. Die Erfolge in einzelnen Fällen sind nur als Ausnahmeerfolge anzusehen; dem Wissen und Können sind noch enge Grenzen gezogen.

Die Erfolge werden aber besser werden, wenn die Pat. rechtzeitig in klinische Beobachtung kommen, damit Art und Reihenfolge der Entwicklung bestimmt werden kann. O. sieht in der Hirnpunktion ein willkommenes Hilfsmittel in der speziellen Diagnostik der Hirngeschwülste, die bei richtiger Anwendung gute Dienste leistete und manchen Fall der operativen Radikalbehandlung zugänglich machen kann, der dieser sonst entgehen würde.

Langemak (Erfurt).

---

12) **H. E. Kanasayi.** Beitrag zur topographisch-chirurgischen Anatomie der Pars mastoidea. Mit 40 Tafeln nach photographischen Aufnahmen der Präparate in natürlicher Größe.

Wien, **A. Hölder,** 1908.

Die anatomischen Untersuchungen des Verf.s sind insofern bemerkenswert, als sie sich auf ein außerordentlich großes Material (ca. 4000 Schädel) erstrecken. Es fragt sich nur, ob die Neuheit der Ergebnisse ganz die aufgewendete Mühe und Arbeit lohnt. Die Untersuchungen des Verf.s erstrecken sich auf folgende Einzelheiten: Größe und Form des Processus mastoideus, katamastoideale und anamastoideale Schädel, Crista supramastoidea und Torus supramastoideus, Incisura mastoidea, Apex simplex und duplex, Processus mastoideus duplex, Fissura mastoidea-squamosa, Foramen occipitomastoideum, Processus paramastoideus und endlich Dehiszenz des Processus mastoideus und Os tympanicum. Des weiteren werden in Sagittal- und Frontalschnitten die topographisch-anatomischen Verhältnisse des Warzenfortsatzes zu dem Sinus und Gehirn dargestellt. Leider lassen stellenweise gerade hier die Reproduktionen, die sonst durchaus auf der Höhe stehen, etwas zu wünschen übrig.

Engelhardt (Kassel).

---

13) **Onodi.** Das Gehirn und die Nebenhöhlen der Nase. Mit 63 Tafeln nach photographischen Aufnahmen.

Wien, **A. Hölder,** 1908.

Der unermüdliche Forscher gibt in diesem seinem neuesten Werke die Resultate mühevoller topographisch-anatomischer Untersuchungen, deren Ergebnisse den explorativen Gehirnpunktionen und chirurgischen Eingriffen bei durch Nebenhöhleneiterungen hervorgerufenen Hirnkomplikationen zugute kommen sollen. Auf 61 Tafeln, in Sagittal- und Frontalschnitten und in natürlicher Größe, sind die Lageverhältnisse der Nebenhöhlen zu den einzelnen Teilen des Gehirns dargestellt. Die Umrisse der Stirnhöhle sind auf das Stirnhirn projiziert, so daß man mit einem Blick die räumlichen Beziehungen zu den einzelnen Stirnwindungen, in erster Linie dem Gyrus frontalis sup. erkennen kann. Ebenso anschaulich ist das Verhältnis der Siebbeinzellen zur unteren Fläche des Stirnlappens, der Keilbeinhöhle zu Tuber cinereum und Schläfenlappen, und die verschiedenen Abweichungen vom normalen Verhalten dargestellt. Besonders eingehend hat Verf. die Entfernung der seitlichen Gehirnventrikel, der Gehirnganglien, der Capsula interna, der Zentralwindungen und der Insel von der Stirnhöhle, von ihrer hinteren Wand und vom Polus frontalis des Stirnlappens studiert und die nötigen praktischen Schlußfolgerungen daraus gezogen. Durch Entfernung der Knochenwandung der einzelnen Nebenhöhlen und Erhaltung der Schleimhaut bei blasenförmiger Gestalt wirken einzelne Bilder besonders anschaulich. Ein genaues Studium des Atlas, der die Präparate in natürlicher Größe bei ausge-

zeichneten photographischen Aufnahmen reproduziert, muß jeden, der in die Lage kommt, rhinogene Hirnkomplikationen behandeln zu müssen, dringend empfohlen werden. **Engelhardt** (Kassel).

---

14) **Halle.** Die submuköse Septumresektion.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihrer Grenzgebiete Bd. I. Hft. 3.)

Verf. tritt auf Grund seines Materials von 500 Septumresektionen für diese die physiologisch bedeutsamen Teile der Nase in idealster Weise erhaltende Operation ein und schildert eingehend seine von den anderen Autoren etwas abweichende Technik. Interessant sind seine Versuche, die bisweilen beobachtete abnorme Beweglichkeit des Septums durch freie Implantation passend zurechtgeschnittener Knorpel- und Knochenstückchen zwischen die Schleimhautblätter zu vermindern und so eine nachträgliche Konsolidierung des neugebildeten Septums zu begünstigen. **Engelhardt** (Kassel).

---

15) **Hopmann.** Verkürzung und Verlagerung des Vomer.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihrer Grenzgebiete Bd. I. Hft. 3.)

Durch mit Hilfe einer besonderen Technik hergestellte Moulagen der Choanen und des Epipharynx hat Verf. nachweisen können, daß besonders bei Ozaena eine Verlagerung des Vomer vorkommen kann, und daß das Septum verhornt, der Nasen-Rachenraum vertieft ist. Unter Verlagerung versteht Verf. eine Anomalie, »bei der der Vomer verkürzt und mit seinem hinteren Rand und den Alae nicht an normaler Stelle, sondern vor derselben angelagert ist, so daß es nicht zur Bildung regulärer Choanen kommt«. Diese bei Ozaena zu beobachtenden Septumverkürzungen sind offenkundige Ergebnisse einer Wachtumsstörung konjunktivaler Natur, die wiederum ihren Grund in schwächenden Krankheiten der Mutter, besonders Syphilis und Tuberkulose, haben kann. **Engelhardt** (Kassel).

---

16) **Sturmann.** Die intranasale Eröffnung der Kieferhöhle.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 27.)

Das Verfahren des Verf.s hält die Mitte zwischen den kleinen und großen Operationen und gestattet, die für jede Art der Erkrankung passende Behandlung anzuwenden (Lokalanästhesie).

Durch die Haut des Naseneinganges senkrechter Einschnitt auf die Apertura pyriformis. Abhebelung der Weichteile und des Periost von der facialen Fläche des Maxillare und Abhebelung der Nasenschleimhaut von der nasalen Knochenwand. Nach Einführung eines langen Nasenspiegels Einschlagen der Apertur möglichst hoch oben und tief unten mit dem Meißel, Entfernung des Knochenstückes mit der Knochenzange, Erweiterung der Öffnung nach Belieben durch Fortnahme von den beiden Wänden. Nach Spülung der Höhle mit Wasserstoffsuperoxyd Tamponade mit Jodoformgaze. Wo nötig, Ausschabung. Die gute Übersicht erleichtert die Nachbehandlung. Die

Beobachtungszeiten sind noch zu kurz, um ein Urteil über die Endergebnisse fällen zu können.

Langemak (Erfurt).

---

17) **R. Leroux.** L'inclusion de la paraffine à 78° en prothèse nasale.

(Presse méd. 1908. Nr. 8.)

Zur Vermeidung der dem weichen Paraffin (Vaselin) oder dem durch Hitze verflüssigten Hartparaffin anhaftenden Gefahren und Mängel benutzt L. auf kaltem Weg ein Paraffin mit einem Schmelzpunkt von 78°, und zwar injiziert er es nicht, wie andere, mittels besonderer, kräftig wirkender Hebelspritzen, sondern bringt es durch einen gewöhnlichen Kieferhöhlentrokar, dessen Mandrin als Spritzenstempel wirkt, an die gewünschte Stelle. Durch ein feines Skalpell und einen schmalen biegsamen Spatel formt er sich vorher subkutan die zur Aufnahme des Paraffins nötige Höhle. Durch diese »Inklusion« vermeidet er auch auffällige Narben, die der Einpflanzung von Paraffinblöcken oder -platten nach Broeckaert oder Eckstein anhaften.

Fehre (Dresden).

---

18) **Kapp.** Gesichtsumformungen durch Paraffinprothesen.

(Fortschritte der Medizin 1908. Nr. 12.)

Verf. will die Paraffinbehandlung mehr als dies bislang geschieht, zu kosmetischen Zwecken angewandt wissen. Von den üblichen Methoden zieht er die Stein'sche vor; bei dem Gebrauche der Steinschen Spritze und des leicht knetbaren Paraffins kann man letzteres in mehreren, beliebig zu wiederholenden Sitzungen injizieren, was für die Umformung von großem Nutzen ist.

Die Gefahr der Embolie wird bei Injektion nicht flüssigen Paraffins vermieden; von den im Anschluß an die Injektionen vorkommenden Schwellungen und Hautrötungen teleangiektatischen Charakters sind erstere zu umgehen, wenn man stark mit Venen durchsetzte Partien nicht injiziert und die Injektionen nicht unter zu großem Druck macht. Bei fest auf der Unterlage sitzenden Narben, starken Bindegewebsstörungen älterer Leute u. a. verwendet Verf. als Vorkur Thiosinaminpflaster oder macht Fibrolysininjektionen.

Bei sensiblen Pat. ist Äthylchlorid als das zweckmäßigste Anästhetikum im Gebrauch.

Kronacher (München).

---

19) **L. Cheatle.** On the mental nerve area and its relation to the greyness of hair.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 4.)

Der N. mentalis ist der einzige Nerv, dessen Hautbezirk völlig mit Haar sich bedecken kann und der andererseits an den Grenzen sehr wenig Bezirke abgibt an benachbarte, in sein Gebiet reichende Nerven. Er ist also gegebenenfalls sehr geeignet, um Auftreten und Ausbreitung des Ergrauens der Haare zu studieren. Das Ergebnis

der Beobachtungen C.'s, das er durch einige treffende Abbildungen stützt, ist, daß das Ergrauen des Bartes sich oft ganz scharf an die Grenzen hält, die dem Hautbezirk des Nerven entsprechen. Er hält demnach in vielen Fällen eine trophoneurotische Ursache für gegeben.

Weber (Dresden).

---

20) **V. Gomoiu** (Bukarest). Eine neue Operation zur Behandlung der Gesichtslähmung.

(Spitalul 1908. Nr. 15.)

In Fällen von unheilbarer Gesichtslähmung, dort, wo eine Heilung mit den üblichen Mitteln nicht erzielt werden kann, ist eine neuroplastische oder muskuloplastische Operation angezeigt. Da die nervösen Anastomosen nicht jene günstigen Resultate ergeben haben, die man anfangs von denselben erwartet hatte, schlägt Verf. eine neue Muskelplastik vor, für welche ein Bündel des Kopfnickers in Verwendung gezogen wird. Hierzu wird ein Einschnitt längs des vorderen Randes dieses Muskels ausgeführt, das betreffende Bündel von der übrigen Muskelmasse abgelöst und in der notwendigen Länge abgeschnitten, dann unter Benützung derselben Hautwunde, ein Kanal bis zum Mundwinkel präpariert, in welchen man das erwähnte Muskelbündel einführt und mit einigen, die Mundschleimhaut nicht durchbohrenden Nähten fixiert. Wenn auf diese Weise eine vollständige Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln nicht zu erzielen ist, so erreicht man doch eine erhöhte Gesichtsstatik, durch welche die Lähmung viel weniger in Erscheinung tritt. G. hat seine Operation bis nun am Menschen nicht ausgeführt, sondern nur an der Leiche und an Tieren, er empfiehlt aber dieselbe zur Ausführung in einschlägigen Fällen und ist sicher, daß gute Erfolge zu erzielen sind. **E. Toff** (Braila).

---

21) **L. Brandt.** Chirurgie für Zahnärzte.

Berlin, **August Hirschwald,** 1908.

Das soeben in erster Auflage erschienene Buch des durch seine Gaumenprothesen auch in chirurgischen Kreisen seit langem wohl bekannten Verf. bildet einen Markstein in der Entwicklung der Zahnheilkunde insofern, als es sich die rühmliche Aufgabe stellt, dieser Kunst den ihr gebührenden Platz einer chirurgischen Disziplin zu gewinnen. Es ist das Ergebnis der seit Jahren von B. eifrig verfolgten Bestrebungen, den Zahnärzten chirurgisches Denken zu lehren; die ersten Kapitel über die Wunde und ihre Behandlung, über Antisepsis und Asepsis, über Infektion und Entzündung führen den lernenden Zahnarzt in diesem Sinne in seine Disziplin ein. In den weiteren Kapiteln werden die eigentlichen Zahn-, Kiefer- und Mundkrankheiten unter Beigabe guter Abbildungen nach Fällen aus der umfangreichen klinischen Praxis des Verf. besprochen; die technischen Fragen sind hier nicht berührt. In diesen Kapiteln gewinnt auch der praktische Arzt, welcher nicht speziell Zahnarzt ist, eine gute Übersicht über dies

Spezialgebiet der Medizin und die häufigen Wechselbeziehungen zwischen Zahnerkrankungen und lokalen und allgemeinen Leiden der verschiedensten Art. Dem Chirurgen speziell kann das Werk gute Dienste leisten zur Information über die Prothesen nach Operationen, deren sich die moderne Mund-, Kiefer- und Nasenchirurgie mit immer größerem Nutzen bedient; für den Zahnarzt sind die für ihn wichtigen Operationen kurz erläutert.

Der Hirschwald'sche Verlag hat dem Buch in zahlreichen instruktiven Abbildungen eine gute Ausstattung gegeben.

Richard Wolff (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus der k. k. Universitäts-Ohrenklinik in Wien.
Direktor: Prof. Urbantschitsch.

Zur Chirurgie des Schläfenbeins.

Von
Dr. Erich Ruttin,
Assistenten der Klinik.

In der otologischen und chirurgischen Literatur sind zahlreiche Fälle von ausgedehnter Entfernung der Felsenbeinpyramide bekannt[1]. Allein in fast allen Fällen handelte es sich um Entfernung der schon durch den Krankheitsprozeß (Caries, Nekrose oder maligne Tumoren) fragmentierten und aus der Umgebung gelösten Pyramide. Die Entfernung der losgelösten Pyramidenstücke ist natürlich eine leichte und im Verlaufe der Operation selbstverständliche. Die Gefährlichkeit der Operation ist eine minimale, selbst wenn dabei die Carotis oder der Bulbus freigelegt wird

Es scheint jedoch, daß man vor der ausgedehnten Resektion der Pyramide zur Beherrschung tiefer Extraduralabszesse, zur Entfernung von Acusticustumoren usw. häufig zurückschreckt, und daß die Ursache dieser Scheu die Furcht vor Nebenverletzungen der angrenzenden Gebilde (Carotis, Bulbus, Sinus, Sinus petrosus, Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube, Facialis, Vagus, Accessorius, Medulla oblongata) bildet.

Auf Anregung des Herrn Prof. Kümmell in Heidelberg möchte ich hier einen Fall mitteilen, über den ich bereits in Heidelberg auf der Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft berichtet habe.

R. W., 62 Jahre alt, wurde am 22. April 1908 in die k. k. Universitäts-Ohrenklinik in Wien (Prof. Urbantschitsch) aufgenommen. Bis vor 4 Monaten war Pat. gesund. Vor 4 Monaten erkrankte sie an Influenza, an die sich eine linksseitige akute Otitis anschloß. Pat. wurde damals einige Tage nach Beginn der akuten Otitis mit den Erscheinungen einer akuten Mastoiditis in die Klinik aufgenommen, jedoch, da die Symptome wieder zurückgingen, auf ihren Wunsch bald wieder entlassen. In der Zwischenzeit wurde sie unregelmäßig ambulatorisch behandelt. 8 Tage vor ihrer Aufnahme traten Schwellung hinter dem Ohre, Erbrechen und heftige Kopfschmerzen auf.

Otoskopischer Befund: Linkes Ohr: Die hintere obere Gehörgangswand so stark verengt, daß der Gehörgang nur mehr einen schmalen Spalt darstellt, aus

[1] Literatur siehe bei: Heyer, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1899. Bd. L.

dem dicker, nicht fötider Eiter quillt. Nach Auseinanderdrängen des Spaltes findet man in der Tiefe eine weiche Granulation. Die Regio mast. ist geschwollen, die Haut daselbst ödematös und druckempfindlich. Schmerzen im Ohre. Heftige Kopfschmerzen. Erbrechen. Kein Fieber. Kein Nystagums, etwas »Schwindel«. Auf dem linken Ohre ist sie anscheinend taub. Weber im Kopf. Rinne negativ (anscheinend hinübergehört). c und C_1, e_4+. Laute Sprache mit Hörschlauch nicht gehört. Kalorische Reaktion schwach, aber deutlich.

Operation: Typischer Hautschnitt durch das stark infiltrierte subkutane Gewebe. Es quillt sofort reichlich dünnflüssiger Eiter hervor. In der Corticalis des Warzenfortsatzes finden sich zwei Fisteln: eine etwa linsengroße, etwa 1 cm über der Warzenfortsatzspitze in der hinteren unteren Gehörgangswand gelegen, die andere, etwa 2 cm lang, fast 1 cm breit im Beginne des Sinus transversus, über denselben nach rückwärts verlaufend. Diese Fisteln sind vollständig mit schwammigen Granulationen erfüllt. In der ersten fühlt man mit der Sonde in der Tiefe rauhen Knochen, in der zweiten die Sinuswand.

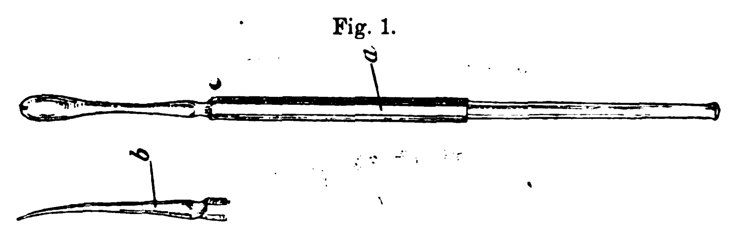
Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, dessen Struktur nicht deutlich zu erkennen ist, da das ganze Innere desselben zerstört ist und zahlreiche kleinere und einen etwa haselnußgroßen Sequester enthält. Dieser Seqnester deutet pneumatische Struktur an. Freilegung der Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube in großer Ausdehnung. Die Dura der mittleren Schädelgrube ist mit Granulationen bedeckt und verfärbt, jedoch wird nach vorn gesunde Dura erreicht, nachdem die Totalaufmeißelung angeschlossen worden war. Jetzt sieht man auch im vorderen Abhang der Prominenz des horizontalen Bogenganges zwischen ovalem Fenster und der Höhe der Prominenz eine etwa stecknadelkopfgroße verfärbte Stelle; es scheint eine Fistel, die mit einer pilzförmigen Granulation verschlossen ist, zu sein. Verfolgung des Sinus nach aufwärts und der Dura der hinteren Schädelgrube hinter dem Sinus bis ins Normale. Verfolgung des Sinus nach abwärts bis in die Nähe des Bulbus venae jugularis. Der Sinus ist allenthalben mit Granulationen bedeckt. Bei der Verfolgung des Sinus nach unten gegen den Bulbus findet sich ein Durchbruch an der vorderen unteren Gehörgangswand, an der Grenze zwischen Gehörgangswand und Trommelhöhlenboden, so daß ich wegen dieser und der obenerwähnten Fistel in der hinteren unteren Gehörgangswand resezieren mußte. Dies gelang mir erst, nachdem ich den carotischen Kanal mit dem Meißel eröffnet hatte. Dabei erfolgte eine ganz unbedeutende venöse Blutung, die mich am Operieren nicht im mindesten hinderte.

Die Fisteln führten in eine unter dem Gehörgang gelegene, mit schwammigen Granulationen erfüllte Abszeßhöhle. Bei der erwähnten Resektion der Gehörgangswände und der Ausräumung dieser Abszeßhöhle mußte der Facialis geopfert werden.

In diesem Stadium der Operation liegt die Dura der hinteren Schädelgrube in einem etwa 3 cm langen und $1^1/_2$ cm breiten, medial vom Sinus gelegenen und ihm parallelen Streifen frei. Sie ist mit Granulationen bedeckt und verfärbt. Nach vorn kann man auch durch Lüften der Dura nichts Gesundes erreichen, sondern es quillt sogar von vorn her ein Tröpfchen Eiter zwischen Knochen und Dura hervor. Da die Funktionsprüfung mit großer Wahrscheinlichkeit Taubheit ergeben hatte und die Operation eine Fistel aufdeckte, wollte ich durch die Labyrinthoperation nach Neumann den tiefen Extraduralabszeß, der gegen die Spitze zu liegen mußte, erreichen: doch beim Versuche, retrolabyrinthär zu meißeln, begann die Pyramide wegen der ausgedehnten Resektion des umgebenden Knochens zu federn. Es blieb mir daher nichts übrig, als den Versuch zu machen, die Pyramide in toto zu entfernen. Stumpfe Ablösung der Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube bis zur Pyramidenspitze mit einem, dem Freer'schen Raspatorium ähnlichen Instrument (Fig. 1). Durchtrennung der Nerven im inneren Gehörgang. Abhebung des Ganglion Gasseri aus der Impressio trigemini. Bei der Ablösung der Dura an der Stelle des Saccus endolymphaticus reißt die Dura hier ein, und es fließt klarer Liquor ab. Extraktionsversuch der ganzen Pyramide gelingt nicht. Versuche, die Pyramide mit der Kugelzange zu fassen und mit dem Meißel zu verkleinern,

erfolglos. Geringe venöse Blutung. Tamponade. Aussetzen der Narkose wegen schlechten Pulses. Sistieren der Narkose. Im Erwachen Entfernung der Tamponade. Durchtrennung eines Durastranges in der Nähe des Saccus endolymphaticus, durch den die Pyramide noch festgehalten wird. Unter rotierenden Bewegungen um die Längsachse der Pyramide gelingt es jetzt leicht und ohne weitere Nebenverletzungen, die Pyramide in toto zu extrahieren (Fig. 2). Keine Veränderung im Zustand und Puls der Pat. Keine Blutung. Im Wundgebiete sieht man nun den Trichter, der die Pyramide enthielt. Im Grunde desselben liegt der ganze intrakranielle Teil der Carotis lebhaft pulsierend frei. An der hinteren Wand des Trichters sieht man gegen die Spitze zu die schmutzig verfärbte pachymeningitisch veränderte Dura, den Stumpf der Nerven des inneren Gehörganges und eine etwa 1 cm lange Öffnung in der Dura, entsprechend der Stelle des Saccus endolymphaticus, durch die das mit normaler Pia bedeckte Kleinhirn sichtbar ist.

Fig. 1.



a. Ansicht der Breitseite.
b. Seitenansicht.

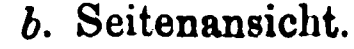
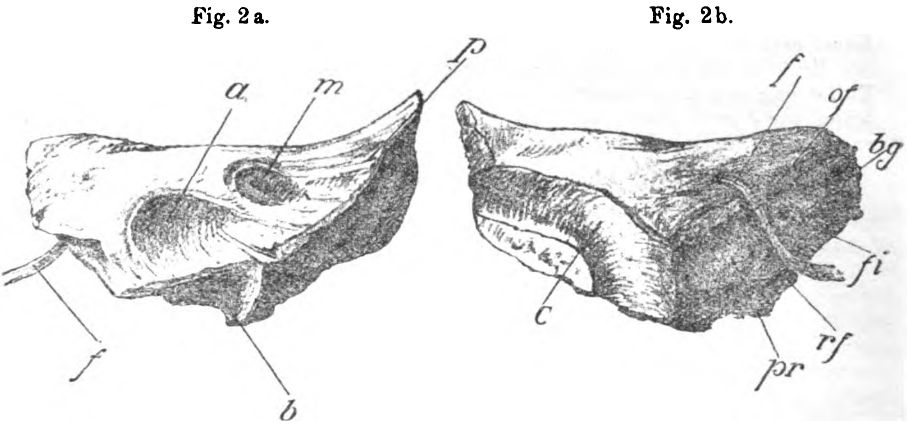


Fig. 2a. Fig. 2b.



2a. Ansicht der in einem Stück entfernten Pyramide von der medialen Seite.

a = **Apertura externa aquaeductus vestibuli.**
b = **Fossa bulbi jugularis.**
m = **Meatus auditorius internus.**
f = **Facialis.**
p = **Pyramidenspitze.**

2b. Ansicht von der lateralen Seite.

f = **Facialis.**
of = **Ovales Fenster.**
bg = **Horizontaler Bogengangswulst.**
fi = **Fistel im horizontalen Bogengangswulst.**
rf = **Rundes Fenster.**
pr = **Promontorium.**
c = **Canaalis caroticus.**

Am nächsten Tage war die Pat. sehr schwach, doch befand sie sich wohl, sprach mit den Angehörigen ganz ruhig und vernünftig. Außer der Facialparalyse war nichts Abnormes zu bemerken. Puls 60, schwach, kein Fieber. Keine Beschwerden. Am 3. Tage wurde sie bewußtlos und kam unter den Zeichen zunehmender Herzschwäche ad exitum.

Obduktionsbefund (Dozent Dr. Bartel): Hyperämie des Gehirns. Pachymeningitis externa der hinteren Schädelgrube in der Nähe der Pyramidenspitze. Multiple kleine Blutungen an der Durainnenfläche. Hochgradige Fettdegeneration des Herzens, Fettentartung der Leber und Nieren. Atrophie der Milz. Emphysem der Lunge mit beginnender Lobulärpneumonie im Unterlappen. Hirsekorngroße Follikel im Dickdarm. Marasmus senilis. Nach Leptomeningitis und Zeichen von Verletzungen des Vagus und der Medulla oblongata wurde geforscht, doch konnte nichts dergleichen festgestellt werden.

In der Literatur konnte ich nur einen Fall finden, der in ähnlicher Weise operiert wurde. Es ist dies der von Bircher mitgeteilte Fall (Zentralblatt für Chirurgie 1893, Nr. 22, p. 483 ff.).

Bircher hat in diesem mit Phlebitis des Sinus transversus, petrosus inferior und cavernosus kombinierten Falle von tiefem Extraduralabszeß den Eiterherd durch stückweise Entfernung der Pyramide freigelegt. Dabei wurde der carotische Kanal aufgebrochen, aber seine untere Wand stehen gelassen. Der Facialis wurde geopfert. Die Pat. wurde nach mehrmonatiger Dauer geheilt.

In meinem Falle gelang es nicht, wie im Bircher'schen, die Pyramide zu zerstückeln, und es mußte daher die Extraktion in toto vorgenommen werden. Trotzdem kamen mit Ausnahme des Durarisses in der Gegend des Saccus endolymphaticus[2] keine Nebenverletzungen vor.

Der Fall zeigt, daß die Gefahr der gefürchteten Carotisblutung und der übrigen Nebenverletzungen keine so große ist, daß die Otochirurgie vor dem carotischen Kanal halt machen müsse.

Erwähnt sei noch, daß diese oder eine ähnliche Methode sich auch für die Entfernung von Acusticustumoren eignen dürfte. Tatsächlich hat auch Kümmel schon vor Jahren einen ähnlichen Vorschlag gemacht und auch neuerdings Barany einen ähnlichen Weg an der Leiche versucht.

II.

Einfacher Apparat zur künstlichen Atmung bei eröffnetem Thorax[1].

Von

Dr. M. Katzenstein in Berlin.

Für die Chirurgen, die nicht in der Lage sind, sich einen der verschiedenen teuren Apparate für Operationen nach Eröffnung des Thorax zuzulegen, möchte ich im folgenden einen von mir improvisierten Apparat beschreiben, den ich nach vielfacher Prüfung an der Leiche, einmal am Menschen mit gutem Erfolg angewandt habe.

---

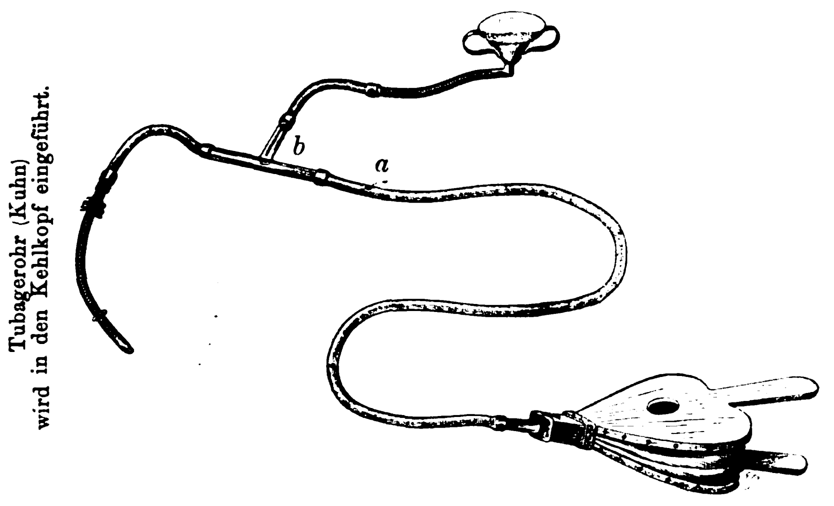
[2] Dieser Einriß der Dura ist offenbar in diesem Falle auf die für die Ablösung ungünstige sehr tiefe Apertura ext. aquaeductus vestibuli zurückzuführen. Wie ich mich später durch Versuche an der Leiche überzeugte, gelingt die Abhebung der Dura der hinteren Schädelgrube meist auch an dieser Stelle ohne Verletzung.

[1] Nach einer auf der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 9. März 1908 gehaltenen Demonstration, bei der eine der Leiche entnommene Lunge künstlich geatmet wurde.



Das nicht neue, von Physiologen vielfach benutzte Prinzip beruht auf der Eigenschaft der Lunge, vermöge ihrer Elastizität nach Eröffnung des Thorax zu kollabieren. Es bedarf daher lediglich einer von uns ausgeführten künstlichen Aufblähung der Lunge, die zweckmäßigerweise durch einen Blasebalg erfolgt, um die künstliche Atmung (Inspiration und Exspiration) bei eröffnetem Thorax auszuführen. Die Zuführung dieser Inspirationsluft in die Lunge kann entweder durch eine Tracheotomiewunde, einfacher aber durch die ausgezeichnete Tubage von Kuhn erfolgen.

Die Anordnung des Apparates erhellt wohl vollkommen aus beifolgender Zeichnung. Seine Anwendung geschieht in folgender Weise:



a. Exspirationsluft. *b*. T-Rohr.

Vor jeder Operation, bei der event. der Thorax eröffnet wird, wird das Tubagerohr in bekannter Weise in den Kehlkopf eingeführt, alsdann die Mundhöhle tamponiert. Die Narkose erfolgt durch den Trichter, der vermittels eines T-Rohres an das Tubagerohr befestigt ist. In dieser Phase der Operation ist der Blasebalg nicht an das dritte Ende des T-Rohres angeschlossen, dieses wird vielmehr durch ein kurzes, mit Klemme versehenes Gummirohr verschlossen. Im Moment, wo die Lunge nach Eröffnung des Thorax kollabiert, wird der Blasebalg angeschlossen und durch leichten Druck desselben die Lunge inspiratorisch aufgebläht. Durch Nachlassen des Blasebalges kollabiert die Lunge wieder, die Exspirationsluft kann durch das kleine Ventil *a* nach außen gelangen. Alsdann folgt wieder die Inspiration usw. Wie ich bei dem einen Falle, den ich beobachtete, sehen konnte, schließt sich die andere Lunge dem Tempo der künstlichen Inspiration vollkommen an, und der den Blasebalg bedienende Gehilfe hat es in der Hand, nach Aufforderung die Inspiration so kräftig zu gestalten, daß die Lunge in die Wunde hinein sich vordrängt.

Der Preis des Apparates beträgt ungefähr 35 *M* inkl. Tubagerohr. Der Apparat kann von jedem Arzte zusammengestellt werden.

---

22) 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln im September 1908.

Abteilung für Chirurgie und kombinierte Sitzung der chirurgischen und internen Abteilung.

Berichterstatter: GOEBEL, Köln.

(Fortsetzung.)

a. Wrede (Königsberg i. Pr.): Zwei Fälle von Ostitis fibrosa cystica am Schädel.

Ein 28jähriger, kräftiger Tischler hat seit dem 6. Lebensjahr eine flache Anschwellung der rechten Stirn- und Schläfengegend, verbunden mit einer Verlagerung des Augapfels. Plötzlich stellen sich Kopfschmerzen und zunehmende Sehstörungen ein. Bei der Operation findet sich eine Ostitis fibrosa cystica des Stirn- und Keilbeins. Möglichst ausgedehnte Resektion der erkrankten Knochenabschnitte. Deckung des Defektes durch freie Knochenplastik. Heilung unter Wiederherstellung der normalen Sehschärfe.

Ein 6jähriges, blasses, schwächliches Mädchen fiel vor 1 Jahr vom Wagen. 4 Wochen später entstand unter frühzeitig einsetzender Facialisparalyse oberhalb und vor dem linken Ohr eine langsam wachsende Anschwellung. Das Röntgenbild zeigt einen nach außen und nach der Schädelhöhle vorspringenden kugligen, apfelgroßen Schatten in der Schläfengegend. Operation und histologische Untersuchung erweisen diese Geschwulst als eine Ostitis fibrosa cystica. Noch in Behandlung. (Selbstbericht.)

b. Alois Sickinger (Brünn-Wien): Die Trigeminusneuralgie vom zahnärztlichen Standpunkte.

S. begründet durch Beispiele, wie häufig durch selbst einfache Eingriffe vom Zahnarzte dieses schwere Leiden geheilt wird. Er behauptet, daß einerseits von den Chirurgen der Zahnarzt viel zu wenig beratschlagt wird, anderseits der Zahnarzt oft die notwendige skrupulöse Untersuchung und Behandlung der Zähne unterläßt und lieber den Pat. an den Chirurgen weißt.

Die chirurgische Operation mit Ausschluß der Krause'sche Ganglion Gasseri-Methode bezeichnet S. als weder schwer noch gefährlich und will daher, wenn nicht sicherer Erfolg vom Zahnarzt erwartet werden kann, bzw. nicht nach dessen Behandlung gleich eintritt, lieber mit der chirurgischen Operation nicht gezögert wissen. Er macht darauf aufmerksam, daß bei hysterischen Pat. dieses Leiden schwer in die Wagschale fällt und deshalb oft ganz belanglose zahnärztliche Eingriffe Heilung durch Suggestion erzielen. Auch ganz abnorme Fälle kommen vor, die lehrreich sind. So leidet ein 31jähriger sehr kräftiger Mann seit 2 Jahren an regelmäßig auftretenden Schmerzen des linken I. Trigeminusastes. Er wird chirurgisch operiert, nachdem alle Mittel versagten. Der Schmerz sistiert 4 Tage und beginnt von Neuem in fast gleicher Intensität. Erst jetzt sucht Pat. den Zahnarzt auf Rat des Chirurgen auf. Er wird von S. zahnärztlich behandelt. Die Plombierung linderte die Schmerzen nicht. Selbst die Extraktion des linken oberen I. Mahlzahnes half wenig; erst die Extraktion auch des II. oberen linken Mahlzahnes brachte die Erlösung. Da der Fall ganz jung ist, will S. seine Schlüsse erst nach längerer Zeit ziehen. Er bittet um Einsendung der gemachten Erfahrungen nach Brünn nicht allein von den beteiligten Spezial-, sondern auch von den allgemein praktischen Ärzten. (Selbstbericht.)

c. K. Witzel (Dortmund): Die Errungenschaften auf dem Gebiete der chirurgischen Prothetik.

Einleitend betonte W. wichtige, zu beachtende Punkte vor der Operation. Wenn irgend auf einem Gebiete der Zahnheilkunde es nötig sei, daß Zahnarzt und Chirurg von vornherein zusammenarbeiteten, so sei es auf dem Gebiete der Prothetik. Der Zahnarzt, als Prothetiker, sei berufen, durch seine Kunst das zu ersetzen,

was der Chirurg als pathologisch lege artis habe entfernen müssen. Die Brauchbarkeit einer Prothese würde in hohem Grade gesichert, wenn Chirurg und Zahnarzt sich vor jeder Operation verständigt hätten; dies sei um so mehr geboten, weil diese Arbeiten sich nicht schablonenhaft herstellen lassen, sondern individuell von Fall zu Fall durchgedacht werden müssen. Bei den Oberkieferresektionen seien z. B. alle Wangenschnitte, durch deren Vernarbung eine Verzerrung des Gesichts herbeigeführt wird, zu vermeiden. An der Hand von Lichtbildern besprach W. die verschiedenen Arten von Prothesen nach Resektionen des Unterkiefers, die Grundsätze der Berliner Schule — v. Bergmann-Sauer, der Lyoner — Ollier, Claude-Martin. In der Sammlung waren die Drahtverbände für Unterkieferresektionen nach Sauer, Bönnecken, Hahl, Partsch, Stoppany, Schröder (Greifswald-Berlin), Groth (München), Eichler und eine Reihe von W. angegebener Verbesserungen, erst als Phantomarbeit, dann die Modelle und Apparate, wie sie für Pat. ausgeführt worden sind. Darin besteht ein Hauptvorzug der W.'schen Sammlung, daß wir nicht allein die Phantomarbeiten darin finden, wodurch W. zum Ziele gelangt ist, sondern vielmehr immer die Fälle auch, wo diese Arbeiten praktisch ausgeführt worden sind. So z. B. die Prothese mit einseitigem Gleitgelenke nach ausgeführter einseitiger Exartikulation, wo Pat. erst nach Monaten in zahnärztliche Behandlung kam, ferner die Prothese mit Gleitgelenk nach Exartikulation des ganzen Unterkiefers. Sehr interessant sind die Modelle von dem Kiefer der Emma B.; hier ist an den drei Modellen die Wirkung des Gleitgelenkes auf das zurückgelassene Periost deutlich zu erkennen; es hat sich ein formgerechter Unterkieferknochen wieder gebildet.

W. sagt in seinem Schlußworte wie der Operateur sich an der Leiche übt, dann die Versuche bei Tieren ausführt, den Erfolg abwartet, um gegebenenfalls die Operation beim Menschen auszuführen; ebenso sind die Zahnärzte gezwungen, Phantomarbeiten zu machen, dieselben auf ihre Vorteile gegenüber der bisher veröffentlichten Verbänden zu prüfen, um sie später zu verwerten.

Wir müssen Herrn Geheimrat Partsch dankbar sein, daß er den Studenten der Zahnheilkunde Gelegenheit gibt, auch solchen Operationen beiwohnen zu können.

(Selbstbericht.)

d. L. Brauer: Die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.

Der Ref. bespricht vom Standpunkte des inneren Mediziners die neueren Bestrebungen auf dem Gebiete der Lungenchirurgie, hierbei die prinzipiellen Fragen besonders hervorhebend.

Die operativen Eingriffe, welche zur Heilung anatomischer oder funktioneller Lungenkrankheiten möglich sind, lassen sich nach den folgenden Gesichtspunkten einteilen:

1) Operationen, welche in das Lungengewebe hineinführen, daselbst Krankheitsherde aufsuchen und dieselben nach außen drainieren.

2) Resektion größerer Lungenteile oder ganzer Lungenlappen.

3) Methoden, deren gemeinsames Ziel es ist, die Lungen zum Kollaps bzw. zur Kompression zu bringen.

4) Operationen, die zu dem Zweck am Brustkorb vorgenommen werden, um den Atemtypus zu ändern, also eine rein funktionelle Beeinflussung der Lungenarbeit zu schaffen.

Die unter 1) genannten Operationen sind die bislang am meisten geübten, sie kommen bei Lungengangrän, Abszeß usw. in Anwendung. Die drei weiteren Methoden haben in den letzten Jahren an Umfang gewonnen.

Noch rein im Stadium des Tierexperimentes liegt dann ferner der Versuch, kranke Abschnitte der Lungen nicht auf dem üblichen Wege der Durchdringung des atmenden Parenchyms zu drainieren, sondern eine Drainage der großen Bronchien am Hilus zu versuchen. (Gemeinsame Arbeit des Ref. mit Sauerbruch.) Gleichfalls im Stadium des Tierversuches befinden sich die Bemühungen von Bruns und Sauerbruch, die Verödung ganzer Lungenlappen dadurch zu erzielen, daß durch Unterbindung eines Hauptastes der Pulmonalarterie die Ernährung des be-

treffenden Lungenabschnittes auf diejenigen geringen Blutmengen beschränkt wird, die ihm durch die Bronchialarterie zuströmen.

Die Lungenkrankheiten sind und bleiben der Hauptsache nach Prozesse, die von dem internen Mediziner zu behandeln und zu beurteilen sind. Nur dort, wo trotz aller der inneren Medizin zu Gebote stehenden Mittel der Erfolg ausbleibt, sollte der Gedanke an ein chirurgisches Eingreifen aufkommen. Bei der Gefährlichkeit vieler Lungenoperationen ist die sorgfältigste Kontrolle der Diagnose unter Zuhilfenahme aller modernen Untersuchungsmethoden unbedingt notwendig. Für die Umgrenzung und Tiefenlokalisation eines Krankheitsherdes ist außer der klinischen Untersuchung stets auch die Röntgenphotographie, womöglich die Stereoradiographie heranzuziehen. Besonders die Beurteilung der Pleuraadhäsionen stößt, wie angeführte Beispiele erneut bestätigen, häufig auf beträchtliche Schwierigkeiten.

Die seither übliche Methode der Lungensektion gibt oft ungenügende räumliche Vorstellungen von der Ausdehnung und Lagerung der Krankheitsherde. Man sollte die Lungen tunlichst in situ nach bestimmter Methode fixieren, wie dieses zuerst von Schmorl dann von Beneke und B. durchgeführt wurde. (Demonstration derartiger Präparate.)

Die unter 1) genannten herderöffnenden Maßnahmen gehören in das Arbeitsgebiet des Chirurgen. Der Ref. lehnt daher die Besprechung dieser Fragen, sowie das Eingehen auf sonstige chirurgische Dinge ab. Das Gleiche gilt für die Fragen der Lungenresektionen.

Ausführlicher werden die Ursachen bei Dyspnoe bei breit offenem und bei geschlossenem Pneumothorax dargelegt. Das Studium dieser Fragen ist für die richtige Beurteilung der Indikation, der Wirkung und der Nebenwirkung vieler Lungenoperationen von ausschlaggebender Bedeutung.

An der Hand der eigenen Erfahrungen gelangen die unter 3) und 4) aufgeführten Operationen zu eingehenderer Besprechung.

Ref. vertritt im Gegensatz zu anderen seit langem den Standpunkt, daß bei richtiger Indikation und zweckmäßigem Vorgehen bestimmte Fälle von Lungentuberkulose ein besonders günstiges Objekt chirurgischer Therapie darstellen. Am meisten kommt in Frage, bei vorwiegend einseitiger, ausgedehnter schwerer Lungentuberkulose die kranke Lunge durch Kollaps ruhig zu stellen. Voraussetzung des Erfolges ist der Mangel anderweitiger schwerer tuberkulöser Komplikationen.

Der Lungenkollaps läßt sich bei freiem Pleuraspalt durch Anlegung eines künstlichen Pneumothorax erzielen (Forlanini, Murphy); bei Obliteration des Pleuraraumes ist eine mehr oder weniger ausgedehnte extrapleurale Thorakoplastik hierzu nötig (Quincke, C. Spengler, Turban).

Zur eigenen Beobachtung kamen im Laufe der letzten Jahre 48 Fälle, bei denen ein künstlicher Pneumothorax erzielt wurde. Ferner konnte Ref. sieben Fälle, bei denen er die Indikation der extrapleuralen Plastik stellte, beobachten. Über die hierbei gesammelten Erfahrungen wurde andernorts mehrfach berichtet. Der Vortr. hebt heute besonders eine Gruppe von Kranken hervor, welche lange vor sowie nach Anlegung des Pneumothorax sorgsamster klimatischer und hygienisch-diätetischer Behandlung unterworfen waren, da an einem unter diesen Bedingungen beobachteten Krankenmateriale am ungetrübtesten der Wert des Eingriffes zutage tritt.

Die Erfolge, die der Lungenkollaps durch Pneumothorax bei wesentlich einseitiger Phthise brachte, ließ schon seit Jahren mit Küttner, Anschütz und mehreren Lungenspezialisten eingehend den Gedanken erwägen, dort, wo ausgedehnte Schwarten die Anlegung eines Pneumothorax hinderten, eine möglichst große extrapleurale Thorakoplastik den Kranken zu empfehlen.

Es müßte das Ziel einer solchen Operation sein, die kranke Lunge möglichst radikal zusammenfallen zu lassen und daher mit der Operation möglichst hoch am Thorax heraufzugehen; denn sollte der Eingriff nützen, so müßte die Lunge nach Entfernung der Rippen tunlichst in gleicher Weise zum Kollaps kommen, wie bei wohlgelungenem Pneumothorax. Dieses Postulat ergab sich als etwas selbstverständliches aus vielfachen klinischen und radioskopischen Studien. Die bekannten

Mitteilungen der vorgenannten Autoren, sowie die Erfahrungen und literarischen Berichte über ausgedehnte Rippenresektionen bei großen Empyemresthöhlen ließen das gesteckte Ziel durchaus erreichbar erscheinen, so daß Ref. einigen Davoser Kranken, bei denen der Versuch, einen Pneumothorax anzulegen, mißlungen war und bei denen der überaus bedrohliche Krankheitsverlauf die Lungenkollapstherapie dringend indizierte, den Rat geben konnte, zum Zweck einer ausgedehnten Thorakoplastik nach Marburg zu kommen. Die technische Bearbeitung und Ausführung der Operation wurde dann von Friedrich übernommen. Ref. möchte empfehlen, an der von C. Spengler gewählten Bezeichnung »extrapleurale Thorakoplastik« als völlig eindeutig festzuhalten.

Pneumothorax und Plastik haben, wie gesagt, das gleiche Ziel und im allgemeinen auch den gleichen Endeffekt. Ihre Differenz besteht im wesentlichen in den Nebenwirkungen; wegen vieler Einzelheiten muß auf die ausführliche Darstellung verwiesen werden.

Im geschlossenen Pneumothorax gestaltet sich der Lungenkollaps je nach dem Vorhandensein von Adhäsionen und je nach der Größe des angewandten Druckes verschieden, ist auch in diesen Grenzen willkürlich zu variieren. Ein völliger Lungenkollaps, wie er bei gut gelungenem Pneumothorax erreicht wird, tritt selbst bei ausgedehntester Plastik nicht ein, da die Spitzenpartie unter der ersten Rippe und unter der Clavicula ausgespannt bleibt. Die Lunge im Pneumothoraxraum ist durch entsprechende Regulierung des Druckes nahezu völlig ruhig zu stellen; nach der Plastik führt dieselbe immer noch ziemlich ausgiebige Bewegungen aus. Der entstellende Eingriff der großen Plastik sollte nur dort in Anwendung gezogen werden, wo die Pneumothoraxtherapie technisch nicht möglich ist, zumal der Plastik weit größere das Leben unmittelbar gefährdende Nebenwirkungen eigen sind. Mikroskopische Präparate phthisischer Lungen, die längere Zeit unter der Einwirkung eines Pneumothorax standen, zeigen stark vermehrte Bindegewebswucherung und anderweitige Zeichen guter Heilungstendenz (genauere Beschreibung durch Dr. Graetz, Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. X).

Auch zur Behandlung der therapeutisch so überaus undankbaren Bronchiektasien sind Lungenkollapsmethoden seit langem versucht worden. Daneben wurde vielfach die Eröffnung und Drainage der Herde empfohlen.

Ref. betont nachdrücklichst, daß es von größter Bedeutung ist, zunächst generell zu entscheiden, ob Lungenkollapsmethoden bei den multiplen chronischen Bronchiektasien überhaupt Nutzen schaffen oder nicht. Erst in zweiter Linie steht dann die Frage, auf welchem der technisch möglichen Wege der Kollaps zu erstreben ist (Pneumothorax- oder plastische Methoden).

Von den Operationen der letzten Gruppe (Änderung des Atemtypus durch kleinere Eingriffe am Thorax) verdient die Freund'sche Emphysemoperation eingehende Beachtung, wenn auch das Urteil über den Wert der Operation noch nicht abgeschlossen sein dürfte.

Dagegen dürfte die Durchtrennung des ersten Rippenknorpels zur Mobilisierung der oberen Thoraxapertur bei beginnender Phthise eher ablehnend zu beurteilen sein. Der Eingriff ist als rein vorbeugende Maßnahme leidlich gut begründet, hierfür aber wohl zu different. Als heilender Eingriff bei bereits vorhandener Erkrankung ist der Eingriff nicht ratsam. (Selbstbericht.)

e. Friedrich (Marburg) hat, einer Aufforderung Bardenheuer's folgend, das Referat zur Lungenchirurgie übernommen, trotz der Bedenken wegen der Kürze der Aufeinanderfolge seiner Referate (s. Chirurgenkongreß 1907) und wegen der Kürze der Zeit, welche seit dem Auftauchen neuer Heilvorschläge, der Möglichkeit ihrer Prüfung erst verstrichen ist.

F. gruppiert den Stoff in 1) Eingriffe, welche in die Lunge selbst eindringen (intrapulmonale), 2) solche, welche von der Pleura aus die kranke Lunge heilend beeinflussen (intrapleurale Pneumothoraxtherapien und ähnliche) und 3) solche, welche unter voller Erhaltung der Pleura costalis nur durch Operationen an der Brustwand auf eine Erkrankung der Lunge einwirken sollen, extrapleurale, thorakale Operationen. Da die Zeit der Sitzung bereits sehr vorgerückt ist,

beleuchtet er nur in kurzen Umrissen den gegenwärtigen Stand des intrapulmonalen Vorgehens bei Abszeß, Gangrän, Fistelbildung, traumatischer Ruptur, Blutung; ebenso von Aktinomykose und Echinokokkus. Für die Tuberkulose lehnt F. intrapulmonale Eingriffe (Kaverneneröffnung usw.) in der bisher geübten Form wegen zu geringer Erfolge als kaum gerechtfertigt ab.

Er bekennt sich erneut als Verfechter des Nutzens des Druckdifferenzverfahrens (nach Sauerbruch oder Brauer) und empfiehlt, um ihm mehr Eingang zu verschaffen — auf Grund der von ihm gemachten und 1907 ausgesprochenen Erfahrungen, daß es keineswegs auf peinliches Einhalten einer ganz bestimmten Druckhöhe ankomme, daß bei Schwankungen zwischen 4 und 7—8 dauernd ohne Symptome des Pneumothorax operiert werden könne, — die Umgestaltung eines beliebigen Raumes im Operationshause in ein Druckdifferenzoperationszimmer, was mit nicht zu großen Unkosten verbunden sei (Näheres siehe F.'s Vortrag in Münchener med. Wochenschrift). Namentlich für Verletzungen, plastische Operationen, Probethorakotomien, Tumorinangriffnahme glaubt F. den großen Wert des Verfahrens erneut betonen zu müssen, während er bei den entzündlichen Erkrankungen (Abszeß und Gangrän) nicht von der Überlegenheit des Verfahrens für die definitiven Erfolgsziffern überzeugt ist. Auch wie 1907 nimmt er heute gern den Vorwurf auf sich, noch nicht in endgültiger Weise sich über den Wert der Methode äußern zu können. Dazu sei die Zeit noch zu kurz und die Zahl der Fälle gegenüber den über 10 Jahre ausgedehnten lungenchirurgischen Erfahrungen anderer Operateure doch noch zu gering.

Hinsichtlich der intrapleuralen Therapie, des durch Stickstoffeinlassung in die Pleura bewirkten »Lungenkollapses« (Brauer), »Lungenkompression« (A. Schmidt) bei Tuberkulose verweist er auf die gegensätzlichen Erfahrungen beider bei Tuberkulose, auf ihre Pneumothorax-therapeutischen Ideen bei Bronchiektasien, Aspirationspneumonien und fötiden Bronchitiden. —

Von den thorakalen, extrapleuralen Operationsverfahren erörtert F. besonders den Freund'schen Vorschlag für die Behandlung der knöchernen Thoraxstarre beim Lungenemphysem, die Sprengung der ersten Rippe bei Tuberkulose, die ausgedehnte Brustwandentknochung bei fortgeschrittener einseitiger Phthise, wie er sie an Fällen ausgeübt und methodisch ausgebaut hat, die ihm von Prof. Brauer nach Versagen der Pneumothoraxtherapie zwecks operativer Volumeinengung der Lunge zugeführt waren. Die bisherigen Erfahrungen an drei Fällen (der erste operiert Oktober 1907) von Lungenemphysem veranlassen F. zu folgender Stellungnahme: Die Zahl der zur Operation geeigneten Fälle von Lungenemphysem mit ausgesprochenen Beschwerden durch Thoraxstarre scheint keine große zu sein. Bei sechs ihm zugeführten Fällen ergab sich bei gewissenhafter Prüfung nur für drei die Indikation. 2) Der Eingriff ist für den Fachchirurgen kein schwieriger, erfordert aber sicher das Beherrschen peinlicher chirurgischer Technik, wenn der Eingriff so ausgeführt werden soll, wie er, um einen mechanischen Dauererfolg zu garantieren, ausgeführt werden muß. 3) Es muß nämlich, ohne die von Freund geforderte Rücksichtnahme auf den an sich beim Emphysematiker hypertrophischen Musc. triangularis sterni, nicht nur die Durchtrennung der Rippenknorpel oder die Fortnahme kleiner Knorpelstücke gemacht werden, sondern in größerer Ausdehnung (4—6 cm) muß Knorpel und Rippenknochen abgetragen und ganz besonders das retrokostale Perichondrium und Periost bis auf mm peinlichst entfernt werden. Nur nach solchem Vorgehen erreichte F. einen bisher bleibenden mechanischen Effekt für die Respirationsphasen. Die Fälle mit spärlicher Knorpelfortnahme zeigten in kürzester Frist wieder ein ganz enges Aneinanderrücken der Rippenenden und bald durch Narbenbildung des Nachbargewebes solche Konsolidierung, daß eine mechanische Nachwirkung der Operation für die Atmungstätigkeit nicht mehr plausibel ist. Einzelheiten über seine Fälle hat F. in den »Sitzungsberichten der Gesellschaft zur Förderung der gesamten Naturwissenschaften in Marburg« vom 7. Juli 1908 gegeben.

Die Sprengung der ersten Rippe bei beginnender Spitzentuberkulose für die

Praxis zu akzeptieren, haben sich Prof. Brauer und F. bisher aus im Vortrag erörterten Gründen nicht entschließen können. Zum Schluß gibt F. Bericht über weiter gewonnene Erfahrungen an Fällen progredienter, einseitiger kavernöser Lungenphthise, welche er, in Anlehnung an Brauer's Erfolge mit der Pneumothoraxtherapie und, seiner Intention folgend, mit ausgedehnter Brustwandmobilisierung, Brustwandentknochung behandelt hat. Unter Hinweis auf die von ihm hierfür ausgearbeitete Methodik des Vorgehens, wie F. sie am Chirurgenkongreß 1908 geschildert und in mehreren Publikationen inzwischen begründet und weiter ausgebaut hat, ist er in der Lage, jetzt über sechs durch die Operation hervorragend gebesserte Fälle (Nachlaß des Sputums, des Hustens, Abfall des Fiebers, Körpergewichtszunahme, subjektive Besserung) zu berichten. Von Fällen jedoch, welche bei strenger Einhaltung seiner Indikationsstellung (— noch leidlicher Ernährungszustand, keine aktiven Lungenprozesse der anderen Seite, keine manifeste Tuberkulose anderer Organe, namentlich Larynx und Darm; während große Sputummengen, anhaltendes Fieber, keine Kontraindikation darstellen —) besser unoperiert geblieben wären, wurden der eine durch operativen Pneumothorax, der andere durch schwere akute hämorrhagische Nephritis im Verlauf kompliziert und endeten schließlich tödlich. Der erstere hatte gleichzeitig andersseitige Kavernenbildung, sowie Kehlkopftuberkulose, der zweite bei extremstem Ernäherungsrückgang und »galoppierender« Phthise schwere Ileocoecal- und Kolontuberkulose. Derlei Fälle sind absolut von der Operation auszuschließen. Da die Operation in F.'s Fällen bis jetzt maximal 10 Monate zurückliegt, ist hinsichtlich des definitiven Endergebnisses noch entsprechende Reserve geboten. Doch ermutigt das bisher Erreichte zu kritischer Weiterarbeit auf dem eingeschlagenen Wege.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Garrè (Bonn) spricht über die Behandlung der Bronchiektasien auf operativem Wege und stellt eine vor 5/4 Jahren operierte Pat. vor, bei der er ein neues Verfahren eingeschlagen hat, um einen ganzen mit Bronchiektasien durchsetzten Unterlappen auszuschalten und zu atelektasieren.

Resektion der 6.—9. Rippe inkl. in ganzer Länge, Inzision der Pleura auf ca. 20 cm Länge, Ablösung des Lappens aus seinen Verwachsungen mit dem Zwerchfell, dem Herzbeutel und der Brustwand; Annähen des unteren Lungenrandes auf der Höhe der sechsten Rippe und Tamponade zwischen Zwerchfellkuppe, Herzbeutel und Lungenbasis. Die Höhle granuliert zu. Der Komplementärraum verödet, das Herz rückt nach links. Der linke untere Lungenlappen ist dauernd außer Funktion gesetzt. Der fötide Auswurf ist verschwunden, das Heilresultat ist wegen chronischer Bronchitis (bzw. B.-Ektasien?) der anderen Seite kein vollkommenes. (Selbstbericht.)

f. Hoffmann und v. d. Velden (Düsseldorf): Zur Emphysemoperation.

V. berichtet über fünf nach Freund operierte Fälle von starrdilatiertem Thorax. Er betont, daß die Indikation allein in der Thoraxstarre liege, nicht im Emphysem oder im Asthma. Er empfiehlt die Anwendung kleiner Hautschnitte auf den Knorpeln, die mit der Luer'schen Zange 2—3 cm breit reseziert werden. Das hintere Perichondrium muß unbedingt mit entfernt werden. Nicht nur die klinischen Erfolge waren gut, auch klinisch experimentelle Untersuchungen am Respirations- und Zirkulationstraktus zeigten in absoluten Zahlen eine deutliche Besserung. (Selbstbericht.)

Stieda (Halle) empfiehlt neben sonstigen operationstechnischen Mitteilungen zur Freund'schen Operation großen Hautschnitt und einseitige Operation.

Goebel (Köln).

v. Muralt (Davos). Ich habe an sechs Fällen von einseitiger oder vorwiegend einseitiger, progredienter Lungentuberkulose mit schlechter Prognose die Pneumothoraxtherapie nach der Methode von Brauer versucht. In einem Falle konnten wegen ausgedehnter Verwachsungen die Pleurablätter nicht getrennt werden, in einem zweiten Falle entstand wegen Verwachsungen nur ein ganz kleiner Pneumothorax. An diesem Pat. wurde nachher von Friedrich mit bestem Erfolge die

große Thorakoplastik ausgeführt. Bei den übrigen vier Fällen gelang es, einen großen Pneumothorax zu erzielen. Der zuerst operierte Fall, eine galoppierende Phthise, geht schon seiner vollen Genesung entgegen, der Pneumothorax wird jetzt nicht mehr unterhalten. Die übrigen drei stehen noch nicht lange unter der Therapie, sie haben aber sämtlich das Fieber verloren, an Gewicht zugenommen, haben viel weniger Auswurf und fühlen sich viel besser als vor der Operation.

(Selbstbericht.)

Sauerbruch (Marburg). Die Erleichterung, die die Anwendung des Druckdifferenzverfahrens bei den Operationen von Lungenverletzungen und Lungentumoren bietet, ist mehrfach anerkannt worden (Friedrich, Küttner). Eine ganze Reihe Chirurgen aber mißt den Wert des Verfahrens nach seiner Verwendbarkeit bei Lungengangrän- und Lungenabszeßoperationen. Es wird darauf hingewiesen, daß man diese Operationen auch ohne Hilfsapparate vornehmen könne, da es dabei gar nicht zu einem Pneumothorax komme. Es muß unbedingt zugegeben werden, daß das Verfahren für diese Prozesse eine sehr geringe Bedeutung hat, und zur Ausschaltung des Pneumothorax überhaupt keine. Den einzigen Vorteil, den es bietet, ist der, daß durch den im Bronchialsystem herrschenden Überdruck, während der Operation eine Aspiration aus dem Wundgebiet verhindert wird.

Dann schlägt S. eine Modifikation der Freund'schen Operation bei Emphysem vor. Er glaubt, daß die »Sprengung des Thorax« ausgiebiger dadurch erreicht werden kann, daß die Rippen nicht am Sternalansatz, sondern auf der Höhe ihrer Biegung, also in der Axillarhöhle durchtrennt werden. Daß nach der Durchtrennung der Rippenkuppe eine größere Mobilisation des Thorax erreicht werden kann, als durch Zerschneiden der Rippenknorpel am Sternalansatz, ergibt sich aus physikalischen Gründen; auch diese Tatsache konnte S. feststellen.

Kausch (Schöneberg) nimmt gegenüber dem ablehnenden Standpunkte der beiden Ref. die Freund'sche Operation wegen beginnender Lungenphthise, die Resektion des ersten Rippenknorpels, in Schutz. Der Widerspruch zwischen der bisherigen Behandlungsmethode, der Ruhigstellung der erkrankten Lungenspitze und der neuen, die auf bessere Durchlüftung herauskommt, bleibt zwar bestehen. K. weist auf eine im Erscheinen begriffene gemeinsame Arbeit seiner Assistenten Harrass und v. Hart hin, die wichtige Aufklärung über den Thorax phthisicus gibt. Danach muß unterschieden werden zwischen sekundärer Veränderung des ersten Rippenknorpels (Kürze oder Verknöcherung) und primärer. Bei der ersteren besteht eine primäre Skoliose der ganzen oberen Thoraxapertur, einschließlich der Wirbelsäule. Bei der letzteren ist die Freund'sche Operation angezeigt, bei ersterer anscheinend nicht.

Keinesfalls stellt die Operation einen schweren Eingriff dar, wie Brauer behauptet. Gegenüber den heute besprochenen schweren Eingriffen bei Tuberkulose ist er geradezu ein leichter. Die beiden Fälle von Kausch, dessen zweiter Fall beidseitig operiert wurde, sind jedenfalls sehr erheblich gebessert worden, der erste Fall sogar geheilt. Ein definitives Urteil über den Wert der Operation läßt sich heute noch nicht geben, dazu sind die Erfahrungen noch viel zu gering.

Dann bemerkt K., daß er seit längerer Zeit größere tuberkulöse Empyeme mit Mobilisierung der Thoraxwand über dem Empyem behandelt, das Empyem selbst alsdann genau wie einen kalten Abszeß. (Selbstbericht.)

g. Kuhn (Kassel). Überdruck an der Lunge.

a. mittels peroraler Intubation der Luftwege mit und ohne Ventil. b. Mittels weicher halbdurchlässiger Kopfmaske ohne jedes Ventil (mit Demonstrationen).

a. Zunächst betont Verf., daß er die höchste Anerkennung für die Verdienste von Brauer und Sauerbruch um die Thoraxchirurgie und ihrer Systeme habe. Beider Verfahren basieren auf dem seinerzeit von Mikulicz inauguriertem Programm.

Nachdem aber inzwischen eine auch von Mikulicz noch nicht gekannte Methode, die der peroralen Intubation, klinische Gestalt angenommen und an so vielen Kliniken praktisch mit Erfolg angewandt werde, sei es an der Zeit, auch, dieser nach der genannten Richtung hin näher zu treten.

Mindestens müsse der Vortragende entschieden dagegen Einspruch erheben, das Verfahren, ohne es näher zu kennen oder nur einigermaßen probiert zu haben, für die genannten Zwecke verurteilen zu wollen, oder davor, entgegen den Erfahrungen unserer besten Kliniken, als etwas Gefährlichem zu warnen.

Wenn das Intubationsrohr schulgerecht einliegt, ist es ein harmloses Instrument, und es ist unschwer und auf verschiedene Weise möglich, einen Überdruck in der Lunge herzustellen. Die Wege sind folgende:

1) Bei gut abgedichteten Luftwegen strömt aus einem sich selbst regulierenden Reservoir von konstantem Druck, der nicht über 8—10 cm Wasser ist, eine sauerstoffhaltige Druckluft in den Tubus; ein kleines Ventil reguliert den Abfluß.

2) Einen zweiten Weg beschritt Schmieden: bei kaum abgedichteten Wegen führt er aus einer Sauerstoffpumpe mit Brat'schem Reduktionsventil einen Gasstrom von gewissem Druck in den Tubus. Dieser Strom hat höheren Druck und arbeitet mit einem gewissen Verlust; die Abfuhr wird durch das, dem Kuhn'schen ähnliche Brat'sche Ventil reguliert.

3) Der dritte Weg wurde vom Vortr. neuerdings im Zentralblatt für Chirurgie 1908, Nr. 26 beschrieben: er arbeitet mit noch weniger oder keiner Abdichtung und mit noch höherem Verlust an Gas, indem er weder die Mund- und Luftwege dichtet, noch die Zufuhr in den Tubus luftdicht macht; sein Vorschlag beruht auf einer Art Luftpuffung.

Man sieht aus dieser Zusammenstellung, daß lediglich die Abdichtung und der Druck differiert. Sonst gelingt es auf jedem der beschriebenen Wege, Überdruck in der Lunge auf dem Wege der Intubation zu erzielen.

Welcher Weg nun für den Menschen und klinisch der beste, wird die Zukunft lehren.

Er liegt nach Ansicht des Vortr. in der Mitte und arbeitet womöglich mit keinerlei Ventilen.

Feststeht unzweifelhaft: daß es nicht schwer ist, mittels Intubation Druckerhöhung in klinisch brauchbarer Weise zu erzielen; daß es ferner nicht schwer ist, die Frage der Kohlensäureabfuhr und Chloroformzufuhr zu lösen; daß endlich das Tubageverfahren für die genannten Zwecke das einfachste und das mit den geringsten Aufwänden arbeitende, und somit dasjenige, das nicht zu teuer und überall anzuwenden ist.

b. Redner demonstriert seine »weiche« Maske für das Überdruckverfahren. Zur Füllung der Maske dient ein Morell'scher Luftkompressor, der direkt mit einem Elektromotor gekuppelt ist und leicht jede Regulierung erlaubt.

(Selbstbericht.)

h. W. Einthoven (Leyden). Über das Elektrokardiogramm.

Das in unserem Körper klopfende Herz entwickelt bei jeder Zusammenziehung einen elektrischen Strom, der nach allen Teilen unseres Organismus, z. B. nach unseren Händen und Füßen, hingeleitet wird. Man braucht nur ein geeignetes elektrisches Meßinstrument mit den beiden Händen oder mit einer Hand und einem Fuße einer Person zu verbinden, um bei jedem Schlag ihres Herzens einen Ausschlag des Instrumentes zu beobachten.

Registriert man die Ausschläge des Meßinstrumentes, so bekommt man den Aktionsstrom des Herzens in der Form einer Kurve, die Elektrokardiogramm genannt wird. In dieser Kurve unterscheidet man eine Spitze der Vorkammer- und vier Spitzen der Kammerkontraktion. Aus der Form, der Größe und den zeitlichen Verhältnissen dieser Spitzen kann man viele Einzelheiten erkennen über die Weise, wie das Herz seine Aufgabe vollbringt.

Dies wird vom Vortr. mittels einer Anzahl an die Wand projizierter Diapositivbilder näher erläutert.

Das Elektrokardiogramm des Hundes, obgleich in der Form nicht gan[illegible] it dem des Menschen übereinstimmend, weist doch keine prinzipiellen Unt[illegible] mit demselben auf. Es ist namentlich geeignet, verschiedene Fragen zu deren Lösung bis jetzt mittels der bekannten mechanischen Untersuchun[illegible] Schwierigkeiten dargeboten hat. So zeigt die Kurve des Aktionsstrom[illegible]

zens unzweideutig, daß Vagusreizung die Vorkammersystole direkt, die Kammersystole jedoch nur indirekt beeinflußt. Blutentziehung und Chloroformnarkose haben ganz bestimmte Veränderungen in der Form des Elektrokardiogramms zur Folge, die leicht und deutlich konstatiert werden können. Man darf sogar die Hoffnung hegen, daß vielleicht später, wenn die Registrierung des Elektrokardiogramms allgemeiner angewandt werden sollte, dieselbe auch eine praktische Bedeutung für den Chirurgen bekommen wird, der vor oder auch während der Narkose seiner Pat. sich über ihre Herztätigkeit zu unterrichten wünscht.

Im normalen menschlichen Elektrokardiogramm ist der Einfluß der Atembewegungen auf die Form der Kurve ersichtlich, und macht sich namentlich die durch Körperanstrengung gesteigerte Herzfrequenz recht deutlich geltend. Nach Körperanstrengung ist die Vorkammerspitze bedeutend vergrößert, was auf eine Zunahme der Kraft der Vorkammerkontraktionen hinweist, während man aus der eigentümlichen Veränderung, die das Kammerelektrogramm zu gleicher Zeit erfährt, den Schluß ziehen darf, daß die Tätigkeit der linken Kammer dabei mehr zugenommen hat als die der rechten.

Unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen treten ganz spezielle Formveränderungen des Elektrokardiogramms auf, so daß man oft aus der Form der Kurve die Natur des Herzleidens erkennen kann. In gleicher Weise kann der Grad des Leidens beurteilt werden, wodurch man also in den Stand gesetzt wird, den durch Heilmittel ausgeübten Einfluß Schritt für Schritt zu studieren.

Das physiologische Laboratorium in Leyden ist mittels elektrischer Leitungsdrähte mit dem dortigen Universitäts-Krankenhause verbunden, wodurch es möglich ist, die Kranken in dem 1,5 km entfernten Spitale mit dem im Laboratorium fest aufgestellten elektrischen Meßinstrument zu untersuchen.

Der Vortr. zeigt eine große Anzahl von Kurven, die man auf diese Weise von den Aktionsströmen des menschlichen Herzens erhält, und die man mit Recht »Telekardiogramme« nennen darf. Es zeigen sich typische Formen vom Elektrokardiogramm bei Hypertrophie des rechten Herzens durch Mitralisinsuffizienz, Hypertrophie des linken Herzens durch Aortainsuffizienz, Hypertrophie der linken Vorkammer durch Mitralstenose und ferner noch bei vielen anderen Abweichungen, von denen wir nur noch die Myodegeneratio cordis und die kongenitalen Herzfehler nennen.

Da der Aktionstrom der Vorkammern im Elektrokardiogramm fast immer sehr deutlich von dem Aktionsstrom der Kammern unterschieden werden kann, lassen die Kurven das Verhältnis zwischen Vorkammer- und Kammerkontraktion in einer Weise erkennen, welche an Bestimmtheit und Genauigkeit die gewöhnlichen mechanischen Registriermethoden weit übertrifft. Herzblock- und Allorhythmiezustände werden im Telekardiogramm mit sehr befriedigender Schärfe und Entschiedenheit wiedergegeben.

Sehr merkwürdig sind auch die elektrischen Erscheinungen, die bei einer sogenannten Extrasystole eintreten. Der Aktionsstrom bekommt dabei eine Form, die stark von dem gewöhnlichen Elektrokardiogramm abweicht, was darauf hinweist, daß der Ursprung und die Fortpflanzung der Kontraktionswelle in den Kammern während einer Extrasystole nicht mit denen einer normalen Herzkontraktion übereinstimmen. Ferner hat der Augenblick, in welchem die Extrasystole sich entwickelt, im Zusammenhang mit der Form und der Größe des arteriellen Pulses auf die Bedeutung dieser unzeitigen Herzwirkung neues Licht geworfen.

Die Untersuchung des mechanischen Kardiogramms ist nicht selten mit unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden, während die Ausmessung und Analyse dieser Kurve oft eine reiche Quelle fehlerhafter Erklärungen darstellt. Dagegen geht die Registrierung des Elektrokardiogramms — wenn die erforderlichen Apparate einmal richtig aufgestellt sind — leicht und schnell. Die Methode erfordert keine besondere Geschicklichkeit des Beobachters, ergibt ein vollkommen sicheres und zuverlässiges Resultat und knüpft an eine Genauig-

keit, die wenig zu wünschen übrig läßt, den großen Vorteil, daß man durch dieselbe in den Stand gesetzt wird, absolute Maße zu benutzen. Überhaupt ist der Schluß gerechtfertigt, daß die elektrische Untersuchungsmethode des Herzens mit Vorteil angewandt werden kann, die jetzt in der Klinik üblichen mechanischen Untersuchungsmethoden zu ergänzen. (Näheres siehe in der Abhandlung von Prof. Dr. Einthoven in Pflüger's Archiv Bd. CXXII, p. 517, August 1908.) (Selbstbericht.)

i. A. Hoffmann (Düsseldorf). Über das menschliche Elektrokardiogramm.

Die von Einthoven und Kraus mitgeteilten Untersuchungsergebnisse werden durch die Untersuchungen des Vortr. in vielen Punkten bestätigt. Er hatte Gelegenheit, Versuche an einem Menschen mit freiliegendem Herzen zu machen und sich davon zu überzeugen, daß bei jedem Menschen Untersuchungen mit verschiedenen Polrichtungen gemacht werden müssen. Er wählte als oberen Ableitungspunkt stets den rechten Arm und dann als unteren vergleichsweise 1) den linken Arm, 2) das linke Bein, 3) die Vorderfläche des Thorax in der Höhe der sechsten linken Rippe und 4) die hintere Axillarlinie in derselben Höhe. Von diesen Punkten erhält man Kurven verschiedenen Charakters. Bei dem Menschen mit freiliegendem Herzen konnten die Kurven 3 und 4 direkt von der nur mit dünner Haut- und Muskelschicht bedeckten Herzwand abgeleitet werden. Die so erhaltenen Kurven stimmten sehr wohl mit den am unversehrten Menschen in derselben Weise erhaltenen überein, sie zeigten von der Vorderfläche ein Vorwiegen des Gipfels S, von der Hinterfläche ein Vorwiegen des Gipfels R. Es ist dieses merkwürdig, da nach den Angaben der Vorredner man gerade das Umgekehrte erwarten sollte.

Thierversuche am Katzenherzen ließen daran zweifeln, daß die Auffassung richtig sei, da die Welle R vorwiegend dem rechten und die Welle S dem linken Ventrikel angehören; es scheint sich eher umgekehrt zu verhalten. Diese Unsicherheit beweist uns, daß das Kammerelektrokardiogramm in seiner Gestalt noch nicht eindeutig aufzufassen ist und Veränderungen der Gestalt keine unbedingten Rückschlüsse zulassen; jedenfalls ist die Insuffizienz des Herzens aus dem Elektrokardiogramm nicht einfach zu erkennen, da bei Fällen von Insuffizienz des Herzens ganz normale Elektrokardiogramme gefunden werden können. Es bedarf noch grundlegender Studien, um die Methode für die Klinik nach dieser Richtung hin brauchbar zu machen; andererseits ist aber zu bemerken, daß dem Studium der Irregularität des Herzens schon jetzt reiche Forderungen aus der Methode erwachsen.

An Hand der vorgezeigten und projizierten Elektrokardiogramme zeigt sich, daß in scheinbar regelmäßigem Rhythmus ganz abnorme Systolen nahezu an normaler Stelle eingeschaltet sind. Auf keine andere Weise war die Abnormität dieser Systolen festzustellen, außer durch das Elektrokardiogramm. Es handelt sich um Extrasystolen, die um wenige Hundertstel-Sekunden zu früh eintraten. Auch die am freiliegenden Herzen und bei einigen anderen Fällen aufgenommenen Elektrokardiogramme wurden demonstriert.

(Fortsetzung folgt.)

---

23) **K. Heinrichsen.** Über die Behandlung akuter und subakuter Eiterungen mit Stauungshyperämie nach Bier.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 1.)

Verf. schildert im einzelnen die Art der Behandlung und die Resultate der Stauungshyperämie bei verschiedenen akuten und subakuten Eiterungen, die ihm in der von Bier angewendeten Technik vielfach gute Dienste geleistet hat. Er zieht besonders auch die mit Bier's Verfahren verbundenen kleinen Inzisionen vor. Die wesentliche Grundlage des Erfolges ist, wie das Bier schon betont hat, die richtige Dosierung der Stauung und die genügende Beaufsichtigung der Pat.

»Jeder Assistenten- und Schwesternwechsel kann die guten Resultate verschlechtern.« Die Tamponade der Wunden ist natürlich unzulässig. Die Tatsache, daß bei der Stauungshyperämie die Temperatur nicht gleich abfällt, soll keine Veranlassung zu sofortiger Vergrößerung der Einschnitte geben. H. hat das Verfahren auch prophylaktisch bei frischen infektionsverdächtigen Verletzungen angewendet und war mit dem Erfolg zufrieden. Auch bei einigen Fällen von akut und subakut verlaufendem Gelenkrheumatismus hat es sich ihm bewährt. Besonderes Interesse dürfte auch der Abschnitt über die Sehnenscheidenphlegmonen bieten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

24) **R. L. Herzenberg.** Stauungsblutung nach schwerer Rumpfkompression.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Es handelt sich hier um den ersten in der russischen Literatur niedergelegten Fall, dem H. zur Aufklärung nichts hinzufügen kann.

Ein 15jähriger Junge wurde beim Kohlenräumen durch große Massen Kohle derart verschüttet, daß nur der Kopf freiblieb. Er lag ca. 20 Minuten um Hilfe rufend da. Nach seiner Befreiung fiel er in Ohnmacht und blutete beim Erwachen stark aus der Nase. Er atmete schwer und klagte über Schmerzen in der Brust und der linken Schulter. Am anderen Morgen war das Gesicht — zumal links — gedunsen. An den Lidern und um die Augen — besonders links — reichliche Blutaustritte. Zusammenhängende Ekchymosen der Conjunctivae bulbi bis in die Umschlagsfalten. Ekchymosen an der Unterlippe, dem Kinn und der linken Thoraxhälfte, hier in Gestalt kleiner Punkte. Subkutanes Thoraxemphysem trotz Mangels eines Rippenbruches. Blutung am Hinterhaupt. Auf der linken Zungenhälfte stecknadelkopfgroße Ekchymosen, die auf der Mundschleimhaut, entsprechend dem linken Oberkiefer, die Gestalt von Flecken hatten. Die Atmung war oberflächlich und mühsam; links hinten waren feuchte Rasselgeräusche zu hören. Augenhintergrund normal. Drei Petechien auf dem weichen Gaumen links; Ekchymosen auf dem linken Trommelfell; Schwellung der Nasenschleimhaut. (Der Kehlkopf scheint frei gewesen zu sein; wenigstens wird er hier nicht erwähnt. Ref.) Im Auswurf zeigten sich in den nächsten Tagen einige Blutgerinnsel.

Pat. wurde bedeutend gebessert nach 20 Tagen entlassen.

V. E. Mertens (Kiel).

25) **W. Veil.** Über ein Teratom am Kopfe eines Kindes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 550.)

Ein 18 Tage altes, sonst normales Kind trug über dem linken Ohr eine dem Schädel aufliegende, zur Hälfte von Haut bedeckte Geschwulst, die mehrere zapfenartige Vorragungen und deutliche Eigenbewegungen aufwies. Der Schädelknochen darunter war verdickt, nicht perforiert. Abtragung der Geschwulst mit dem Meißel, wobei sich im Knochen ein Zahn fand.

Die nähere Untersuchung ergab, daß die aus Bestandteilen aller drei Keimblätter zusammengesetzte Geschwulst sich nicht eigentlich geschwulstartig, sondern organmäßig entwickelt hatte, wenngleich keine ausgebildeten fötalen Organe sich vorfanden. Es handelte sich demnach um ein Teratom, für das eine heterochthone Entstehung wahrscheinlich war. **Reich** (Tübingen).

26) **Reiher.** Ein Fall von Trauma des Hinterkopfes.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1908. Nr. 29.)

Interessante Geschichte eines Kranken, dem ein Baumstamm auf den Kopf gefallen war, wodurch eine Berstungsfraktur des Schädels in vier fast gleiche Teile, dem Quénu-Tisson'schen Typus entsprechend, entstand. Die Blutung durch Zerreißung des Längssinus stand auf Tamponade.

Genaue Schilderung der durch die Commotio cerebri verursachten Ausfallserscheinungen und psychischen Veränderungen, die z. T. unter dem Bilde der Seelenblindheit verliefen. **Deetz** (Arolsen).

27) **Lop** (Marseille). Greffe periostique animale.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 80.)

Durch Schlag mit einem Werkstück erlitt ein 60jähriger Arbeiter eine ausgedehnte Zerstörung der Kopfschwarte. Trotz aller Bemühungen kam es zu Eiterung und Verlust des Periosts auf dem rechten Parietale und Occipitale über 10 cm. Mehrfache Auskratzungen blieben erfolglos. Schließlich kratzte L. nochmals aus, desinfizierte intensiv und bedeckte den nackten Knochen mit dem Periost, das ganz frisch vom Schädel eines Kaninchens abgezogen war, das im Augenblick der Operation getötet wurde. In weniger als 20 Tagen war alles heil.

V. E. Mertens (Kiel).

28) **Fiaschi.** Case of extensive syphilitic necrosis of the skull.

(Australasian med. gaz. 1908. Juni 20.)

Pat., ein Mann von 46 Jahren, der 20 Jahre vorher an Syphilis erkrankt gewesen war, war schon vor 2 Jahren vom Verf. wegen einer nicht tuberkulösen Ostitis mit Nekrose am rechten Humerus operativ behandelt und geheilt worden.

1 Jahr später erlitt er an der Stirn eine Verletzung durch einen Eisensplitter, es kam zu Schwellung und heftigen Schmerzen, zu Ulzeration und starker Eiterung; auch heftige Kopfschmerzen stellten sich ein.

Bei der Operation ergab sich, daß der weitaus größte Teil der Stirnbeinschuppe nekrotisch war, und daß diese Nekrose sich unmittelbar in beide Orbitae fortsetzte. Ein Versuch, den kranken Knochen im Gesunden in toto auszumeißeln, scheiterte an der abnormen Härte des gesunden Knochens. Verf. sägte deshalb innerhalb der Nekrose, entfernte so den größten Teil des kranken Knochengewebes und erweiterte die gewaltige Öffnung bis tief in beide Orbitae hinein vermittels Knochenbeißzangen. Blutung gab es fast gar nicht, die Sinus waren mit der Dura überall bereits abgehoben.

Bald granulierte die große Wundhöhle; bei der Publikation war die Hautwunde noch nicht geschlossen, 9 Wochen nach dem Eingriff.

W. v. Brunn (Rostock).

29) **G. L. Peabody.** Preliminary report of a case of cerebrospinal meningitis of streptococcus. Origin apparently cured by subdural injection of anti-streptococcus serum.

(New York med. record 1908. März 14.)

P. beschreibt einen Fall von Zerebrospinalmeningitis bei einem 37jährigen Manne mit Symptomen von Sepsis. Bei der Lumbalpunktion fanden sich Streptokokken. Daraufhin entschloß sich P., Antistreptokokkenserum 4 Tage hintereinander in Mengen von je 10 ccm an Stelle einer durch Lumbalpunktion jedesmal entleerten Quantität Zerebrospinalflüssigkeit subdural zu injizieren. Nachdem in Pausen von je einem Tage diese Methode noch 2mal wiederholt war und schon bei der allerersten Einspritzung ein Temperaturabfallen sowie Nachlaß der Kopfschmerzen und Nackenstarre festzustellen war, konnte Pat. in 14 Tagen herumgehen und genas.

Loewenhardt (Breslau).

30) **Tilmann.** Anatomische Befunde bei Epilepsie nach Trauma.

(Med. Klinik 1908. p. 1442.)

In jedem Falle von Epilepsie, bei dem eine Schädelverletzung vorliegt, muß die Ursache der Epilepsie durch Operation beseitigt werden. T. erlebte bei 26 Schädelaufmeißelungen keinen Todesfall am Operationschok. Das Gehirn verträgt Spülungen mit körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung ausgezeichnet. Am besten operiert man unter trockener Asepsis und mit angewärmten Tupfern. Zweizeitig geht T. nur dann vor, wenn die Blutung bei der Freilegung des Gehirns zu groß ist.

Die bei den sieben Operationen der letzten Jahre erhobenen Befunde sind ausführlich mitgeteilt (Krankengeschichten). Bei drei Leuten, die unmittelbar nach

dem Unfall an Hirnreizung erkrankten, fanden sich im Zentralgebiete Narben der weichen Hirnhaut, die nicht mit der Dura, dagegen sämtlich mit dem unterliegenden Teile der Hirnrinde verwachsen waren, mit dem sie entfernt wurden. Narben der Zentralrinde, zumal mit Piaverwachsungen, lösen anscheinend besonders schnell und leicht Epilepsie aus. Liegt der Verletzungsherd weiter ab, oder bestehen nur Verwachsungen zwischen weicher und harter Hirnhaut, so treten die Anfälle erst nach längerer Zeit ein. Die Operation war stets erfolgreich.

In einer verhältnismäßig großen Zahl von Epilepsiefällen leiten Traumen das Krankheitsbild ein. Für jeden Anfall ist der primäre Reiz der Auslösung in die Hirnrinde zu verlegen. **Georg Schmidt** (Berlin).

31) **A. Chalier.** Le traitement des névralgies faciales par la trépanation de la zone sensitivo-motrice du coté opposé.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 106.)

Seit 3 Jahren litt der 49jährige Pat. an linksseitiger Trigeminusneuralgie, vor 1 Jahr war der dritte Ast reseziert mit 10 Monate anhaltendem Erfolge. Dann stellten sich wahre Schmerzparoxysmen ein, ausstrahlend in Schläfe und Nacken. Sprechen, Kauen, Schlucken lösten heftigste Anfälle aus, bei denen das Gesicht verzerrt wurde.

Jaboulay stellte die Diagnose: Tic douloureux de la face ou névralgie épileptique spasmodique, und machte folgende Operation. Es wurde sorgfältig die Lage des Sulcus Rolandi der rechten, also entgegengesetzten, Seite bestimmt und ihm entsprechend ein 7—8 cm langes, 2 cm breites Stück aus dem Schädeldach entfernt. In die Dura machte Jaboulay drei kleine Schnitte, aus denen der Liquor langsam hervorsickerte. Die Haut wurde über der Lücke genäht. Der Erfolg war glänzend, Pat. wurde 8 Tage nach der Operation (4. Juli 1908) geheilt entlassen.

Die Begründung dieses Vorgehens ist im Original einzusehen.

V. E. Mertens (Kiel).

32) **Young.** Case of marked hydrocephalus in a child aged 3 years (operated on at age of 6 days for a large lumbo-sacral spina bifida).

(Glasgow med. journ. 1908. August.)

Verf. entfernte einem 6 Tage alten Kind eine Spina bifida lumbo-sacralis unter sorgfältiger Schonung der in der Sackwand verlaufenden Nerven. Es trat Heilung per primam ein; zur Zeit der Operation war sonst, speziell am Kopfe, nichts Abnormes zu entdecken. 5 Monate später begann sich ein Hydrocephalus zu entwickeln und wuchs in weiteren 5 Monaten zu erheblicher Größe.

Abgesehen von Beseitigung von sehr starker Phimose mit Balanitis wurde therapeutisch nichts unternommen.

Eine weitere Ausbildung des Hydrocephalus kam nicht zustande, eher eine Besserung des Zustandes. Am Ende des 3. Lebensjahres ist die vordere weit klaffende Fontanelle fast geschlossen, die Nähte ebenfalls verwachsen; das Kind ist ganz intelligent, kann allein stehen, aber noch nicht gehen, Stuhl und Urin werden zu gewissen Zeiten spontan entleert, das Kind beschmutzt sich fast nie mehr. Die Narbe am Rücken ist fest und hart.

Die Familienanamnese ist ohne Belang.

Die Spina bifida und der Hydrocephalus sind sicher beide kongenital angelegt.

W. v. Brunn (Rostock).

33) **L. B. Schapiro.** Zur Diagnose und Heilung der sog. Zerebralhernien.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1908. [Russisch.])

1) Ein 8jähriger Junge kam mit einer bei der Geburt ganz kleinen, jetzt mandarinengroßen Geschwulst auf dem Nasenrücken zwischen den Lidwinkeln. Sie war etwa 4 cm breit, 3 cm hoch. Die Haut über ihr war normal und etwas ver-

schieblich. Sie fluktuierte nicht und war eine Spur seitlich beweglich. Auf Druck keine Hirnerscheinungen. Im übrigen war das Kind körperlich und geistig gesund.

Durch einen Längsschnitt wurde die Geschwulst freigelegt bis an den glatten Rand des Knochendefektes, der durch den Geschwulststiel völlig ausgefüllt wurde. Der Stiel wurde ohne Ligatur im Knochenniveau glatt durchtrennt und die Blutung mit dem Thermokauter gestillt. Eine Lichtung enthielt er nicht. Der ca. $2^1/_2$ cm im Durchmesser haltende, ungefähr kreisförmige Knochendefekt wurde durch ein mit dem Periost nach innen gerichtetes Periostknochenplättchen von $1^1/_2$ mm Dicke gedeckt, das nicht angenäht wurde. Heilung p. p. i.

Mikroskopisch bestand die derbe Geschwulst hauptsächlich aus fibrösem Gewebe, in dem embryonales Muskelgewebe, lymphoide Zellen, große Kerne ohne Protoplasma verstreut waren.

2) Das völlig gesunde 12jährige Mädchen trug 3 cm über der Nasenwurzel mitten auf der Stirn eine 2 cm breite, $1^1/_2$—2 cm hohe Geschwulst, die von dünner bläulicher Haut bedeckt war. In Ruhe pulsierte sie nicht, wohl aber beim Schreien, wobei sich auch ihre Spannung vermehrte. Druck blieb ohne Hirnerscheinungen. Rundum war deutlich ein Knochenrand zu fühlen. Die Operation ergab, daß es sich um ein Angiom handelte, dessen Gefäße mit der Diploë des Stirnbeines zusammenhingen, und das den Knochen usuriert hatte, so daß eine »höchstens 1—$1^1/_2$ mm« tiefe Delle entstanden war, die ähnlich wie im vorigen Falle mit Knochenplättchen gedeckt wurde. (Welchen Zweck die Plastik hier hatte, ist aus dem Bericht nicht ersichtlich. Ref.) **V. E. Mertens** (Kiel).

34) **Andrassy und Seitz.** Bericht über die im Jahre 1907 vorgenommenen Eingriffe. (Aus dem Bezirkskrankenhause Böblingen.)

(Med. Korrespondenzblatt d. württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Aug. 22 u. 29.)

Bemerkenswert ist folgender Fall von Gliosarkom des Kleinhirns. Vor 5 Jahren Sturz auf den Kopf aus 5 m Höhe, seither zeitweilig Anfälle von Kopfschmerzen. Stauungspapille, niedriger Puls, Erbrechen sprechen für Druckerhöhung in der Schädelhöhle, Parese des rechten Facialis, Schwindelanfälle und Druckempfindlichkeit des rechten Hinterhauptes für Lokalisation im Kleinhirn. Daher Freilegung der rechten Kleinhirnhälfte, Dura prall gespannt, nach Spaltung derselben drängt das Kleinhirn stark vor, eine Geschwulst wird nicht gefunden. Schluß der Wunde, Heilung p. p., zunächst wesentliche Besserung im Befinden, nach 18 Tagen Tod in einem Anfalle von Atemnot. Die Sektion ergibt in der rechten Kleinhirnhemisphäre mitten in der weißen Substanz eine mandelgroße, nicht abgekapselte Geschwulst von derselben Resistenz wie die Hirnmasse. Mikroskopisch: Gliosarkom.

Mohr (Bielefeld).

35) **W. W. Graves.** A clinical study of a case of brain tumor: operation; complete recovery.

(New York med. record 1908. Mai 23.)

G. beschreibt einen mit völligem Erfolg operierten Fall von Hirngeschwulst, bei dem die gewöhnlichen Symptome von Kopfschmerzen, Neuritis optica usw. fehlten. Dagegen zeigte sich bei der 50jährigen Pat. Jackson'sche Epilepsie mit nachfolgenden Erschöpfungszuständen, Paralyse der rechten Extremitäten und Symptome von Aphasie. Es wurde eine hühnereigroße Cyste in der Gegend der Fossa Rolandi entfernt.

Während der ersten 24 Stunden nach der Operation beklagte sich Pat. über heftige Schmerzen im rechten Arm. An den Fingerspitzen trat zuerst Hyperämie, dann Ischämie, schließlich Bildung von Blasen auf, die zwar nach einigen Tagen schrumpften. Doch blieben aber noch monatelang unangenehme Empfindungen in dieser Extremität zurück. **Loewenhardt** (Breslau).

36) **Mills and Frazier.** A brain tumor, localized and completely removed.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. August.)

Der von den Verff. beobachtete und operierte Fall von Hirngeschwulst ist bemerkenswert durch die schnelle Entwicklung des Symptomenbildes, das bestimmt auf den Krankheitssitz an der Grenze des Schläfen- und Hinterhauptslappens hinwies, und durch den völligen Erfolg des chirurgischen Eingriffes. Bei der 45jährigen Frau entwickelte sich innerhalb 2 Monaten eine linksseitige, laterale, homonyme Hemianopsie und beginnende Neuritis optica; in den nächsten Wochen traten Anfälle von Schwindel, Erbrechen und Kopfschmerzen, sowie eine Parese des linken Armes hinzu, ferner Hemiataxie und Hypästhesie der linken Extremitäten. 4 Monate nach Beginn der Erscheinungen wurde operiert; nach Bildung eines großen, die rechte Parieto-Occipitalgegend umfassenden Haut-Knochenlappens und Freilegung des Hirns wurde eine nahe der Oberfläche liegende, 8:4 cm große, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Cyste unschwierig ausgeschält. Bis auf einen dünnen Drain Schluß der Wunde, glatte Heilung. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose einer einfachen, serösen Cyste. Sämtliche Erscheinungen gingen in den nächsten Wochen erheblich zurück und waren nach 3 Wochen bis auf die Hemianopsie fast geschwunden. 3 Monate später war Pat. bis auf eine geringfügige Hemianopsie gesund. F. hält nach seinen Erfahrungen etwa 20% der Hirngeschwülste für operabel. **Mohr** (Bielefeld).

37) **K. v. Orzechowski.** Ein Fall von Mißbildung des Lateralrecessus. Ein Fall zur Onkologie des Kleinhirnbrückenwinkels.

(Arbeiten a. d. neurologischen Institut an der Wiener Universität 1908. Bd. XIV.)

Verf. beschreibt uns in der obengenannten Arbeit einen äußerst interessanten Fall, wie er sonst nirgends in der Literatur gefunden werden konnte. Bei der Autopsie einer 60 Jahre alten Frau, die seit 25 Jahren an tabischen Beschwerden gelitten hatte und in den letzten Tagen des Lebens Symptome einer Geschwulst des Kleinhirnbrückenwinkels darbot, wurde bei der Obduktion neben kleinen Aneurysmen der Art. vertebralis und basilaris eine Cyste von der Größe einer Nuß im Kleinhirnbrückenwinkel festgestellt. Die histologische Untersuchung ergab, daß eine Stelle der sonst gliösen Cystenwand aus einer Geschwulst mit der Struktur des zentralen Nervengewebes bestand. Sie war an die Pia des Kleinhirns angeheftet, ohne daß die solide Geschwulstpartie, noch die von letzterer ausgehende Cyste mit dem Zentralnervensystem in direktem Zusammenhang stand. Die Geschwulst wies innige Beziehungen zum Plexus chorioideus auf, der durch einen Hohlgang in der Geschwulst ins Innere der Cyste gelangte. Die Geschwulstmasse grenzte sich stellenweise gegen die Plexuszotten durch typisches Ependym ab. Daneben lag eine zweite, kleinere, hauptsächlich aus verflochtenen Markfasern bestehende Geschwulst in der medialen Recessuswand, bzw. im ponto-bulbären Körper. In beiden Geschwülsten fanden sich in der Adventitia der Gefäße kleine, rundliche, homogene Körperchen (»fuchsinophile« Körperchen, welche chemisch durch Eisen- und Fibrinreaktion und ausgesprochene Affinität zu den sauren Farbstoffen charakterisiert waren). Im Stamm wurde neben ziemlich vielen, kleinen, frischen Erweichungen ein sklerotischer Plaque gefunden.

Außerdem fanden sich am Rückenmark außer der starken Hinterstrangssklerose mehrere piale Neurome, zu den typischen wahren Neuromen gehörend, die aus Nervenfasern vom peripheren Charakter bestehen, wenig faserige Grundsubstanz und wenig Kerne aufweisen, so daß an ihrem Aufbau vorherrschend das nervöse Faserelement beteiligt ist.

In der eigentlichen nervösen Rückenmarkssubstanz fehlten die Neurome vollkommen. Sie sind durch Auswachsen der Vorderwurzelfasern, und zwar aus jener Strecke des intramedullären Verlaufes der letzteren entstanden, die peripher von dem Abblassungsstreifen liegt. Die Verteilung der Mehrzahl der pialen Fasern deckt sich zugleich mit der Lokalisation der Hinterwurzelaffektion in den lumbo-

sakralen Segmenten. Daneben wurden aber auch Neurome in den dorsalen und cervikalen Partien gefunden, weit von den Segmenten mit der hinteren, radikulären Schädigung, hier allerdings weniger an Zahl. Die extramedullären Vorderwurzeln haben keine Zeichen der Degeneration, noch der Atrophie, noch der Regeneration dargeboten und waren bis auf einige Neurome ganz unversehrt.

Verf. bespricht in außerordentlich gründlicher Weise den mikroskopischen Befund der Serienschnitte der Geschwulst. Bezüglich der beiden Geschwülste am Kleinhirnbrückenwinkel ist er der Ansicht, daß sie embryonaler Herkunft sind, und zwar daß sie von der Wand des Recessus lateralis ausgehen. Er kommt weiterhin auf die Entwicklungsgeschichte und die anatomischen Verhältnisse des Lateralrecessus zu sprechen und gelangt zu dem Schluß, daß in dem Gebiete des Hinter- und Nachhirns in den Resten der sekundären Rautenlippe ein Gebilde vorhanden ist, welches seinem Werdegang entsprechend mit großer Wahrscheinlichkeit den Ausgangspunkt einer großen Anzahl von Geschwülsten des IV. Ventrikels, des Kleinhirnbrückenwinkels, der Brücke und des Trigeminus bildet. Für die Geschwülste schlägt O. die Bezeichnung »Geschwulst des Lateralrecessus« vor.

Weiterhin betrachtet Verf. die verschiedenen Arten der Rückenmarksneurome und rechnet seinen Fall unter die pialen Markfasern von den Hinterwurzeln, welche bei der Tabes entschieden häufiger vorkommen als im normalen Rückenmark und ein häufiges Degenerationszeichen des tabischen Rückenmarkes darstellen.

Der interessanten Arbeit sind neben einem ausführlichen Literaturverzeichnis mehrere Zeichnungen makroskopischer und mikroskopischer Bilder beigegeben, die das Verständnis der Arbeit wesentlich erleichtern. **L. Simon** (Mannheim).

38) **E. Stumme.** Akromegalie und Hypophyse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 2.)

Die vorliegende Arbeit enthält ausführlich alle Details der Krankengeschichte der von Hochenegg auf dem Chirurgenkongreß 1908 vorgestellten Pat. (vgl. dieses Zentralblatt 1908, Nr. 35, Beilage p. 72). **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

39) **P. Reclus.** Sur une observation d'exophthalmos pulsatile.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 85.)

Die syphilitische Pat. erkrankte im Februar 1906. Sie litt unter heftigen Kopfschmerzen, und man bemerkte, daß das linke Auge mehr vorstand und am inneren Winkel durch eine unregelmäßige, pulsierende Schwellung gehoben wurde. Bald wurde Pat. nachts durch ein lautes, brausend dröhnendes Geräusch in ihrem Kopf geweckt. In Kürze bildete sich ein erhebliches Ödem des oberen Lides aus, das durch einen Gefäßknäuel gehoben wurde. Dies alles, wie das sehr starke Conjunctivalödem, war in lebhafter Pulsation. Die Geräusche, über die Pat. klagte, waren an jeder beliebigen Stelle des Schädels deutlich zu hören.

Von einem Eingriff wurde mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand (Albumen, Zucker) abgesehen. Es wurde symptomatisch behandelt und täglich durch »einige Minuten« digitale Kompression der Carotis communis geübt. Der Exophthalmus wurde geringer, ebenso die Geräusche. Die Besserung war aber nur vorübergehend. Pat. wurde ins Hospital aufgenommen und einer Gelatineinjektionsbehandlung (intramuskulär) unterworfen. Von Ende August 1906 bis Ende Mai 1907 wurden 81 Injektionen à 80 cg Gelatine gemacht. Da bekam Pat. plötzlich eine totale Ophthalmoplegie rechts samt Ptose. Das Auge erblindete fast vollständig, es fand sich eine Retinitis.

Im Dezember 1907 wurden die Injektionen wieder aufgenommen. Nach der vierten rötete sich plötzlich das obere Lid des linken Auges unter Schmerzen. Nach Eisapplikation Besserung und Abschwellen, worauf sich zeigte, daß die Pulsation verschwunden war, ebenso die Chemosis. Es blieben nur die intrakraniellen Geräusche noch und Anfälle von Kopfschmerzen, als deren Ursache linksseitiges Glaukom gefunden wurde. Am 19. März 1908 entschloß R. sich endlich zur Unterbindung der Carotis, worauf auch die Geräusche schwanden. Das Aufhören der Pulsation sieht R. als Erfolg der Gelatinebehandlung an.

Um den 17. April stellten sich heftigste Schmerzen in der rechten Hälfte des Kopfes und im rechten Bulbus ein. Pat. klagte, es sei genau so, wie seinerzeit beim Entstehen des linksseitigen Exophthalmus. Am 2. Mai starb Pat. plötzlich unter den Erscheiungen einer Ventrikelblutung.

Sektion: Die Diagnose auf linksseitiges Aneurysma arterio-venosum im Sinus cavernosus bestätigte sich durchaus. Die Carotis hatte hier ein 4—5 mm langes Loch. Die Arterie war bis an die Ligaturstelle, wo ein 2 cm langes Gerinnsel lag, leer.

Rechts fand sich entgegen aller Vermutung ebenfalls ein solches Aneurysma, ein mit frischen Gerinnseln gefüllter Sack. Durch das arrodierte Gehirn hatte die Perforation stattgefunden, die zur tödlichen Blutung in die Ventrikel führte.

Die großen Sinus im Schädel waren dilatiert, und durch den hohen Druck, der hier herrschte, so nimmt R. an, wurden die im Sinus cavernosus verlaufenden Nerven derart beeinflußt, daß es zur Ophthalmoplegie kam. (Es wäre sehr zu wünschen, daß Verf. in Zukunft die Lektüre seiner Publikationen dadurch erleichtert, daß er rechts und links weniger oft verwechselt. Ref.)

V. E. Mertens (Kiel).

40) **Dionisio.** Sulla presenza di corpusculi nerastri nel pus delle otorroe croniche curate colla fototerapia.

(Giorn. della R. accad. di med. di Turino 1908. Nr. 6.)

Bei der erfolgreichen Behandlung chronischer Otorrhöen mit ultravioletten Strahlen von bestimmter Wellenlänge konnte Verf. in dem ausgeschiedenen Sekret schwarze Körperchen beobachten, die sich jedoch nur dann fanden, wenn die Eiterung durch Knochencaries bedingt war. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich mit allergrößter Wahrscheinlichkeit um pulverförmige nekrotische Knochenpartikelchen handelte, die infolge der erfolgreichen Bestrahlung ohne jeden chirurgischen Eingriff zur Ausscheidung kamen. Verf. kommt daher zum Schluß, daß die Bestrahlung, die er auch bei Ozaena mit vielem Erfolg verwendete, die Ausscheidung der cariösen Knochen begünstigt. **Strauss** (Nürnberg).

41) **Schroeder.** Ein weiterer Fall von otogener, eitriger Sinusphlebitis mit fieberfreiem Verlauf.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LII. p. 357.)

Das Eintreten einer Infektion des Sinus im Gefolge von Ohreiterung wird fast stets durch hohe Temperatursteigerungen, meist von pyämischem Typus, angezeigt. In dem von S. mitgeteilten Falle fehlte Fieber während der klinischen Beobachtung vollständig, trotzdem man bei der Operation die Lichtung des Sinus in der Ausdehnung von ca. $1^1/_2$ cm von Eiter erfüllt fand. Der infizierte Bezirk war zentral- und peripherwärts durch solide Thromben gegen den Kreislauf abgeschlossen. Nach der Operation (Freilegung der Mittelohrräume, Spaltung des Sinus) erfolgte glatte Heilung. **Hinsberg** (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 48. Sonnabend, den 28. November 1908.

Inhalt.

Aus dem städtischen Krankenhause zu Hildesheim.

Extension am quer durchbohrten Knochen.

Von

Medizinalrat Dr. Ernst Becker,
Oberarzt.

Vor etwa Jahresfrist hat Steinmann[1] (Bern), um die gelegentlich bei der gewöhnlichen Heftpflasterextension eintretenden Mißstände (Reizung der Haut, Ekzem, Zirkulationsstörung durch Schnürung, ischämische Muskellähmung, Dekubitus, Gangrän) zu verhüten, eine neue Extensionsmethode empfohlen, die er kurz als Nagelextension bezeichnet. Er nimmt zwei sehr spitze, schlanke, vernickelte Stahl-

[1] Steinmann, Zentralblatt für Chirurgie 1907. p. 938 ff.

nägel von 6—8 cm Länge mit breitem Kopf und schlägt sie beiderseits am oberen Rande der Femurkondylen, mit der Spitze schräg abwärts gegen den jenseitigen Condylus gerichtet, mittels Hammers ein. An die etwa 1 cm aus der Haut hervorragenden Kopfenden der Nägel hängt er mittels Schnur oder Draht Gewichte an, deren Nachinnenrutschen zur Vermeidung von Druck auf die Haut durch eine Rinne oder einen besonderen Anhängeapparat verhindert wird. Da die Nägel nach seiner Ansicht infolge einer gewissen Druckatrophie des Knochens sich nach einiger Zeit lockern, so müssen sie, wie gesagt, schräg eingeschlagen werden. Im übrigen rühmt er der Methode nach, daß sie einfacher und rascher als die Heftpflasterextension besorgt werden könne, die sofortige Anwendung großer und besser wirkender Gewichte erlaube, für den Kranken selbst beim stärksten Zuge schmerzlos sei und jegliche Reizung der Haut, Zirkulationsstörungen, Dekubitus usw. vollkommen ausschließe; sie gestatte die sofortige Aufnahme der gymnastischen Behandlung und sei bei komplizierten Frakturen in gleicher Weise verwendbar wie bei unkomplizierten.

Wilms[2] bestätigt an der Hand einer einschlägigen Beobachtung diese Vorteile, warnt nur vor der Anwendung zu großer Gewichte, weil er dabei eine beträchtliche Diastase der Bruchenden beobachtete, ein Moment, auf das beiläufig Steinmann in seiner Publikation[3] bereits aufmerksam gemacht hatte. Wilms verwendet außerdem statt der Steinmann'schen runden, schmale, meißelartig geformte Nägel, die sich sehr leicht mit den breiten Seiten nach auf- und abwärts einschlagen und so fixieren ließen, daß eine Lockerung »so gut wie ausgeschlossen« sein soll.

Ich glaube nun nicht, daß durch besondere Gestaltung der Nägel sich eine Lockerung wird verhüten lassen. Denn ich weiß aus meinen Beobachtungen bei den nach meiner Methode[4] behandelten Fersenbeinbrüchen, wobei die Bruchstücke auf einen Bohrer aufgespießt werden, daß dieser Bohrer sich nach 5—6 Wochen lockert und dann ganz von selbst herausfällt, ohne daß überhaupt jemals eine Extension auf ihn eingewirkt hat. Bedenkt man ferner, daß der eingetriebene Nagel sich um die Corticalis als Hypomochlion dreht, so kann sein freies Ende in der weitmaschigen Spongiosa gar keinen festen Halt finden. Außerdem ist bekanntlich auch die Spongiosa gerade im Bereiche der Femurkondylen, wie man auf jeder Röntgenplatte sehen kann, außerordentlich dünn[5], so daß auch aus diesem Grunde eine Lockerung hervorgerufen wird. Je stärker also der Gewichtszug ist, desto eher muß der Nagel sich lockern.

---

[2] Wilms, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 260.

[3] a. a. O. p. 940, Absatz 4.

[4] Becker, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXIII. p. 575 und V. Brandes, Über die Behandlung der Kompressionsfrakturen des Calcaneus. Inaug.-Diss., Berlin 1908.

[5] Merkel, Handbuch der topographischen Anatomie 1907. Bd. III. p. 696.

Diesen offenbar nicht gleichgültigen Mangel der an sich guten Methode habe ich durch folgendes Verfahren beseitigen können. Ich ließ mir durch meinen Maschinenmeister einen 20 cm langen und 4 mm dicken Stahlstab schneiden und an beiden Seiten mit Gewinden versehen. Das eine Ende wurde außerdem von zwei Seiten abgeplattet und mit kurzer Spitze versehen, während das andere Ende eine Einkerbung und Abflachung erhielt, so daß es in den Borchardt'schen elektrischen Trepanationsapparat hineinpaßte, den mir seinerzeit die Firma Hirschmann geliefert hatte (Fig. 1). Beide Enden des Stahlstabes konnten durch Messinghülsen mit entsprechendem Gewinde kaschiert werden. In die Hülsen griffen Karabinerhaken mit alten ausrangierten elektrischen Klingelschnüren, an denen die Extension ausgeübt wurde. Zwei kreisförmige Scheiben aus Weißblech bilden den Abschluß gegen den Verband (Fig. 2).

Fig. 1.

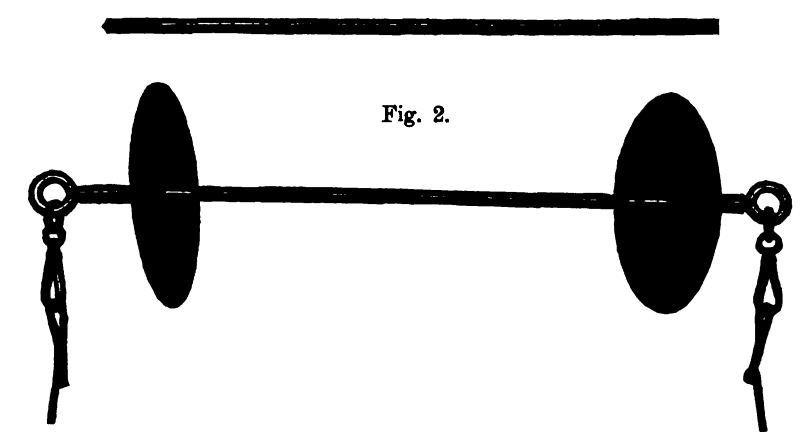


Fig. 2.

Zuerst benutzte ich diese Methode bei einem Chauffeur, der Stückbrüche beider Oberschenkel auf der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel dadurch erlitten hatte, daß bei einem Automobilunglück ihm beide Beine zwischen einen Chausseebaum und den Kraftwagen gequetscht waren. Nachdem mit der gewöhnlichen Extensionsmethode nach Heusner es binnen 14 Tagen nicht gelungen war, ein befriedigendes Resultat zu erzielen, ging ich folgendermaßen vor.

In Lumbalanästhesie mit Tropakokain wurde der Stahlbohrer etwa drei Querfinger breit oberhalb des Gelenkspaltes, um mit Sicherheit die Gelenkkapsel und die Fossa intercondylica zu vermeiden, an der Außenseite des Oberschenkels auf die Haut aufgesetzt und die Richtung, welche er nehmen sollte, vorher ganz genau festgelegt, während ein Assistent mit aller Kraft am Unterschenkel zog und ein anderer den Oberschenkel fixierte, so daß die Dislokation der Bruchstücke beseitigt war. Auf Kommando wurde dann der Strom angestellt, und in wenigen Sekunden fuhr der Bohrer quer durch Haut und Knochen hindurch, ohne die geringste Erschütterung oder Dislokation des unteren Bruchstückes hervorzurufen. Nach Lösung des Bohrers vom elektrischen Apparate lag er absolut fest und unbeweglich im Knochen. Um beide vorstehenden Enden wurde ein Streifen Vioformgaze gerollt und diese durch einige Achtertouren einer Gazebinde über der Streckseite des Knies fixiert. Dann wurden die beiden Weißblechscheiben darübergeschoben und

die Hülsen aufgeschraubt. Der Unterschenkel wurde in eine Volkmann'sche Schiene gelagert, die Karabinerhaken mit Extensionsschnüren eingehängt, und in wenigen Minuten war der ganze Extensionsverband fertig, so daß sofort die Gewichte angehängt werden konnten. In den nächsten Tagen wurden, da der Kranke noch über Schmerzen an den Bruchstellen klagte, Gipshülsen um die Oberschenkel gelegt.

In einem zweiten Falle, der ein sehr korpulentes 20jähriges Mädchen mit sehr fleischigem Oberschenkel und Spiralbruch in der Mitte des Femur betraf, legte ich sofort einen Gipsverband um das Becken und den gebrochenen Oberschenkel bis hinab zu der Stelle, wo der Bohrer lag, so daß dadurch das obere Bruchstück sofort ruhiggestellt war. Diese Kranke hatte nicht die geringsten Schmerzen. Ich glaube, daß dieses in manchen Fällen wohl zu empfehlen ist.

Sobald die Konsolidation einigermaßen eingeleitet ist, entfernt man den Gipsverband und beginnt mit Massage. Ist die Fraktur fest, so zieht man den Bohrer mit einer Zange heraus, was sehr leicht und schmerzlos gelingt, da er sich im Laufe der Wochen gelockert hat. Die Bohrlöcher der Haut, die meistens etwas entzündlich gerötet sind, heilen unter Wundverband in kurzem.

Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich mich dahin aussprechen, daß das geschilderte Verfahren die Vorzüge des Steinmann'schen teilt, ihm aber durch Sicherheit und Exaktheit überlegen ist. Da der Bohrer die Knochencorticalis an zwei Stellen durchbohrt, so kann eine Hebelwirkung wie bei der Nagelextension niemals eintreten. Ferner hat man in den beiden überstehenden Enden des Stahlstabes eine vorzügliche Handhabe, um eine Rotation des unteren Bruchstückes um die Längsachse zu verhüten. Da der Zug direkt am Knochen ausgeübt wird, so gebraucht man selbstverständlich sehr viel weniger Gewichte als bei der Heftpflasterextension, die zunächst doch an Haut und Muskulatur angreift und erst indirekt am Knochen. Damit hängt zusammen, daß ein Schlotterkniegelenk unmöglich entstehen kann.

Gegenüber dem Einschlagen von Nägeln ist schließlich als besonderer Vorzug zu erwähnen, daß bei der elektrischen Bohrung jegliche Erschütterung oder Verschiebung der Bruchstücke, sowie etwaige Splitterung gänzlich ausgeschlossen ist. Die Führung des Bohrers ist wegen der rapiden Schnelligkeit, mit der sie erfolgt, eine absolut sichere.

Welchen Umfang man künftig dieser Methode einräumen wird, kann erst durch weitere Erfahrungen festgestellt werden; ob sie z. B. nach Hüftgelenksresektionen, bei allen Arten von Oberschenkelbrüchen (Steinmann scheint das anzunehmen), bei Unterschenkelbrüchen (wenn man die Malleolen durchbohrt) ratsam ist, steht noch dahin.

Vorläufig glaube ich, daß sie besonders empfohlen werden kann bei komplizierten Oberschenkelbrüchen, die häufige Verbandwechsel erheischen, bei subkutanen Komminutivbrüchen des Femur, sowie bei sehr korpulenten Menschen, bei denen die Anlegung von Verbänden am Oberschenkel ihre Schwierigkeiten hat.

---

1) **Wullstein** und **Wilms.** Lehrbuch der Chirurigie. I. Bd.
Jena, **Gustav Fischer,** 1908.

Eine Anzahl unserer jüngeren Chirurgen hat sich zusammengetan, um für die Studierenden eine kurze, praktisch gehaltene und leicht verständliche Darstellung des Lehrgebietes der Chirurgie zu schaffen. Als Vorbild hat den Autoren das bekannte v. Mering'sche Lehrbuch der inneren Medizin gedient, das sich seit Jahren bewährt hat.

Der allgemeinen Chirurgie sind nur wenige Kapitel besonders gewidmet, das übrige soll in den Abschnitten der speziellen Chirurgie eingeflochten werden. Der II. Band wird zeigen, ob dies in ausreichender Weise der Fall sein wird. Am I. Band haben mitgearbeitet die Herren Schloffer, Tilmann, Preysing (Otologie, Rhinologie und Laryngologie), Wilms, Küttner, de Quervain, Sauerbruch, Perthes, J. Riedinger. Die Darstellung ist fast durchweg eine gute, wenn auch nicht ganz gleichmäßige in allen Abschnitten. Der Text ist sehr reich und vorzüglich illustriert (326 zum Teil farbige Abbildungen). Das ist für ein chirurgisches Lehrbuch von grundlegender Bedeutung; es liefert den Studierenden präzise Erinnerungsbilder, an die sich das Verständnis heftet. Die Verlagsbuchhandlung hat in Anbetracht des niedrigen Preises (10 Mk.) wieder Großes geleistet.

Das vorzügliche Lehrbuch wird bei den Studierenden bald beliebt werden, besonders wenn erst in einer II. Auflage einige Ungleichheiten ausgemerzt sind.

Garrè (Bonn).

---

2) Beiträge zur Kriegsheilkunde aus der Hilfstätigkeit der deutschen Vereine vom Roten Kreuz während des russisch-japanischen Krieges 1904—1905. Hrsg. vom Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz in Berlin. XXXI und 431 S., 17 Tafeln, 122 Abbild. im Text. 42 Mk.
Leipzig, **W. Engelmann,** 1908.

Dieses großartig ausgestattete Werk ist nicht für Ärzte allein geschrieben, sondern wendet sich auch an nichtärztliche Leser, wie schon daraus sich ergibt, daß die medizinischen Fachausdrücke entweder im Text selbst deutsch gegeben oder in einem beigefügten alphabetisch geordneten Namenverzeichnis in Übersetzung mitgeteilt werden. Immerhin nehmen den größten Raum des Buches medizinische Dinge ein, die aber zu einem großen Teil unsere Leser schon kennen, da, wenn auch weniger ausführlich, die chirurgischen Führer der zwei ausgesandten Expeditionen, die Herren Borchardt und Henle, bereits über besonders Wertvolles ihrer Erfahrungen auf kriegschirurgischem Gebiet andererseits berichtet haben, worüber dann in diesem Zentralblatt an verschiedenen Stellen, zum Teil durch die Herren selbst, referiert worden ist. Neu ist ein allgemeiner zusammenfassender Bericht über die Hilfstätigkeit des deutschen Roten

Kreuzes während des russisch-japanischen Krieges, neu sind die Berichte über das gesamte ungemein reiche Einrichtungsmaterial, das die Expeditionen mit sich führten und aus dem sie ihre Lazarette aufbauen und einrichten, auch Eisenbahnzüge für Verwundete und Kranke ausrüsten konnten; neu ein großer Abschnitt über die inneren Krankheiten bei den Russen, die im Charbiner Lazarett Aufnahme fanden und dort Gelegenheit gaben, an ihnen Studien mit allen Hilfsmitteln der modernsten Klinik zu machen, neu eine große Anzahl mehr oder weniger ausführlicher Krankengeschichten, neu endlich eine sehr große Zahl trefflicher photographischer und röntgenographischer Abbildungen, die einen reichen kriegschirurgischen Atlas darstellen.

Es ist bekannt, daß beide Expeditionen den Schlachtfeldern fern bleiben mußten, frische Verletzungen also nicht zu ihrer Beobachtung kamen, ebenso, daß die Zahl der durch sie behandelten Schußverletzungen nur eine verhältnismäßig kleine war, in Charbin 272, in Tokio 276 Verletzte betrug. Jenes Moment fällt nicht sehr ins Gewicht; denn den primären Charakter der Wunden durch die modernen Schußwaffen kennen wir aus anderen Kämpfen und wissen durch andere Berichte über den großen asiatischen Krieg, daß hierin Änderungen nicht zur Beobachtung kamen. Dagegen gestatteten die gut eingerichteten Lazarette, jede zukommende Verletzung, bzw. deren Folgen, auf das genaueste nach jeder Richtung hin zu untersuchen, sie nach den neuesten therapeutischen Grundsätzen zu behandeln und ihren Verlauf bis zu ihrem Ende oder wenigstens so lange zu beobachten, bis ihre Entlassung gar keine Gefahr mehr bot.

Einzelne Erfahrungen mögen hier Platz finden, so die, daß Borchardt keinen Fall beobachtet hat, wo bei Verletzungen durch Infanterievollmantelgeschosse, auch wenn die Projektile im Körper stecken geblieben, deformiert, Querschläger waren, neben ihnen andere Fremdkörper bzw. Teile der Kleidung gefunden wurden. Anders bei den Schrapnellwunden, bei denen häufig die Kugel im Körper zurückblieb, nicht selten Kleiderfetzen mitgerissen waren und sich weit häufiger als bei den Gewehrschußwunden eine Neigung zu Infektionen zeigte, wie übrigens auch bei Wunden durch artilleristische Geschosse und Handgranaten. Leider kamen 40% aller in Charbin — frühestens 10 Tage nach ihrer Verwundung — eintreffenden Verletzten mit infizierten Wunden daselbst an, unter ihnen namentlich solche, die man, seien es Schuß- oder Amputationswunden, primär durch Naht verschlossen hatte. Die zur Beobachtung kommenden Brustschüsse verliefen oft unter geringen Symptomen gut, selbst solche, die beide Lungen betrafen oder durch Schrapnellkugeln erzeugt waren; aber aus unbekannten Gründen entwickelten sich später bei einer Anzahl von ihnen Pneumonien, die auch wohl einen tödlichen Ausgang nahmen. Spezielle Erwähnung verdient ein Fall, wo bei einem am 21. Februar durch ein zwischen der 10. und 11. Rippe eingedrungenes Geschoß verwundeten und am 2. Mai gestorbenen Soldaten bei der Sektion zufällig eine ausgeheilte quere Durchschießung der Aorta

gefunden wurde. Die Wunden des Gefäßrohres waren vollkommen fest geschlossen.

Noch später als das russische Lazarett erhielt das in Tokio etablierte und bald nach jeder Richtung gut ausgerüstete seine Verwundeten. Hier war es dann aber auch möglich, die Erfolge der notwendig werdenden Operationen lange Zeit hindurch zu beobachten, da die durchschnittliche Behandlungsdauer der Pat. 72 Tage dauerte. Die Desinfektion beschränkt sich allein auf die Anwendung von Seifenspiritus, ohne Wasseranwendung; und daß dieses einfache, also für den Kriegschirurgen besonders geeignete Verfahren sich wohl bewährte, ergibt der Erfolg: von den 276 behandelnden Verletzten, bei denen 195 Operationen gemacht wurden, ist nur einer gestorben. Die lange Dauer des Lazarettaufenthaltes erklärt sich übrigens zum großen Teil aus der auch bei den japanischen Verletzten stark hervortretenden Sucht nach hohen Renten und den Widerständen, die sie zu ihrer Wiederherstellung notwendigen Übungen entgegenstellten. Über die operativen Heilversuche bei Nervenschußverletzungen hat Henle schon früher berichtet; sie sind unseren Lesern bekannt. Die übrige Statistik enthält eine große Anzahl interessanter Beobachtungen, so daß das Studium des Originals dringend zu empfehlen ist. Leider wird der hohe Preis der erwünschten Verbreitung des Buches nicht günstig sein. **Richter** (Breslau).

3) **Bainbridge.** Oxygen in medicine and surgery — a contribution, with report of cases.

(New York state journ. of med. 1908. Juni.)

Nach sehr ausführlichem Referat über die Publikationen über die Verwendungsmöglichkeiten des Sauerstoffes in der Medizin berichtet B. über die Erfahrungen, die er mit Sauerstoffinjektionen in die Bauchhöhle bei Laparotomien und im Tierversuche gewonnen hat.

Der Sauerstoff (89%) wurde durch Passieren einer Flasche voll heißen Wassers vorgewärmt und durch eine lange Glaskanüle am Schluß der Laparotomie in die Bauchhöhle eingeführt. Er wurde den bekannten Stahlflaschen, worin er in komprimiertem Zustande sich befand, direkt entnommen.

Man muß sich in acht nehmen, bei der Infusion kein Emphysem der Gewebe zu erzeugen. Die Menge des zur Verwendung kommenden Sauerstoffes wird am besten so bestimmt, daß man vor der Operation den Bauchumfang mißt und nachher so viel O einströmen läßt, daß das ursprüngliche Umfangsmaß beinahe erreicht wird; in Fällen von Chok, bei Blutungen, lasse man so viel einströmen, daß die Leberdämpfung gerade verschwindet.

Bei solchem Vorgehen war die Cyanose geringer, die Wundflächen röter, Puls und Atmung besser, die Leibschmerzen geringer, Übelsein und Erbrechen seltener, der Appetit besser, die Darmtätigkeit reger als bei den Operationen ohne Sauerstoffinjektion; der Blutdruck wurde nicht nennenswert verändert.

Die Erfahrungen, die B. an 16 Pat. machte, beschreibt er dann im einzelnen. Es handelt sich um Operationen wegen tuberkulöser Peritonitis, gutartigen und bösartigen Geschwülsten des weiblichen Geschlechtsapparates, Lebercirrhose, Appendicitis. Besonders deutlich traten die Vorzüge des Verfahrens in die Erscheinung bei einer Karzinompatientin, die zweimal ohne und zweimal mit Sauerstoffinjektion laparotomiert worden war.

Die Experimente B.'s an Katzen (Injektion von 200, 300 bzw. 400 ccm Sauerstoff unter 60—200 mm Wasserdruck bewiesen, daß nach 36 Stunden stets aller Sauerstoff resorbiert war, bisweilen schon nach 24 und 18 Stunden. Der intraabdominale Druck hatte wenig Einfluß auf die Geschwindigkeit der Resorption. Puls und Atmung wurden ein wenig beschleunigt, der Blutdruck stieg etwas; auffallend war das schnelle Aufwachen aus der Narkose; nahm Verf. statt des Sauerstoffes Luft, so wachten die Tiere erst viel später auf; sonst war der Einfluß ähnlich wie bei Sauerstoff. Wenn Verf. den Sauerstoff unter hohem Druck einströmen ließ (1500—1800 mm Wasser), so kam es zu starkem Anstieg des Blutdruckes, Beschleunigung von Respiration und Herztätigkeit und dann schnell zum Tode. In solchen Fällen waren auch mikroskopisch gar keine Veränderungen an den Organen zu sehen.

Von besonderem Interesse war der Einfluß der Sauerstoffinjektion auf die Ausbildung von Verklebungen. Verf. skarifizierte zunächst das parietale und viszerale Bauchfell an zahlreichen Stellen und schloß die Bauchwunde nach Injektion von 200—300 ccm Sauerstoff. Ferner heftete er nach Skarifikation dieser Darmteile ein 9 cm langes Stück Dünndarm durch zwei Seidennähte an das Querkolon und schloß die Bauchwunde nach Sauerstoffinjektion.

In Parallelversuchen führte er die gleichen operativen Maßnahmen aus, aber ohne Sauerstoffanwendung. Der Erfolg war, daß nach Sauerstoffinjektion höchstens einzelne spinnwebfeine Verklebungen sich vorfanden, in den anderen Fällen aber umfangreiche zahlreiche breite Verklebungen und feste Verwachsungen in kurzer Zeit sich ausgebildet hatten. Die Ursache kann sein einmal das mechanische Moment des Auseinanderhaltens der verletzten Bauchfellflächen durch den Sauerstoff, ferner eine erhöhte Wachstumsenergie des Serosaendothels unter dem Einfluß des Sauerstoffes oder endlich der Umstand, daß die Darmbewegung durch Sauerstoff kräftig angeregt wird und dadurch für die Bildung von Verklebungen ungünstige Verhältnisse geschaffen werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

4) **G. Bernardi.** Di alcune modificazioni citologiche nel sangue dei fratturati. (Istituto di patologia chirurgica della università di Pisa.) 14 Doppeltabellen, 1 kolor. Tafel.

Pisa, **F. Mariotti,** 1907.

Die sehr fleißige, die Untersuchungen von über 1000 Blutpräparaten verwertende Arbeit füllt eine Lücke in unseren Kenntnissen von

der Pathobiologie der Knochenbrüche. Die traumatische Schädigung eines Organes, welches die zellbildende Keimstätte der roten und der weißen granulierten Blutzellen ist, muß, wenn ein größerer Abschnitt geschädigt ist, zu einer bestimmten, wohl nur graduell verschiedenen Umänderung des Blutcytogrammes führen.

Nach einem Überblick über die qualitativen und quantitativen Änderungen des morphologischen Blutbildes unter normalen und pathologischen Verhältnissen, wobei er sich in der Streitfrage der Abstammung der weißen Blutkörperchen zu Ehrlich's dualistischer Lehre bekennt, berichtet B. über seine an verschiedenaltrigen Individuen, die die verschiedensten subkutanen oder offenen Diaphysenbrüche aufwiesen, vorgenommenen Untersuchungen; zur Kontrolle wurde jeweilen ein gleichaltriges gesundes Individuum hämatologisch untersucht.

Die roten Blutkörperchen zeigen bei Subkutanbrüchen keinen auffälligen quantitativen Unterschied; anders im qualitativen Verhalten: bei Kindern treten neben in Teilung begriffenen weißen noch spärliche kernhaltige rote Blutkörperchen auf; bei Erwachsenen beobachtet man zuweilen Polychromasie.

Wichtiger ist das Verhalten der Leukocyten. Bei allen Knochenbrüchen kommt es zu einer Vermehrung der absoluten Leukocytengesamtzahl proportional dem Alter, dem hämatologischen Wert des Knochens und der Schwere der Verletzung; die Leukocytenzahl wird um so größer, je näher das Knochenmark noch seiner größten physiologischen Aktivität, d. i. der Fötalzeit, steht. Das Maximum der Leukocytose tritt nicht unmittelbar nach der Verletzung, sondern erst in 10—15 Tagen auf; sie verschwindet wieder unter verschiedenen Schwankungen mit Annäherung der Heilung. Die Hyperleukocytose erscheint bei Kindern früher als bei Erwachsenen, bei letzteren bei offenen Frakturen und etwaigen Nebenverletzungen früher als bei Subkutanbrüchen.

Die prozentualische Leukocytenformel erfährt immer bemerkenswerte Abänderungen, die graduell vom Alter, der Wichtigkeit des gebrochenen Knochens und der Ausdehnung des Bruches abhängig ist. Sie bleibt annähernd normal bei Brüchen kleiner Knochen (Kniescheibe usw.), erfährt unwesentliche Modifikationen bei Radius-, größere bei Unterschenkel-, die größten bei Oberschenkelbrüchen. Bei Kindern sind alle myeloiden Elemente auf Kosten der lymphocytären, die von 43—33% (normal) auf 27—14% fallen, vermehrt. — Im Blute der Frakturierten existiert eine bescheidene, weder der Schwere der Verletzung noch dem Werte des Knochens, noch dem Alter proportionale Zahl von Myelocyten, neutrophil oder eosinophil granuliert, wobei letztere überwiegen. Die bei Kindern wahrscheinlich intensivere Knochenmarksreaktion dürfte wahrscheinlich dadurch verdeckt sein, daß die Myelocyten sich rasch in Polynukleäre umwandeln und als solche ins Blut eintreten. — Die Neutrophilen, die großen Mononukleären und die Übergangsformen sind immer beträchtlich vermehrt

auf Kosten der Lymphocyten. — Die Eosinophilen neigen in den ersten Tagen der Fraktur zur Verminderung oder bleiben normal, nehmen dann rasch zu; ihre Vermehrung zeigt einen glatten afebrilen Heilverlauf an. Mangel, auffallende Spärlichkeit oder sukzessives Verschwinden der kreisenden Eosinophilen ist ein prognostisch schlechtes Zeichen und deutet auf schwere Komplikationen.

Die Steigerung der extrazellulären Jodreaktion des Blutes an den Blutplättchen, die bei Knochenbrüchen klinisch wie experimentell nachgewiesen ist, scheint dem Verf. unbekannt zu sein; wenigstens ist sie nicht angeführt oder gar nachgeprüft.

Auf der kolorierten Tafel sind eigenartige Erythrocytenbefunde reproduziert, wie sie B. tierexperimentell bei Tauben und Kaninchen mit Knochenbrüchen erheben konnte: in zahlreichen roten Blutkörperchen trat eine oft sehr reichlich differenzierte chromatische Substanz auf, in granulärer oder häufiger noch filamentärer Anordnung; Einzelheiten darüber sind im Original einzusehen.

K. Henschen (Tübingen).

---

5) **A. Köhler.** Über die ärztliche Untersuchung der Unfallverletzten.

(Charité-Annalen XXXII. Jahrg.)

Aus seiner reichen Erfahrung gibt K. einige praktische Winke für die ärztliche Untersuchung der Unfallverletzten. Nachdem er die eigentümliche Vertrauensstellung des Arztes sowohl dem Pat. als wie der Genossenschaft gegenüber und das fast immer völlig unbegründete, von außen in ihn hineingetragene Mißtrauen des Arbeiters gegen den Arzt besprochen hat, wendet sich Verf. der Untersuchung selbst zu. Mit Recht fordert er vom Arzte ein strenges Unterscheiden zwischen dem subjektiven und objektiven Befund, ein Punkt, der nach Ansicht des Ref. immer wieder vernachlässigt wird. Schwierig kann die Beurteilung angeblich sensibler Störungen und Schmerzen werden, besonders wenn noch nicht objektive Veränderungen erwartet werden können. Die Simulation des Romberg'schen Phänomens, von Muskellähmungen und Gelenksteifigkeiten läßt sich durch gewisse Kunstgriffe meist entlarven.

Boerner (Rastatt).

---

6) **König.** Die traumatische Knochengelenkentzündung in ihrer Bedeutung für das Gutachten des Unfallarztes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 37.)

Die Frage nach dem tatsächlichen Zusammenhange zwischen Gewalteinwirkung und Knochengelenkentzündung in präziserer Weise, als dies in der Regel geschieht, zu beantworten, ist der Zweck der Ausführungen des Verf.s.

Die Zahl der Fälle, die der Gewalteinwirkung allein ihre Entstehung verdanken, ist gering. In der Regel handelt es sich um spezifische Erkrankungen, die durch stumpfe Gewalt, direkt oder indirekt,

hervorgerufen wurden, ohne daß Brüche oder Verrenkungen entstanden. Da es ein objektives Zeichen dafür, daß eine Entzündung eine traumatische ist, in der Regel nicht gibt, ist die Anamnese von großer Bedeutung, zumal wenn das Trauma und der Eintritt der Gelenkentzündung zeitlich weit auseinander liegen.

1) Die akute Knochengelenkentzündung.

Als direkte und einzige Folgen der Gewalteinwirkung kommen in Betracht: der Bluterguß und der traumatische Hydrops (aseptische traumatische Gelenkergüsse). Bei allen übrigen hat die Gewalt nur den Boden präpariert für die Niederlassung einer anderweitigen Entzündungsursache (Gonokokken, Staphylo-Streptokokken, Typhusbazillen, Bakterium coli, Pneumokokken usw.). Es entsteht der für die Begutachter am häufigsten in Betracht kommende traumatisch septische oder traumatisch infektiöse Erguß.

Für die Begutachtung sind folgende Sätze maßgebend:

a. Eine Knochengelenkentzündung ist mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit als traumatische zu betrachten, wenn sie in direktem Anschluß an eine Gewalteinwirkung aufgetreten ist.

Der Nachweis eines als Ausgangspunkt für Infektion anzusehenden anderweiten Eiterherdes erhöht die Sicherheit der Diagnose einer traumatisch septischen Erkrankung (eitrige Angina, Furunkel usw.).

b. Auch wenn im Verlaufe von einigen Wochen, nachdem die Gewalt eingewirkt hatte, eine Knochenentzündung an der getroffenen Stelle entsteht, ist man noch berechtigt, den Zusammenhang zwischen Gewalt und Entzündung mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

c. Es kann aber auch längere Zeit nach dem Stattfinden einer Gewalteinwirkung am Knochen erhebliche Schwellung und ein Abszeß auftreten.

d. Unter denselben Verhältnissen bricht erst nach wandelbarer Zeit ein vorhandener Knochenherd in das Gelenk durch und ruft erst jetzt eine traumatische Entzündung des Gelenkes hervor.

e. Es kann jedoch eine ursächliche Beziehung zwischen Trauma und Knochengelenkentzündung in letzterem Falle nur dann mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden, wenn vollkommen einwandsfrei erwiesen ist, daß von dem Moment des Unfalles bis zu dem Auftreten schwerer Entzündungserscheinungen, Schmerz, Schwellung, event. lokale leichte Entzündungserscheinungen mit oder ohne Fieber, oder wenn Funktionsstörungen vorhanden waren.

Ein Zusammenhang ist unbedingt zu verwerfen, wenn solche Symptome in der Zwischenzeit fehlen.

2) Traumatische Tuberkulose des Knochengelenkapparates.

K. konnte unter 566 tuberkulösen Erkrankungen des Hüftgelenkes 86 als traumatische ermitteln. In 36 Fällen entstand die Erkrankung direkt im Anschluß an die Gewalteinwirkung. Unter 720 Kniegelenkerkrankungen entstanden 129 nach Gewalteinwirkung.

Für den Begutachter sind folgende zusammenfassende Sätze wichtig:

a. Sowohl der Tierversuch als auch die Erfahrung am Menschen haben bewiesen, daß sich die große Mehrzahl der traumatischen Tuberkulosen alsbald nach dem Stattfinden des Traumas entwickelt. Die Kenntnis des klinischen Verlaufes dieser Fälle lehrt uns, daß sie bereits in den ersten 14 Tagen nach der Verletzung auftreten. Immerhin dürfen wir aber auch den Zeitraum, bis zu welchem große Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang spricht, auf etwa 2 Monate, und wenn man bedenkt, daß sich manche Formen sehr langsam entwickeln, bis sie der Kranke bemerkt, auf 3 Monate bestimmen.

b. Bei allen später auftretenden Erkrankungen muß, um die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zuzugeben, nachgewiesen werden, daß bis zum Offenkundigwerden der Erkrankung von dem Moment des Unfalles an krankhafte Erscheinungen (Schmerz, Schwellung, Funktionsstörung) vorhanden waren.

Ist dies nicht der Fall, so ist unseres Erachtens die Erkrankung nicht als ein Betriebsunfall anzuerkennen. Es wird dann auch öfter möglich sein, direkt nachzuweisen, daß andere im Wesen der tuberkulösen Erkrankung gelegene Verhältnisse die Entstehung derselben erklären.

Langemak (Erfurt).

---

7) **Debove** (Paris). Tabes et chirurgie.

(Presse méd. 1908. Nr. 59.)

Die Tabes zeigt sich unter sehr verschiedenen Formen, und oft sind die Erscheinungen derart, daß die Grundkrankheit verkannt wird. Dies hat namentlich dann sehr unliebsame Folgen, wenn man eine chirurgische Krankheit annimmt und demgemäß einen chirurgischen Eingriff macht. Nicht nur, daß derselbe auf das Leiden gar keinen Einfluß ausübt, sondern die Heilung der Operationswunde ist eine sehr langwierige und kann in manchen Fällen auch ganz ausbleiben. Es ist dies namentlich mit Bezug auf tabische Gelenkerkrankungen in Betracht zu ziehen. Es sind da oft Resektionen mit den schlechtesten Folgen vorgenommen und die Tabes erst dann erkannt worden, als es zu spät war. Ja, es sind Fälle bekannt — und Verf. zitiert solche aus eigener Beobachtung —, wo die Operation nicht nur lokal nichts genutzt, sondern auch auf die Grundkrankheit einen verschlimmernden Einfluß ausgeübt hat.

Eine 48jährige Tabikerin erkrankte an einer Arthritis des rechten Knies. Es wurde die Resektion desselben vorgenommen und das Bein in einem Gipsverband immobilisiert. Bald darauf traten schwere gastrische und laryngeale Krisen auf, häufige Ohnmachten verschlimmerten den Zustand, und Pat. starb am 25. Tage nach der Operation. Die Untersuchung des resezierten Knies zeigte auch nicht die geringste Spur von knöcherner oder bindegewebiger Vereinigung der Knochen.

In anderen Fällen wurde wegen gastrischer tabischer Krisen die Gastroenterostomie vorgenommen, da Pylorusstenose diagnostiziert wurde. In einem anderen ähnlichen Falle wurden Leberkrämpfe angenommen und die Gallenblase reseziert. Als die Schmerzen hierauf nicht besser wurden, machte man eine Nephropexie, indem man glaubte, daß es sich um Wanderniere handle. In ähnlicher Weise wurde bei Blasenkrisen der Steinschnitt vorgenommen.

Aus diesen Erfahrungen soll die Lehre gezogen werden, daß man bei Vorhandensein von osteoartikulären Erkrankungen, sowie auch bei verschiedenen Krisen der Viszeralorgane an die Möglichkeit des Bestehens von Tabes denken und den Kranken einer dementsprechenden Untersuchung unterwerfen soll. **E. Toff** (Braila).

---

8) **L. Findlay.** The etiology of rickets: a clinical and experimental study.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 4.)

Die Erfahrung lehrt, daß Tiere, die zu Zwecken des Experiments in Käfigen gehalten werden, sehr häufig rachitisch werden. Vergleiche zwischen Hunden, die bei völlig gleicher Fütterung, Reinlichkeit und anderen äußeren Bedingungen im engen Käfig gefangen gehalten wurden, und solchen, die ein gewisses Maß von freier Bewegung hatten, haben F. überzeugt, daß Mangel an Muskelübung mit Sicherheit zur Rachitis führt. F. überträgt diese Schlußfolgerungen auf menschliche Verhältnisse und versucht nachzuweisen, daß das Gleiche auch für die menschliche Rachitis zutrifft, und daß alle anderen, so zahlreichen wie unbefriedigenden Theorien der Rachitis nicht den Kern treffen. Einige seiner Argumente mögen hier angeführt werden: die Rachitis ist eine Krankheit der gemäßigten Zone und in den Tropen und Subtropen so gut wie unbekannt, weil das Klima hier ein Leben außer dem Hause bei viel Bewegung gestattet. Sobald aber z. B. Neger- oder Italienerkinder in die engen Verhältnisse einer Großstadt, wie Neuyork, geraten, werden sie massenweise rachitisch. Ferner: die Rachitis ist eine Erkrankung der Wintermonate, wo in unserem Klima die Bewegungsfreiheit noch mehr eingeschränkt ist; sie ist im wesentlichen eine Krankheit der städtischen Bevölkerung und der geringeren Volksklassen: aus dem gleichen Grunde!

In welcher Weise dieser Mangel an Bewegungsfreiheit und Muskelübung wirkt, um Rachitis zu erzeugen, ist bisher nicht zu erklären. Daß sie aber eine nicht mehr zu übersehende ursächliche Bedeutung für die Rachitis hat, ist für F. erwiesen. Prophylaxe und Therapie ergeben sich daraus von selbst. **Weber** (Dresden).

---

9) **Arce.** Tuberculosis articular.

(Revista de la sociedad med. Argentina Bd. XV. Nr. 87.)

In einer sehr ausgedehnten Arbeit, welche die gesamte Pathologie und Therapie der Gelenktuberkulosen behandelt, kommt A. zu

nachstehenden Ergebnissen: Die rationelle Behandlung der Gelenktuberkulose hat in der Mehrzahl der Fälle in der Arthrotomie mit nachfolgender Synovektomie bzw. Arthrektomie zu bestehen. Es muß stets große Sorgfalt auf die Erhaltung der Funktion gelegt werden; die »Arthrodiaphysektomie« kann in schweren Fällen zumeist die Amputation ersetzen. Massage und Mobilisation müssen der operativen Behandlung alsbald nachfolgen. Man kann eine Heilung der Kniegelenktuberkulose mit erhaltener Funktion des Gelenkes auch nach der Synovektomie erreichen.

Die Arbeit ist durch vorzüglich ausgeführte röntgenographische Tafeln illustriert und ist in ihren von unseren modernen Prinzipien abweichenden Forderungen von Interesse. **Stein** (Wiesbaden).

---

10) **M. A. Poncet.** Pathogénie du rhumatisme tuberculeux.

(Lyon méd. 1908. Nr. 33 u. 34.)

In der sehr lesenswerten Arbeit tritt P. dafür ein, daß es sich bei dem Gelenkrheumatismus Tuberkulöser nicht um ein zufälliges Zusammentreffen zweier verschiedener Krankheiten handle, sondern um eine tuberkulöse Gelenkentzündung, die aber dadurch ausgezeichnet sei, daß spezifische Gewebsveränderungen, meist auch spezifische bakteriologische Wirkungen der Gelenkflüssigkeit fehlen. Für seine Anschauung führt P. unter anderem folgende Punkte ins Feld:

1) Die große Häufigkeit derartiger Gelenkentzündungen bei Tuberkulösen.

2) Aus der anscheinend rheumatischen Gelenkerkrankung entsteht zuweilen ein Fungus.

3) Es bestehen gewisse Beziehungen zwischen dem tuberkulösen Hauptleiden und dem Auftreten der Gelenkentzündungen.

4) Auch nach Injektionen von Koch'schem Tuberkulin beobachtet man leichte Gelenkentzündungen (Arthralgien).

P. nimmt an, daß es sich um eine Toxinwirkung des Tuberkelbazillus handelt, deren nähere Umstände wir noch nicht genügend kennen.

Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Boerner (Rastatt).

---

11) **Clarke.** The pathogenesis of ganglia.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. VII. Nr. 1.)

Eine sehr umfangreiche und sorgfältige Studie über den Gegenstand unter Entwicklung der historischen Entwicklung der Theorie über die Überbeine und der Entwicklungsgeschichte. Eine Anzahl von Krankengeschichten wird beigebracht, aus denen C. seine Erfahrungen geschöpft hat. Er hat sowohl die normalen Synovialhäute eingehend makroskopisch und mikroskopisch untersucht, wie speziell die Verhältnisse bei den Überbeinen. Er kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß Überbeine sehr selten als Aus-

stülpungen (Hernien) der Synovialmembran entstehen. Häufiger sind sie ausgedehnte regelmäßige oder akzessorische Schleimbeutel, am häufigsten Cysten im lockeren, den Sehnen und Gelenken benachbarten Bindegewebe, das aus unbekannter Ursache cystisch degeneriert ist.

Trapp (Bückeburg).

---

12) **Olliete.** Fijación escápulohumeral del húmero sin artrodesis.

(II. Spanischer Chirurgenkongreß.)

(Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1036.)

O. gibt ein Verfahren an, welches den Zweck hat, bei Lähmung des Deltoides den Humerus gegen das Schulterblatt zu fixieren, ohne eine Arthrodese vornehmen zu müssen. Es kann dann mit Hilfe der noch unversehrten Muskeln eine Pendelbewegung des Armes im Schultergelenk stattfinden. Das Verfahren ist folgendes: 1) Freilegung des langen Kopfes der Bicepssehne im Sulcus intertubercularis und Durchschneidung desselben möglichst nahe seinem Ansatzpunkt am Schulterblatt. 2) Durchbohrung des Humeruskopfes von außen unten nach oben innen. 3) Herstellung einer Periost-Knochenbrücke zwischen Cavitas glenoidalis und Proc. glenoidalis. 4) Verlängerung der durchschnittenen Bicepssehne mit Hilfe einer Seidensehne nach Lange; Einführung dieser Seidensehne in den in den Oberarmkopf gebohrten Kanal, Durchführung durch denselben und Umschlingung der in der Cavitas glenoidalis gebildeten Knochenbrücke; darauf Zurückführung der Sehne durch den Kanal im Humeruskopf in umgekehrter Richtung wie das erstemal und Vereinigung des Endes der Seidensehne mit deren Anfang in der Muskulatur des Biceps. 5) Freilegung der Insertionen der Akromioclavicularportion des M. trapezius, Verlängerung derselben mit Seidenfäden nach Lange und Befestigung dieses verlängerten Trapezius an der Ansatzstelle des Deltoides.

Stein (Wiesbaden).

---

13) **Lusk.** Reduction of supracondyloid fracture of humerus.

(Annals of surgery 1908. September.)

Verf. weist darauf hin, daß bei suprakondylärem Bruche des Oberarmes das untere kleine Bruchstück an einem vom größeren oberen Bruchstück ausgehenden Knochenhautlappen hängt. Bei forcierter Streckung des Unterarmes schwingt an diesem erschlafften Periostlappen das untere Bruchstück nach hinten und kann jetzt durch forcierte Beugung wieder nach vorn in die normale Lage zum oberen Bruchstück gebracht werden. Der Arm wird dann in dieser forcierten Beugestellung, nachdem ein Gazebausch in die Ellbeuge gebracht und Unterarm und Oberarm mit Flanellbinden eingewickelt sind, eingegipst. Verf. hat vier Fälle in dieser Weise mit, wie er durch Röntgenbilder nachweist, sehr gutem Resultat behandelt.

Herhold (Brandenburg).

---

14) **R. Jones.** On a simple method of dealing with Volkmann's ischemic paralysis.

(Amer. journ. of orthop. and surg. 1908. Nr. 4.)

Verf. berichtet über 24 Fälle von ischämischer Paralyse. Er hat keinen Pat. über 14 Jahre. In 19 Fällen lag eine Fraktur zugrunde. Seine Behandlungsmethode besteht darin, daß er die kontrahierten Fingerglieder in Flexionsstellung des Handgelenkes und des Metacarpophalangealgelenkes extendiert und jeden einzelnen Finger isoliert schient. Einige Wochen später wird dann bei gebeugtem Handgelenk die Extension aller Finger vorgenommen und mittels Schienen fixiert. In einer dritten Sitzung wird das Handgelenk extendiert und in einer vierten in Überkorrektion fixiert. Das Resultat dieser Behandlung besteht darin, daß keine Neigung zum Rückfalle zurückbleibt, daß die Zirkulation zur Norm zurückkehrt und, falls die Schädigung der Nerven nicht zu stark war, die normale Gestalt wieder erlangt wird. Von der Durchtrennung und Verlängerung der Sehnen hält Verf. nichts.

A. Hofmann (Karlsruhe).

---

15) **P. le Damany.** La luxation congenitale de la hanche, influences étiologiques, étude anthropologique.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 5 u. 6.)

Die Arbeit bringt eingehende anthropologische Studien über die angeborene Hüftgelenksausrenkung. Einseitig ist sie oft mit gleichseitigen oder gekreuzten Asymmetrien des Gesichts oder Schädels verbunden. In einem großen Prozentsatz läßt sich eine starke familiäre Belastung mit demselben Leiden oder anderen Mißbildungen (Klumpfuß, Hasenscharte, überzählige Finger und Zehen, Angiome, Schiefhals) nachweisen.

Das wichtigste Ergebnis von D.'s Nachforschungen ist aber, daß bei den höheren Rassen die angeborene Hüftluxation in weit größerer Zahl beobachtet wird als bei den niederen. Am häufigsten ist sie beim weißen Weibe (5 : 1000; beim weißen Manne 1,5 : 1000), ganz selten bei der schwarzen Rasse zu finden. Bei der gelben Rasse (Anam, Tonking) tritt sie etwa 5—10mal weniger als in Frankreich, aber etwa 10mal so oft als bei den Negern in Madagaskar und im Sudan auf. Eine ähnliche Bevorzugung der weißen Rasse soll keine andere angeborene Mißbildung erkennen lassen.

Neben dem Keimfehler spielt also eine besondere anthropologische Veranlagung, die vielleicht in der stärkeren Flexionslage der Hüfte des Fötus der höheren Rassen begründet ist, eine wichtige Rolle in der Ätiologie des Leidens. D. legt ihm deshalb den Namen »anthropologische Verrenkung« bei.

Gutzelt (Neidenburg).

---

16) **P. le Damany, E. Castex** et **F. Véron.** Le traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche, remarques, documents cliniques.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 4.)

Mit den rein immobilisierenden Methoden läßt sich kaum mehr als die Hälfte der behandelten Fälle heilen, wenn man unter Heilung die vollkommene anatomische Wiederherstellung des Hüftgelenkes versteht. D. verwendet deshalb nach der Einrenkung und dem ersten, das Hüftgelenk in der Lorenz'schen Lage (Flexion, Abduktion, Einwärtsdrehung) feststellenden Verband einen aus Beckengürtel und gelenkig mit ihm verbundener Oberschenkelschiene zusammengesetzten Apparat; er gestattet gewisse Bewegungen, verhindert aber jede Stellung, die zu einer Wiederausrenkung führen könnte, d. h. zu starke Verminderung der Flexion und Abduktion. Außerdem besorgt er die Zurückdrehung des antevertierten Schenkelhalses bei Kindern, die noch jung genug dazu sind. Die Bewegungen beeinflussen die Wiederbildung und Vertiefung der Pfanne sowie die Beseitigung etwaiger Fehler des Kopfes außerordentlich günstig und beschleunigen dadurch die anatomische und funktionelle Wiederherstellung des Gelenkes. Durch Vergrößerung des Winkels zwischen Gürtel und Schiene wird die Beweglichkeit der Hüfte immer mehr dem normalen Ausschlage genähert. Eine Nachbehandlung mit Massage, Bewegungen und Gymnastik wird überflüssig.

In 50 Fällen, die die Verff. nach dieser Methode behandelten, erzielten sie 40 vollständige Heilungen, drei ohne Beseitigung oder sogar mit Vermehrung der Anteversion des Schenkelhalses, vier hohe Repositionen, zwei Transpositionen und einen Mißerfolg.

Eine Grenze auch für dieses Verfahren bilden jene veralteten Fälle, die sich überhaupt nicht mehr einrenken lassen. Die Arthrotomie nützt nach D.'s Erfahrungen dann auch nicht mehr.

War bei älteren Kindern die Detorsion des Schenkelhalses nicht mehr zu erreichen, so wartet D. bis zu 2 Jahren, da in dieser Zeit die Streckung des Hüftgelenkes trotz Weiterbestehens der Anteversion noch vollständig werden kann. Eine Osteotomie ist dazu nur ausnahmsweise nötig. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

17) **P. Bade.** Zur Frage der angeborenen Hüftverrenkung, insbesondere kritische Bemerkungen zu der Arbeit von Deutschländer: »Die blutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkung«.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VII. Hft. 3.)

Deutschländer hat in der Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie eine Arbeit publiziert, in der er sieben Fälle von angeborener Hüftverrenkung — fünf doppelseitige und zwei einseitige — der blutigen Behandlung unterworfen hat. Da nun diese blutige Reposition jenseits der Altersgrenzen auch bei Deutschländer nicht ein einziges

Heilresultat gezeitigt hat, geht Verf. an der Hand der sorgfältig geführten Krankengeschichten alle Fälle einzeln durch und kommt bei seiner kritischen Durchsicht zu dem Schluß, daß das Versagen der unblutigen Behandlung dieser jugendlichen Fälle durchaus nicht den anatomischen Verhältnissen, als vielmehr seiner angewandten und noch nicht genügend durchgearbeiteten Methode zur Last zu legen ist. In den meisten Fällen hätte ganz sicher ohne blutige Operation ein gutes Resultat erzielt werden können.

Hartmann (Kassel).

18) **Montandon.** Le traitement des fractures diaphysaires de la cuisse et de la jambe.

(Arch. générales de chir. 1908. II, 8.)

Verf. versucht die Wirkungsweise der Zuppinger'schen Extensionsapparate zu erklären und geht davon aus, daß die von Bardenheuer empfohlene permanente Extension das Weber'sche Gesetz von der Verlängerung der Muskelsubstanz durch Zug nicht berücksichtigt. Dagegen beruhen die Zuppinger'schen Theorien und Apparate, die nicht am Krankenbette, sondern am Schreibtisch konstruiert wurden, ausschließlich auf physiologischen Tatsachen. Die Dislokation der Bruchenden ist im wesentlichen durch die passive Elastizität der Muskeln bedingt, die weniger durch Zug an sich bekämpft werden kann als dadurch, daß der Zug in einer Stellung angreift, in der die Muskeln am meisten erschlafft sind. Diese Stellung ist für die untere Extremität die halbe Beugung im Hüft-, Knie- und Fußgelenk und wird durch die Zuppinger'schen Apparate ohne weiteres bedingt. Diesen theoretischen Voraussetzungen entsprechen die klinischen Tatsachen, indem die in der Krönlein'schen Klinik in Zürich mit den Apparaten erhaltenen Resultate bei Ober- und Unterschenkelbrüchen besser sind als die mit sonstigen Extensionsmethoden erzielten Erfolge.

Eine genaue Schilderung der Verwendung der Apparate ergänzt die Arbeit, deren sonstiger Inhalt mit den Ausführungen Krönlein's (Chirurgenkongreß 1908) und Henschen's (Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. LVII) übereinstimmt.

Strauss (Nürnberg).

19) **Meissner.** Die Frakturen beider Femurkondylen.

(*Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 216.*)

An der Hand von fünf Fällen aus der v. Bruns'schen Klinik, die in guten Röntgenbildern wiedergegeben sind, und 21 aus der Literatur zusammengestellten Beobachtungen bespricht Verf. die Frakturen beider Femurkondylen, die sog. T- und Y-Brüche des unteren Femurendes.

Diese bilden ein seltenes Vorkommnis und waren zwölfmal durch Fall auf das Knie, zweimal durch Fall auf die Füße und andersartige Kompression in der Längsrichtung, viermal durch direkte Gewalteinwirkung entstanden, während in sechs Fällen genauere Angaben fehlen.

Der Entstehungsmechanismus ist bei direkter Gewalteinwirkung ein von Fall zu Fall wechselnder, weist aber bei den indirekten Brüchen, zu denen die durch Fall auf Knie und Fuß verursachten Brüche gehören, gewisse Gesetzmäßigkeiten auf. Beim häufigsten Entstehungsvorgang, dem Fall aufs Knie, handelt es sich nicht um eine Keilwirkung der Kniescheibe, wie 14 eigene Leichenversuche des Verf.s und solche von Markuse beweisen, schon deshalb nicht, weil bei direkter Gewalteinwirkung auf die Kniescheibe diese selbst stets in Trümmer geht; vielmehr läßt sich experimentell eine Kondylenfraktur dadurch erzeugen, daß eine Gewalt die Tuberositas tibiae bei flektiertem Kniegelenk trifft. In analoger Weise kann es auch beim Lebenden durch Fall auf die Tuberositas tibiae oder auf den Fuß zum Kondylenbruch kommen, wobei in erster Linie die Stauchung in der Längsachse des Oberschenkels wirksam ist und sekundär sich eine Torsion hinzugesellen kann. Der interkondyläre Längsbruch ist dabei primär, der suprakondyläre Querbruch sekundär.

Für das Zustandekommen der Brüche beider Oberschenkelkondylen bildet das jugendliche und weit mehr noch das höhere Lebensalter eine Prädisposition, insofern die Mehrzahl der Beobachtungen Individuen über 50 Jahre betraf. Der suprakondyläre Bruch liegt entweder am Schaftansatz der Kondylen oder reicht, besonders wenn Torsion mit im Spiele war, in schrägem Verlauf etwas höher hinauf. Die interkondyläre Bruchlinie pflegt ziemlich median zu verlaufen. In der Regel ist das obere Bruchstück nach vorn, das untere bei gleichzeitiger Drehung um eine Frontalachse nach hinten verschoben. Zugleich trifft man meist eine seitliche Verschiebung eines oder beider Kondylen.

Durch die regelmäßige Beteiligung des Kniegelenkes erhalten diese Brüche einen besonders schweren Charakter und geben auch in funktioneller Hinsicht eine ungünstige Prognose mit Rücksicht auf die zu erwartende deformierende Gelenkentzündung.

Im ganzen hat die Therapie bisher keine sehr glänzenden Erfolge aufzuweisen. Das gegebene Behandlungsverfahren ist die Extension, die in ihrer von Zuppinger inaugurierten Modifikation (automatische Extension in Semiflexionslage) in Zukunft bessere Erfolge zu versprechen scheint.

Reich (Tübingen).

20) **O. v. Frisch.** Die Gleich'sche Operation und ihre Bedeutung in der Therapie des Plattfußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 2.)

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß Operationen bei Plattfüßen nur unternommen werden sollen, wenn es sich um schwere Fälle handelt und andere Korrektionsmethoden erfolglos erprobt wurden. In der v. Eiselsberg'schen Klinik wurden 18 Fälle nach Gleich operiert. Von den vor mehr als 2 Jahren behandelten Fällen sind zehn geheilt und können einen schweren Beruf ausüben. Drei Fälle sind gebessert und zwei sind ungeheilt geblieben. Der Eingriff wurde ohne Keilexzision in der von Brenner modifizierten Art ausgeführt,

daß der schräg durchmeißelte Fersenhöcker nach unten, innen und vorn disloziert wurde. Es wird ein Schnitt hinter dem Malleolus int. gemacht, der Calcaneus schräg durchgeschlagen, dann auch das Periost an der Innenseite durchtrennt, damit eine genügende Verschieblichkeit eintritt. Das Fragment wird nach seiner Dislokation durch einen Nagel von der Ferse aus an den Körper des Fersenbeines angeheftet. Der Nagel wird nach 14 Tagen durch ein Fenster in dem nach dem Eingriff angelegten Gipsverband entfernt. Nach 3 Wochen darf Pat. in einem neuen, die Ferse entlastenden Gipsverband umhergehen; nach 6 Wochen darf der letztere ganz entfernt werden. Nun wird Massage und Bewegung zur Kräftigung der Muskeln und Stärkung der Sehnen und des Gelenkes angewendet. Die Rekonvaleszenz ist in den ersten Monaten nicht immer beschwerdefrei, doch nehmen die durch die ungewohnte Belastung erzeugten Schmerzen dauernd ab. Sehr auffällig war bei den nachuntersuchten Fällen, daß sich im Laufe der Zeit eine ausgeprägte Fußwölbung herausgebildet hatte, die durchaus spontan entstanden war. Diese eigenartige Selbstheilung hat sicher ihre Ursache in der Operationsmethode, die den vorderen Teil des Gewölbebogens entlastet und jene Druckkomponente verringert, die als Seitenschub im Sinne einer Abflachung des Fußgewölbes wirkt. Wichtig ist wohl auch dabei die Verlagerung eines Teiles der kurzen Fußmuskeln und des Lig. plantare longum in ihrem Punctum fixum nach abwärts. Daß die Fälle nicht alle einwandsfrei geheilt sind, liegt wohl daran, daß die Methode erst ausgebildet werden mußte. Erst weitere Beobachtungen müssen lehren, in welcher Weise und wie hochgradig die Verschiebungen vorzunehmen sind. Verf. versucht, diese Frage auch auf eine genügende theoretische Grundlage zu stellen. Erwähnenswert ist, daß nach der Operation Einlagen oder Schienen nicht getragen werden. Verf. empfiehlt zum Schluß die Gleich'sche Methode als die einfachste und geeignetste, eine Dauerheilung zu schaffen. Sie ist vielen anderen Verfahren, und besonders den nicht unbedenklichen Sehnenplastiken, vorzuziehen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

21) **F. Staffel.** Einige Bemerkungen über Plattfuß- und Valguseinlagen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Verf. unterscheidet in dieser Arbeit 1) Beseitigung der Plattfußbeschwerden, 2) Verhinderung der Ausbildung oder Zunahme eines Plattfußes oder Pes valgus.

Zur Beseitigung der Plattfußbeschwerden gehört oft außerordentlich wenig, meistens nur, das Durchtreten des Schuhs oder Stiefels hintanzuhalten, da die normal gewölbte Stiefelsohle an sich schon den zu abnormer Senkung neigenden Fuß genügend stützen würde. Bei kleinen Kindern verhindert S. demnach das Durchtreten nur durch Vorrücken des Absatzes an der Innenseite des Schuhs. Bei Erwachsenen verordnet er eine leichte, schmale Spange aus Bandfeder-

stahl von 1,7 cm Breite und 1,8 mm Dicke, die nur nach der inneren Stiefelsohle geformt wird. Verf. kennt keine das Gewölbe wirklich haltende Plattfußeinlage, die die elastische Abwicklung des Fußes weniger beeinträchtigt als diese feine Spange.

Soll aber der Pes valgus behandelt werden, so muß der ganze innere Fußrand energisch gehoben, d. h. der Fuß auf eine schiefe Ebene gebracht werden. Zu diesem Zwecke bedient S. sich des leichten und den Verhältnissen anpaßbaren Korkes, der hinwiederum auf eine eben beschriebene federnde Spange nach dem Grade der Valgität aufgebaut wird, häufig noch in Verbindung mit einem Eisenwinkel in der äußeren Fersenkappe, der ein Vordringen des Fußes gegen das Oberleder verhindern soll. **Hartmann** (Kassel).

---

22) **Mayo.** The surgical treatment of bunion.

(Annals of surgery 1908. August.)

M. schlägt folgendes Verfahren zur Beseitigung des Hallux valgus und der meist damit verbundenen Schleimbeutel- und Gelenkentzündung zwischen Grundglied der Zehe und I. Metatarsus vor. Freilegen des Gelenkes durch einen Lappenschnitt; hufeisenförmiger Schnitt durch den Schleimbeutel mit vorderer Basis und Aufklappen der Schleimbeutelwand nach vorn. Resektion des Köpfchens des Metatarsus I und Hineinschlagen des Schleimbeutellappens in die Gelenkwundhöhle. In dieser Lage wird er durch ein paar Catgutnähte fixiert. Er liegt jetzt zwischen dem resezierten Metatarsus I und der Grundphalanx der Zehe, wodurch eine Versteifung des Gelenkes vermieden wird. Die Hautwunde wird über dem Gelenk völlig geschlossen. Die große Zehe ist jetzt verkürzt, wodurch ein Rezidiv des Hallux valgus unmöglich wird, der bekanntlich vorwiegend durch das Beiseitedrücken der großen Zehe infolge zu kurzen Schuhes bedingt wird.

Herhold (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

23) 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln im September 1908.

Abteilung für Chirurgie und kombinierte Sitzung der chirurgischen und internen Abteilung.

Berichterstatter: GOEBEL, Köln.

(Fortsetzung.)

a. Kuhn (Kassel). Überdruck an der Lunge,

a. mittels peroraler Intubation der Luftwege mit und ohne Ventil;

b. mittels weicher halbdurchlässiger Kopfmaske ohne jedes Ventil (mit Demonstrationen).

a. Zunächst betont Verf., daß er die höchste Anerkennung für die Verdienste von Brauer und Sauerbruch um die Thoraxchirurgie und ihrer Systeme habe. Beider Verfahren basieren auf dem seinerzeit von Mikulicz inaugurierten Programm.

Nachdem aber inzwischen eine auch von Mikulicz noch nicht gekannte Methode, die der peroralen Intubation, klinische Gestalt angenommen und an so vielen Kliniken praktisch mit Erfolg angewandt werde, sei es an der Zeit, dieser ernstlich nach der genannten Richtung hin näher zu treten.

Mindestens müsse der Vortr. entschieden dagegen Einspruch erheben, das Verfahren, ohne es näher zu kennen oder nur einigermaßen probiert zu haben, für die genannten Zwecke verurteilen zu wollen, oder davor, entgegen den Erfahrungen unserer besten Kliniken, als etwas Gefährlichem zu warnen.

Wenn das Intubationsrohr schulgerecht einliegt, ist es ein harmloses Instrument, und es ist unschwer und auf verschiedene Weise möglich, einen Überdruck in der Lunge herzustellen. Die Wege sind folgende:

1) Einen Weg hat Vortr. seinerzeit in »Zeitschrift für Chirurgie« Bd. LXXVIII in dem Kuhn-Dräger'schen Apparate gezeigt: bei gut abgedichteten Luftwegen strömt aus einem sich selbst regulierenden Reservoir von konstantem Druck, der nicht über 8—10 cm Wasser ist, eine sauerstoffhaltige Druckluft in den Tubus; ein kleines Ventil reguliert den Abfluß.

2) Einen zweiten Weg beschritt Schmieden: bei kaum abgedichteten Wegen führt er aus einer Sauerstoffbombe mit Brat'schem Reduktionsventil einen Gasstrom von gewissem Druck in den Tubus; dieser Strom hat höheren Druck und arbeitet mit einem gewissen Verlust; die Abfuhr wird durch das dem Kuhn'schen ähnliche Brat'sche Ventil reguliert.

3) Der dritte Weg wurde vom Vortr. neuerdings im Zentralblatt für Chirurgie 1908 Nr. 26 beschrieben: er arbeitet mit noch weniger oder gar keiner Abdichtung und mit noch höherem Verlust an Gas, indem er weder die Mund- und Luftwege dichtet, noch die Zufuhr in den Tubus luftdicht macht; sein Vorschlag beruht auf einer Art Luftpuffung.

Man sieht aus dieser Stellung, daß lediglich die Abdichtung und der Druck differiert. Sonst gelingt es auf jedem der beschriebenen Wege, Überdruck in der Lunge auf dem Wege der Intubation zu erzielen.

Welcher Weg nun für den Menschen und klinisch der beste, wird die Zukunft lehren:

er liegt nach Ansicht des Vortr., was Dichtung und Druck anbelangt, in der Mitte und arbeitet womöglich mit keinerlei Ventilen.

Feststeht unzweifelhaft: daß es nicht schwer ist, mittels Intubation Druckerhöhung in klinisch brauchbarer Weise zu erzielen; daß es ferner nicht schwer ist, die Frage der Kohlensäureabfuhr und Chloroformzufuhr zu lösen; daß endlich das Tubageverfahren für die genannten Zwecke das einfachste und das mit den geringsten Aufwänden arbeitende ist, und somit dasjenige, das nicht zu teuer und überall anzuwenden ist. Voraussetzung ist aber, daß es verwendet und auch der es kritisiert, mit den Prinzipien und der Technik der Tubage vertraut und bekannt ist. (Selbstbericht.)

b. Lauenstein (Hamburg). Zur Frage der Behandlung der Contusio abdominis und der Indikation zur Operation.

L. gelangt zu folgenden Schlußsätzen.

1) Die Laparotomie bei Contusio abdominis mit Darmverletzung kommt nicht nur dann zu spät, wenn schon allgemeine Peritonitis besteht, sondern auch schon, wenn bei den ersten Zeichen der Peritonitis operiert wird.

2) Es liegt im Interesse der an Darmverletzung durch Bauchquetschung Leidenden, daß sie so rasch wie möglich laparotomiert werden, damit die Darmverletzungen sachgemäß behandelt werden.

3) Die modernen Fortschritte des Krankentransportwesens erleichtern diese Bestrebungen.

4) Die Schwierigkeiten dieser Frage liegen in der Schwierigkeit der Beurteilung, ob der Darm verletzt ist.

Die äußeren Verletzungen, Abschürfungen und Blutergüsse ergeben ebensowenig sichere Anhaltspunkte für eine Darmverletzung, wie die Chokwirkungen.

5) Gasaustritt in den Leib und Fehlen der Leberdämpfung ist eines der wenigen sicheren frühen Zeichen der Darmverletzung. Wo heftige Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen und Unmöglichkeit der spontanen Blasenentleerung bestehen, muß Verdacht aufkommen, daß der Darm verletzt worden ist.

6) Eine schwere Druckgewalteinwirkung auf den mittleren weichen Teil des Leibes, sei es von vorn nach hinten, sei es zirkulär, kann immer den Darm verletzen.

7) Am Bauch gequetschte Verletzte, die sich frei bewegen können, z. B. gehen, oder den Rumpf ohne Hilfe der Hände aus der Wagerechten aufrichten und wieder erheben oder liegend die beiden Beine erheben können, haben in der Regel keine Darmverletzung; doch kommen Ausnahmen vor.

8) Die erfahrungsgemäß begründeten Indikationen zum Eingriff bei Milz-, Nieren-, Leber- und Blasenverletzung nach schweren Bauchquetschungen werden durch diese Ausführungen nicht berührt.

9) Opiate verschleiern den wirklichen Zustand der Verletzten.

10) L. hat von 1900—1908 132 Fälle von Bauchquetschung beobachtet. Unter ihnen waren 39 Nierenverletzungen, 9 Milz-, 15 Leberzereißungen, 3 mit Blasen-, 12 mit Darmverletzungen und 54 ohne schwere innere Verletzungen. Von diesen 12 Darmverletzungen wurden 3 Pat. — operiert nach 4, 1 und 2 Stunden — geheilt.

11) Da die Entstehung der Darmverletzungen durch indirekte Gewalt noch unklar ist, so empfiehlt es sich, auf diese in Zukunft zu achten.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Anschütz (Kiel) billigt das frühe Operieren. Er weist darauf hin, daß bei Wirbelverletzungen mitunter hyperästhesische Zonen an den Bauchdecken auftreten, welche mit starker Spannung, Urinretention einhergehen. Sonst keinerlei nervöse Störungen. Von 3 Fällen 1mal vergebliche Laparotomie. Die Bauchdeckenspannung als das wichtigste Frühsymptom kann dann durch Hyperästhesie der Bauchdecken wohl infolge von Rückenmarks- oder Wurzelverletzungen erfolgen.

(Selbstbericht.)

Storp (Danzig). Hautperforationen sind schwer zu beurteilen, wenn sich schon Verklebungen und Abszesse gebildet haben.

Krabbel (Aachen) hat die Bauchdeckentetanie in einem Falle von Pankreas- und Zwerchfellzerreißung vermißt.

Müller (Rostock) hält es für schwer und unangängig, hier Regeln aufzustellen; nur eine größere Kasuistik der typischen Verletzungen kann unsere lückenhafte Kenntnis auf diesem Gebiete heben. **Goebel** (Köln).

c. Guleke (Straßburg). Zur Frage der Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.

G. bespricht die Erfolge der operativen Behandlung von 33 Fällen diffuser Peritonitis der Straßburger Klinik. Von 20 appendicitischen Peritonitiden wurden 15 geheilt = 75% Heilungserfolge. Bei sämtlichen Fällen wurden die Bauchwunden bis auf die Drainöffnungen vernäht, um den intraperitonealen Druck wieder herzustellen. Spülungen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung wurden nicht angewandt, teils aus theoretischen Gründen, teils weil die Zusammenstellung solcher Fälle ebenso gute Resultate ergibt, wie bei den mit Spülung behandelten.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Wilms (Basel) empfiehlt angelegentlich den Gebrauch der Spülung, die allein die möglichste Säuberung der Peritonealhöhle bei diffuser eitriger Peritonitis gewährleistet. **Goebel** (Köln).

Dreesmann (Köln) bemerkt, daß die Peritonitis doch wohl öfter diffus sei, als angenommen werde; aber der Charakter dieser Peritonitis ist an verschiedenen Stellen des Peritoneum ein verschiedener. Je mehr man sich dem Ursprungsherd nähert (ebenso auch an den abhängigen Partien), um so mehr nimmt die Peritonitis einen eitrigen Charakter an, während im übrigen Teil der Bauchhöhle nur leichtere Entzündungsgrade der Serosa sich vorfinden. Diese Tatsache muß uns zu der Maßnahme führen, den Pat. stets so zu lagern, daß der Ursprungsherd an der

tiefsten Stelle liegt, also vor allem bei der Appendicitis auf die rechte Seite. Die linke Hälfte der Bauchhöhle kann sich dann leichter erholen. Diese Lagerung soll gleich im Beginn der Erkrankung, auch vor der Operation eingenommen werden. (Selbstbericht.)

Roth (Lübeck). Die Zahlen aus dem Allgemeinen Krankenhause in Lübeck umfassen nur Fälle von diffuser Peritonitis nach Appendicitis, und zwar alle Fälle ohne Ausnahme, wie sie uns zugegangen sind. Wir eröffnen meist pararektal die Bauchhöhle, nötigenfalls auch links — oft links zuerst —, exstirpieren immer den Wurmfortsatz als die Ursache der Entzündung und trennen alle Verklebungen, da wir bei Operationen und Sektionen gelernt haben, daß man sonst oft einen Abszeß in der Umgebung oder im kleinen Becken übersieht. Gespült wird nicht mehr, da wir keinen Nutzen davon gesehen haben, vielmehr die Gefahr besteht, daß die Entzündung dadurch auch in den oberen Teil des Bauches unter das Zwerchfell verschleppt wird, wo sie am gefährlichsten ist. Auch vieles Tupfen und Wischen erscheint uns zwecklos. Zum Schluß werden mit Gaze umwickelte Drains in das kleine Becken und neben dem Kolon nach oben geschoben; dasselbe geschieht nötigenfalls auch links; dann werden die Wunden in Etagen genäht, damit der Innendruck der Bauchhöhle zur Geltung kommen kann. Pat. wird für die nächsten Wochen mit dem Oberkörper hochgelagert dadurch, daß Klötze unter das Kopfende des Bettes gestellt werden. Einzelheiten der Behandlung sind in der Veröffentlichung von Dr. Klauber (Med. Klinik Nr. 28, 1908) zu finden, der die Zahlen des Herrn Guleke entnommen sind.

Unsere Resultate der Peritonitisbehandlung haben sich ganz wesentlich gebessert, seitdem wir die Pat. nicht mehr so spät bekommen und besonders seitdem wir an Stelle der Tamponade die Drainage und Naht nach dem Vorgange anderer gesetzt haben. (Selbstbericht.)

Kudlek (Köln) warnt vor den großen gar zu optimistischen Angaben über die Heilungsziffern der allgemeinen diffusen Peritonitis. Er betont, daß die guten Heilresultate der Vorredner durch die nicht exakte Definition und Diagnose der diffusen Peritonitis zu erklären sind. (Selbstbericht.)

Guleke betont, daß bei der großen Mehrzahl der Straßburger Fälle zur Kontrolle der Diagnose »diffuse« Peritonitis links eine Gegeninzision gemacht und der Fall nur dann als »diffuse« Peritonitis angesprochen wurde, wenn sich hier eitriges Exsudat aus der freien Bauchhöhle entleerte. Der Zeitpunkt der Operation nach der Perforation ist nach unserem Material bei der appendicitischen Peritonitis nicht ausschlaggebend für den Erfolg, eher die Virulenz der betreffenden Bakterien oder Kokken. Die Besserung der Resultate bezieht sich im wesentlichen nur auf die appendicitischen Peritonitiden. Bezüglich der Kochsalzspülung sei erwähnt, daß Verf. dieselben jahrelang an der v. Bergmann'schen Klinik machen sah, daß aber die Resultate in der Straßburger Klinik ohne Kochsalzspülung wesentlich bessere bei gleicher Schwere des Krankheitsfalles sind. (Selbstbericht.)

d. Krabbel (Aachen): Wann soll Appendicitis operiert werden?

K. kommt auf Grund seiner Ausführungen zu folgenden Schlußfolgerungen:

Es gibt ganz leichte Fälle von akuter Blinddarmentzündung, die im Verlauf von 24 Stunden in allen Symptomen abklingen. In diesen Fällen wird nicht operiert.

Gehen die Erscheinungen nach 24 Stunden nicht zurück, treibt der Leib stärker auf, ist deutliche Spannung der Bauchdecken vorhanden, wird die Schmerzhaftigkeit größer, besteht das Erbrechen fort, ist der Puls frequent, der Temperatur — die an und für sich von geringerer Bedeutung ist — nicht entsprechend, so soll sofort operiert werden.

In von vornherein schweren Fällen, die mit schlechtem Allgemeinbefinden, raschem, oberflächlichem Atmen, beschleunigtem Puls und Spannung der Bauchdecken auftreten, muß sofort am ersten Tage operiert werden. Der Wurmfortsatz ist in der Regel dann durchbrochen oder brandig.

Vom 3. Tage an wird nur dann operiert, wenn eine Abgrenzung des entzündlichen Herdes nicht zu konstatieren ist und das Allgemeinbefinden auf eine schwere Erkrankung hinweist. Es wird nicht operiert, wenn eine deutlich abgrenzbare Resistenz ohne besonderes Fieber besteht, und die linke Seite sich auf Druck vollständig schmerzfrei erweist. Dann wird abgewartet unter sorgfältigster Beobachtung des Kranken, bis sich ein Abszeß entwickelt hat, der von den Bauchdecken oder vom Rektum oder der Vagina ohne Eröffnung der Bauchhöhle zu erreichen ist.

Bei allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung wird dann operiert, wenn man dem Pat. noch einen Eingriff, wenn eben möglich in Narkose, zumuten kann. Jedem Pat., der einen leichten Anfall überstanden hat, soll dann zur Operation im Intervall, a froid, geraten werden, wenn er nach Ablauf der Entzündungserscheinungen noch dauernd oder auch nur ab und zu Beschwerden hat; zeigen sich gar keine Symptome mehr, so ist die Operation nicht indiziert, dem Kranken aber ans Herz zu legen, sobald ein neuer Anfall sich einstellen sollte, sich sofort am 1., spätestens am 2. Tage operieren zu lassen. Hat ein Kranker einen schweren Anfall oder mehrere überstanden, so ist ihm die Operation im schmerzfreien Stadium, im Intervall, dringend anzuraten, besonders wenn er gezwungen ist, große körperliche Anstrengungen zu machen, eine Seereise zu unternehmen, oder sich an Orten aufzuhalten, wo chirurgische Hilfe nicht leicht zu erreichen ist.

Bei allen Leitsätzen, die bezüglich dieser Krankheit aufgestellt werden, ist daran festzuhalten, daß der medizinisch-chirurgische Blick, die Beobachtungsgabe und die Erfahrung des Arztes in manchen Fällen für die einzuleitende Behandlung ausschlaggebend sein muß; eine Schablone, eine mathematische Formel gibt es hier nicht. (Selbstbericht.)

e. Wilms (Basel): Chronische Appendicitis und Coecum mobile.

Siehe Originalartikel in Nr. 37 dieses Zentralblattes vom 12. September 1908. (Selbstbericht.)

f. Weiswange (Dresden): Soll der Wurmfortsatz bei gynäkologischen Laparotomien mit entfernt werden?

Die Frage, ob der Wurmfortsatz bei gynäkologischen Laparotomien mit entfernt werden soll, hat in den letzten Jahren eine außerordentlich reiche Literatur hervorgerufen. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in England und Frankreich hat man diesem Gegenstande lebhaftes Interesse entgegengebracht. Wer sich für diesen Gegenstand interessiert, den verweise ich auf das sehr schöne Sammelreferat von Klien in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Bd. XXIV, Hft. 6). Und doch will es mir scheinen, als ob keine Einheit in dieser Beziehung bis jetzt erreicht sei. Während eine ganze Reihe von Operateuren auf dem Standpunkte grundsätzlicher Entfernung der Appendix steht, wie Pankow und Krönig, halten andere diesen Standpunkt für zuweitgehend und schenken der Frage keine größere Bedeutung (z. B. Leopold, Verhandlung der Dresdener gynäkologischen Gesellschaft, März 1908).

Der Grundton, der durch die Literatur zieht, ist kurz gesagt folgender: Inspektion der Appendix bei jeder Laparotomie und Entfernung, wenn dieselbe erkrankt ist.

Leider ist die Sache nicht so einfach. Dieses ist auch in neuer Zeit von verschiedenen Seiten betont worden. Pankow hat in seinem Vortrage auf dem Kongreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Dresden schon die Forderung aufgestellt, jede Appendix grundsätzlich zu entfernen, sofern der Zustand der Pat. diesen Eingriff nicht verbietet. Auch ich habe mich seit 7 Jahren eingehend mit dem Studium der Appendix beschäftigt und dieselbe makroskopisch wie mikroskopisch untersucht. Ist die Erkrankung klar, so wird unsere Handlungsweise natürlich in der Entfernung des Organes zu bestehen haben.

Nun ist es aber nach meinen Erfahrungen ganz unmöglich, makroskopisch festzustellen, ob die Appendix gesund ist.

Ich operiere seit 8 Jahren stets mit einem Chirurgen zusammen und habe sehr

oft Gelegenheit gehabt, den betreffenden Herren bei vermuteter vollständiger Gesundheit der Appendix nachträglich makroskopisch oder mikroskopisch Erkrankung des Wurmfortsatzes zu demonstrieren, seien es nun Fremdkörper, wie z. B. die Borste einer Zahnbürste (Zentralblatt für Gynäkologie 1903), Oxyuren und ähnliches, oder makroskopische mehr oder weniger schwere Störungen, die durch Tastbefund und Inspektion nicht nachweisbar waren. Wie unangenehm aber für den Operateur die Lage werden kann bei nicht Mitentfernung der Appendix, möge Ihnen folgender Fall lehren:

Es handelte sich um eine 38jährige Frau Op. Oa., die an doppelseitiger Adnexerkrankung litt, und nachdem sie jahrelang erfolglos behandelt worden war, zur Operation kam. Es wurden bei der Laparotomie am 8. Februar mittels suprasymphysären Fascienquerschnitts aus sehr starken Verwachsungen zwei große eitrige Tubensäcke entfernt.

Das rechte Ovarium war noch nicht so zerstört, daß man im Hinblick auf das jugendliche Alter der Pat. nicht den Versuch machen konnte, einen größeren Teil desselben zurückzulassen. Die makroskopisch keine Veränderung bietende Appendix wurde zurückgelassen. Am 3. Tage nach der Operation stellte sich Temperaturerhöhung bis 38,6° ein, die auch in den nächsten Tagen anhielt. Natürlich vermutete ich eine Infektion. Der Fall erschien mir klar, als ich am 9. Tage einen Bauchdeckenabszeß spalten konnte.

Aber auch jetzt blieb die richtige Erholung aus, trotzdem Temperatur und Puls normal waren und die Pat. entlassen werden konnte.

Am 21. April wurde abermals ein rechtsseitiger Bauchdeckenabszeß von meinem Vertreter gespalten, worauf die Frau sich wieder etwas, aber nicht vollkommen erholte. Als ich sie Anfang Mai — also 3 Monate nach der Operation — wiedersah, klagte sie über starke Schmerzen im Mastdarm, und ich fühlte per vaginam eine diffuse teigige Schwellung am aufsteigenden Schambeinast. Die Schmerzen steigerten sich unter Temperaturerhöhung, und es bildete sich in dem rechten Wundwinkel eine Schwellung, aus der sich auf Inzision Eiter entleerte. Es handelte sich um einen nach unten gehenden Fistelgang, dessen Ursache nicht festzustellen war. Ich tamponierte denselben und wartete nun diesen Erfolg ab. Ich dachte schon daran, daß vielleicht der zurückgelassene Teil des Ovariums die Ursache sein könnte.

Auch nach diesem Eingriff trat keine Erleichterung ein, es bildeten sich mehrere Fisteln in der Nähe der Narbe, aus der sich geringe Mengen Eiter entleerten, die dann nach Ätzung oder Tamponade ausheilten, um an anderer Stelle wieder aufzutreten.

Vom Mastdarm oder Scheide aus ließ sich außer einer starken Empfindlichkeit um den Mastdarm herum ungefähr 10 cm vom Anus entfernt nichts nachweisen, kein Infiltrat oder nachweisbare Schwellung. Aber auch jetzt blieb die Erholung aus, so daß ich mich zu einer zweiten Laparotomie am 13. Juli entschließen mußte, zu der ich nur mit größter Mühe die Erlaubnis erhielt.

Meine Vermutung, daß die Eiterung von einem zurückgelassenen Ovarienstumpf ausgehen könnte, bestätigte sich nicht, die Peritonealwunde war sehr glatt geheilt, und der Befund im Operationsgebiet gab keinen Anhaltspunkt für die Eiterung. Dagegen fand sich das Coecum stark verwachsen rechts an der Bauchwand. Ganz allmählich gelang es, die Appendix aus ihren Verwachsungen zu lösen; ihr perforiertes Ende ging in die Wunde der vorderen Bauchwand über und hat hier die Eiterung unterhalten. Es war also während der Rekonvaleszenz der Operation eine Appendicitis aufgetreten, deren Symptome durch die Operationsfolgen falsch gedeutet waren; allerdings wohl ein menschlicher Irrtum: denn wenn man die unveränderte Appendix gesehen hat, denkt man gewiß nicht an eitrige Appendicitis bei Fieber nach einer Operation wegen eitriger Adnexerkrankung, sondern an eine damit zusammenhängende Erkrankung. Auch waren die Symptome absolut nicht charakteristisch für eitrige Appendicitis. Der Eiter war nach oben durchgebrochen, aber auch nach unten hatte sich derselbe einen Weg in das periproktitische Gewebe gebahnt. Neben der alten Narbe hatte sich eine Fistel

gebildet, die Eiter sezernierte, und in die man mit der Sonde 16 cm tief nach unten hinter das Rektum herumkam. Nach Entfernung der Appendix blieb noch eine Fistel zurück, deren Ausheilung außerordentlich mühevoll und langwierig war und noch mehrere große Inzisionen erforderte.

Dieser Fall war für mich so unangenehm und mit einer Reihe von außerordentlich widrigen Komplikationen von seiten der unverständigen Angehörigen verbunden, daß ich es schwer bereut habe, bei dieser Laparotomie die makroskopisch nicht veränderte Appendix nicht mit entfernt zu haben. Was hätte ich der Frau und auch mir ersparen können!

Nach meinen Erfahrungen und Beobachtungen kann ich nur den Standpunkt der Operateure teilen, die dazu raten, bei gynäkologischen Operationen die Appendix grundsätzlich mit zu entfernen.

Nachteile habe ich durch die Entfernung der Appendix nie gesehen, und auch in der Literatur habe ich bei richtiger Technik keine beschrieben gefunden.

Wenn ich die Grnndsätze unserer Handlungsweise in dieser Frage in einigen Leitsätzen zur Diskussion stellen darf, so wären es folgende:

1) Der Wurmfortsatz ist bei allen gynäkologischen Laparotomien grundsätzlich mit zu entfernen, auch wenn er makroskopisch keine Veränderungen zeigt, sofern in dem Allgemeinzustande oder in sonstigen Gründen keine Gegenindikation besteht.

2) Wir haben makroskopisch weder in der Inspektion noch Palpation ein diagnostisch sicheres Mittel, um festzustellen, ob der Wurmfortsatz gesund ist.

3) Was die Gegenindikationen anbetrifft, so dürfte in der Verlängerung der Operation durch Entfernung der Appendix nur ausnahmsweise ein Hinderungsgrund liegen.

Dagegen möchte ich in den Fällen eine Gegenindikation sehen, wo die obliterierte Appendix umgeschlagen, in unschädlichen Adhäsionen verwachsen, auf dem Coecum liegt und keinerlei Beschwerde macht. In diesen Fällen rate ich von der Entfernung ab, einmal, weil ich bei diesem Zustande den Wurmfortsatz für unschädlich halte, und zweitens, weil die Operation sogar schädlich wirken kann durch bisweilen unvermeidliche Verletzungen und Zerrungen des Coecum.

Auch bei älteren, jenseits des Klimax stehenden Frauen darf eine maskroskopisch gesund aussehende Appendix zurückgelassen werden, da hier auch in der Appendix schon Rückbildungsvorgänge eingetreten sind und eine spätere Erkrankung kaum zu erwarten ist.

Zwei Einwände, die gegen diese Leitsätze gemacht werden können, möchte ich noch kurz erwähnen.

Die einen halten die Frage noch nicht für spruchreif, da noch nicht bewiesen sei, ob die Appendix nicht eine physiologisch wichtige Bedeutung für die Verdauung habe. Nun, ich glaube, daß wir uns dadurch nicht abschrecken lassen brauchen, meine Leitsätze anzunehmen. Aus allen Arbeiten, die über dieses Thema erschienen sind, geht doch hervor, daß, wenn die Appendix eine physiologische Funktion hat, diese höchstwahrscheinlich im Kindesalter bis zur Pubertät liegt. Bei dem größten Teil der Laparotomien aber, die wir auszuführen haben, kommt dieses Alter nicht in Betracht. Dann aber kann man darin, daß bei grundsätzlicher Entfernung der Appendix bei jeder gynäkologischen Laparotomie zweifellos eine Reihe gesunder Wurmfortsätze (etwa 40%) mit entfernt werden, eine unerlaubte operative Polypragmasie erblicken. Nun, unser ärztliches Streben muß dahin gehen, daß der Pat. das Recht hat, von seinem Arzte nicht nur Befreiung von momentaner Gefahr, sondern auch Bewahrung vor später möglichen Leiden zu verlangen. Wenn daher eine Frau das Unglück hat, sich einer Laparotomie unterziehen zu müssen, so hat sie wohl das Recht, zu verlangen, daß wir das Organ, das so häufig schwere Gesundheitsschädigungen bringt, mit zu entfernen, um ihr eine eventuelle zweite Laparotomie oder schwerere Erlebnisse zu ersparen.

(Selbstbericht.)

g. Clairmont (Wien): Scheineinklemmung von Brüchen.

C. beschreibt als Scheineinklemmung von Brüchen jene Veränderungen, welche ein äußerer Bruch unter dem Einfluß eines in der Bauchhöhle sich abspielenden mechanischen oder dynamischen Ileus erfährt und die dadurch charakteristisch sind, daß sie eine Einklemmung des Bruches vortäuschen, ohne daß derselbe, wenigstens in den ersten Stadien, inkarzeriert ist. Eine Durchsicht der Literatur hat gezeigt, daß eine große Mannigfaltigkeit in bezug auf den intraabdominellen Mechanismus bestehen kann, der die äußere Hernie kompliziert. (Demonstration derselben an schematischen Zeichnungen.) (Selbstbericht.)

h. Löning und Stieda (Halle): Beiträge zur Gastroskopie.

Die Vortr. geben einen Überblick über die Geschichte der Gastroskopie und demonstrieren einen neuen Magenspiegel, der sich von den früheren besonders dadurch auszeichnet, daß in den Magen ein halbbiegsamer, halbstarrer Tubus von ovalem Querschnitt eingeführt wird, der dann das optische Rohr aufnimmt. Es werden nach der Natur gezeichnete Bilder des Pylorus, normale und pathologische (u. a. Stenose, Karzinom), vorgelegt. Die Vortr. hoffen, mit diesem neuen Magenspiegel die Schwierigkeiten der Gastroskopie zu verringern.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Kausch (Schöneberg), der selbst seit längerer Zeit mit der Konstruktion eines Gastroskops beschäftigt ist — das Instrument ist aber noch nicht publikationsfähig —, hat eine Hauptschwierigkeit darin gefunden, daß man mit den gewöhnlichen Beleuchtungsapparaten nicht rückwärts sehen kann. Dies scheint auch für das Instrument von Löning und Stieda zu gelten. Bei tiefstehendem Magen und hochstehendem Pylorus ist das Rückwärtsschauen notwendig.

(Selbstbericht.)

i. Anschütz (Kiel). Die Bedeutung des Magensaftflusses für den Chirurgen.

Der Magensaftfluß ist eine Komplikation bei verschiedenen bekannten Magenkrankheiten und tritt manchmal so in den Vordergrund, daß er das Krankheitsbild beherrscht und ein chirurgisches Eingreifen nötig macht oder wenigstens angezeigt erscheinen läßt. Es werden nur Fälle von Magensaftfluß im engeren Sinne des Wortes besprochen (nüchtern reichlich Inhalt, nach Magenentleerung abends vorher). Die leichten Fälle haben keine Bedeutung für den Chirurgen, nur die schwereren. Magensaftfluß findet sich bei Atonie, benigner und maligner Stenose des Pylorus, häufig bei Ulcus ventriculi, fast immer besteht zugleich eine motorische Insuffizienz. Das Symptom des Magensaftflusses sollte stets beachtet und auch genau beobachtet werden. Es können sonst Überraschungen eintreten, einerseits plötzliche Verschlimmerungen infolge von Retention, Dilatation, Tetanie usw. andererseits können sich auch ohne Eingriff überraschende Wendungen zum Bessern plötzlich einstellen. Die chronische Form kann übersehen werden. Bei motorischer Insuffizienz täuscht Saftfluß schwerere Grade von Retention vor. Genaue Untersuchung des nüchternen Mageninhaltes ist nötig zur Beurteilung, ob ein schwerer Fall vorliegt. Es ist zweckmäßig, die Ernährung per os total zu entziehen und Flüssigkeit auf abnormem Wege zuzuführen. Bei schweren Fällen scheiden die Kranken durch den Magen mehr aus als künstlich eingeführt wird. A. hat schwere Fälle bei gutartiger Stenosis pylori gesehen, die schwersten waren zwei Fälle von Pyloruskarzinom. Weit mehr als die rektal und subkutan eingeführte Flüssigkeit verließ den Magen, chronische Fälle dieser Art sind sehr gefährlich wegen des dauernden Verlustes an Flüssigkeit, an Kochsalz (Strauss), ganz abgesehen von der Inanition; es kann oft nur die Gastroenterostomie helfen. Die Hypersekretion dauert auch manchmal noch nach der Gatroenterostomie weiter an und kann bedrohliche Symptome machen. In einem Falle trat am 8. Tage p. op. nach vollem Wohlbefinden starker Saftfluß und Tetanie auf. Bei der chronischen Form ist in schweren Fällen (mehr Flüssigkeitsverlust als Zufuhr schnelle Gastroenterostomie indiziert; sonst soll stets erst das Grundleiden intern behandelt werden. Rezidive dabei häufig.

Die akute Form des Magensaftflusses gibt zu schweren Täuschungen bei der Indikationsstellung zur Operation und bei der Prognose Anlaß; denn schwere Krankheitsbilder können plötzlich schwinden. Bei gutem Ernährungszustande kann man längere Zeit mit der Operation abwarten, bei heruntergekommenen Pat. muß man schnell operieren. Sehr gefährlich sind die Fälle, wo postoperativ nach Operation am Magen oder auch an anderen Organen der Magensaftfluß eintritt. A. hält es für wahrscheinlich, daß Magensaftsfluß bei manchen postoperativen Störungen unklarer Art stark beteiligt ist. Bei manchen Fällen von sogenanntem Circulus vitiosus, Myasthenie, akuter Magendilatation spielt die Hypersekretion ebenfalls eine große Rolle. Die Fälle von echtem Magensaftfluß sind gar nicht so selten, wie man bisher annahm; sie werden häufig übersehen, wenn zugleich stärkere motorische Insuffizienz besteht. Innerhalb eines Jahres beobachtete A. fünf schwere Fälle. (Selbstbericht.)

k. Clairmont (Wien): Zur Lokalisation des Ulcus ventriculi in ihrer Bedeutung für das operative Fernresultat.

Redner bespricht an der Hand des Materiales der v. Eiselsberg'schen Klinik die Frage, ob die Lage des Ulcus rot. im Magen die Wahl des operativen Eingriffes zu beeinflussen imstande sei, und in welcher Weise. Erfahrungen an 246 Ulcera, die in operative Behandlung kamen, sprechen dafür, daß das Ulcus entfernt vom Pylorus, sei es an der kleinen Curvatur, sei es an der großen Curvatur oder gar an der Cardia, durch die Gastroenterostomie nur wenig günstig beeinflußt werde. C. sieht von den mit plastischen Operationen und Resektionen behandelten Fällen zunächst ab. Die Gastroenterostomie ergab eine Mortalität von 9,2%, in bezug auf das Fernresultat Heilung in 52%, Besserung in 15%. Werden die Fälle von dem Gesichtspunkt aus, wo das Ulcus gefunden wurde, geordnet, so ergibt sich folgendes: 110mal lag das Geschwür am Pylorus, 30mal entfernt von demselben. In bezug auf das Fernresultat finden wir in der ersten Gruppe 64%, in der zweiten nur 48% erfreuliche Resultate. Ziehen wir zum Vergleich jene Fälle heran, in denen ebenfalls Ulcera entfernt vom Pylorus vorlagen, die aber mit Jejunostomie oder Gastroenterostomie und Jejunostomie behandelt wurden, so finden wir in 63% der Folge gute Erfolge in bezug auf das Fernresultat. Der Vergleich dieser drei Zahlen zeigt, das für das Ulcus entfernt vom Pylorus die Erfolge der Gastroenterostomie nicht als befriedigend angesehen werden können, daß diese Operation nicht als Normalverfahren gelten kann, sondern an ihre Stelle andere Eingriffe treten müssen, sei es die Jejunostomie allein oder die Gastroenterostomie und Jejunostomie, sei es die Exstirpation des Geschwüres, die in der v. Eiselsberg'schen Klinik auch mehrmals zur Ausführung kam.

Diskussion. Kausch (Schöneberg) warnt davor, zu häufig das entfernt vom Pylorus, zumal an der kleinen Curvatur sitzende Magengeschwür durch zirkuläre Resektion zu entfernen. Die Mortalität würde sonst enorm steigen.

Clairmont (Schlußwort). Das perforierte Ulcus zur Beurteilung von operativen Methoden bzw. der Dauerheilung heranzuziehen, hält C. nicht für angezeigt. Viele der Ulcera an der kleinen Curvatur sind kallöse. Der Magen wird bei Ulcusfällen in der v. Eiselsberg'schen Klinik vor der Operation nicht gespült.

Payr (Greifswald) ist mit dem Erfolge der Gastroenterostomie nicht immer zufrieden, namentlich wenn das Geschwür an anderer Stelle als am Pylorus saß. Er bevorzugt in solchen Fällen mehr und mehr die Exzision des Ulcus oder die Ausschneidung eines Segmentes. Ist das Pankreas mit in den Geschwürsbereich einbegriffen, so scheut P. eine brüske Lösung des Magens nicht, selbst auf die Gefahr hin, diesen zu eröffnen. Der Magensaft ist bei seiner Hyperazidität nicht allzu gefährlich. Goebel (Köln).

Riedel (Jena) (zugleich an Stelle seines Vortrages, auf den R. verzichtet): Ulcera der kleinen Curvatur, sowie der vorderen und hinteren Magenwand machen sich, wenn sie in der Pars pylorica des Magens ihren Sitz haben, durch einen genau in der Mittellinie befindlichen Schmerz geltend; alle übrigen weiter links

lokalisierten Ulcera bewirken einen Schmerz, der unter dem linken Rippenbogen lokalisiert wird, gelegentlich auch im Rücken.

Die Behandlung der Ulcera pylori muß eine ganz andere sein als die der Ulcera der vorderen und hinteren Magenwand. Dort ist Gastroenterostomie indiziert; hier liegt die Sache weit komplizierter.

Gastroenterostomie, auch wenn sie gut ausführbar ist, läßt öfter dauernden Erfolg vermissen; das gleiche gilt für die einfache Exstirpation des Ulcus mit nachfolgender Naht; sie ist nur indiziert bei kleineren Geschwüren, die dicht vor der Perforation stehen oder schon perforiert sind.

Für die meisten Fälle ist die quere Resektion des mittleren Abschnittes vom Magen das empfehlenswerte; nötig ist sie, wenn der kardiale Teil zu einem so engen Schlauche degeneriert ist, daß technisch Gastroenterostomie unmöglich ist; desgleichen ist Gastroenterostomie ausgeschlossen, wenn die Ulcera der vorderen Magenwand die vordere Bauchwand perforiert haben. (Selbstbericht.)

l. Wilms (Basel): Technik der temporären Kolostomie.

Zur Darmausschaltung im unteren Teile des Kolon empfiehlt es sich, statt der Anlage eines Anus praeternaturalis mit Einnähen beider Darmenden eine seitliche Kolonfistel anzulegen und unterhalb dieser Fistel durch Überstreifen einer Haarnadel über das Kolon einen Verschluß herzustellen, der jederzeit ohne besondere operative Eingriffe wieder gelöst werden kann. Die Nadel wird nämlich an ihrem unteren Ende, nachdem der Dickdarm zwischen ihre Branchen gelagert ist, mit einem Faden zusammengebunden; dadurch wird der Darm zugeklemmt. Der Faden wird, damit er nicht abrutscht, an dem gebogenen Ende der Nadel fixiert und von dort nach außen geleitet. Auch die Nadel selbst wird noch durch einen besonderen Faden fixiert, der ebenfalls herausgeleitet wird. Durch Zug an dem Faden kann die Nadel jederzeit entfernt werden, und ohne besondere Operation schließt sich dann die seitliche Kolostomie von selbst.

Diese Methode gestattet auch die einzeitige Resektion von Dickdarmkarzinomen; sie verlängert die Operation nur um wenige Minuten, verhindert aber mit Sicherheit, daß die Darmnaht durch Stuhl gefährdet wird. W. hat sogar bei pelvinen Formen des Kolonkarzinoms ganz auf die Naht verzichtet und nur durch je vier Zügel, die zum Anus herausgeleitet wurden, die beiden Darmenden invaginiert. Schädigungen des Darmes durch die Nadel sind trotz einmal 12wöchiger Dauer der Kompression nicht erfolgt. W.'s Erfahrungen mit der Methode sind durchweg gute. (Selbstbericht.)

Diskussion. Anschütz (Kiel). Man kann den Spontanverschluß der Kolostomie dadurch beschleunigen, daß man die Darmschlinge mit etwas Spannung des Mesenteriums an die Bauchdecke fixiert. Der Darm retrahiert sich schneller, zum Verschließen des abführenden Schenkels genügte ein Schwämmchen oder Tampon oder Gummitampon.

Kausch (Schöneberg) hat das Bedenken, daß bei der Methode W.'s der abführende Schenkel nicht monatelang verschlossen werden kann, wie das bei ausgedehnter Geschwürsbildung zuweilen notwendig ist; ferner kann man bei dieser Methode keine Durchspülungen vornehmen.

m. A. Heller (Kiel): Über die sog. Hirschsprung'sche Krankheit.

H. weißt nach, daß, wie durch O. Wandel für den Volvulus des Coecum und aufsteigenden Colon eine Bildungsanomalie als prädisponierende Ursache festgestellt ist, so auch für den Volvulus der Flexura sigmoidea sowohl im erwachsenen wie im späteren Kindesalter dieselbe Bildungsanomalie die prädisponierende Ursache ist, wie schon für das Säuglingsalter durch Hirschsprung erkannt ist. Verschiedene Dinge können bei dieser Veranlagung zum Volvulus führen, z. B. Abknickungen bei starker Belastung der unteren Sigmoideumhälfte durch feste Kotballen, schrumpfende Bindegewebswucherung des Mesosigmoideum durch entzündliche Reizungen, plötzliche starke Erhöhung des intraabdominalen Druckes und ähnliches. Der schon geprägte Ausdruck »Megakolon congenitum« ist zu weit, da auch an anderen Dickdarmabschnitten angeborene abnorme Entwicklung

sich findet. H. schlägt deshalb die Bezeichnung »Megasigmoideum congenitum« vor. Eine Anzahl vorgelegte Zeichnungen illustrierte sowohl die große Mannigfaltigkeit in der Entwicklung des Sigmoideums bei Neugeborenen, wie Volvulusfälle beim Erwachsenen. Auf Grund seiner Sektionserfahrungen stimmt H. der Ansicht v. Eiselsberg's u. A. zu, bei bedrohlichen Erscheinungen möglichst frühzeitig das Sigmoideum zu resezieren. (Selbstbericht.)

n. Morian (Essen a. d. R.): Über das Karzinom der Vater'schen Papille.

M. erörtert die Pathologie, Symptomatologie und Therapie des Choledochuskrebses, besonders des Karzinoms an der Papille. Er beobachtete im Laufe der Jahre vier Fälle; bei einem saß die Geschwulst an der Gabelung des Hepaticus und Cysticus, bei den übrigen dreien nahe dem Diverticulum. Melanikterus durch Gallenstauung bestand bei allen vieren, dreimal ermöglichte das Courvoisier'sche Zeichen, die Gallenblasenausweitung, eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose; einmal bestand Gallenblasenschrumpfung, bei der Operation fand sich ein Stein in der Blase, statt des vermuteten Choledochussteines aber eine kleine Geschwulst an der Papilla Vateri. — Die Kranke mit hochsitzendem Choledochuskrebs verweigerte die Operation, bei den drei Papillengeschwülsten wurde zweimal palliativ, einmal radikal operiert. Von den beiden Cholecystostomierten starb einer bald, ein zweiter erst 16 Monate nach der Operation; die Pat., bei der das Karzinom samt der Papille transduodenal exstirpiert wurde, heilte, trotzdem in der 2. Woche nach dem Eingriff wiederholt cholämische Magen- und Darmblutungen ihr Leben bedrohten. M. rät, bei Verdacht auf Choledochuskrebs zu operieren, und zwar je nachdem die Choledochusresektion oder transduodenal die Exstirpation der Papilla Vateri event. zugleich mit Cholecystenterostomie zu machen, wo dies unmöglich, auf die Palliativoperationen, besonders die Cystenterostomie, sich zu beschränken.

(Selbstbericht.)

(Schluß folgt.)

---

24) F. W. Jones. Some lesions from ancient fractures.

(Brit. med. journ. 1908. August 22.)

Besprechung einiger in geschichtlicher Beziehung äußerst interessanter Fälle — im ganzen waren es über 200 — von alten und geheilten Knochenbrüchen, die von Ausgrabungen eines Begräbnisplatzes südlich von Assuan stammten und der Zeit von etwa 4000 vor bis 500 nach Christi Geburt angehören. J. verglich sie nach ihrer Häufigkeit mit den Statistiken großer moderner Krankenhäuser und fand bemerkenswerte Unterschiede: so war kein Kniescheibenbruch vertreten, ferner waren alle Knochenbrüche unterhalb der Knie sehr selten. Die interessanten Unterschiede in der Häufigkeit dieser und jener Fraktur bei den alten Ägyptern und uns erklärt er aus der Verschiedenheit der Lebensbedingungen; es gab damals keine Treppen, keine Stockwerke, keine gepflasterten Straßen, keinen oder nur geringen Wagenverkehr, keine Maschinen. Die häufigsten Brüche betrafen Vorderarm und Schlüsselbein und sind zu erklären als Wirkungen von Schlägen mit dem langen Stock (»Naboot«), dem ständigen Begleiter des Nubiers damals wie heute.

Man kannte damals bereits eine Art einfacher Schiene (d. Zentralblatt 1908 Nr. 23), und es ist erstaunlich, wie vorzüglich die allermeisten Brüche geheilt sind, trotz sicherlich ganz ursprünglicher oder überhaupt fehlender Behandlung. Das trifft sogar für Oberschenkelbrüche zu. Eine Ausnahme bilden die schon bei den alten Ägyptern meist schlecht geheilten Schlüsselbeinbrüche. Im allgemeinen war die Deformität um so höher, je frischer der Bruch war. **Weber** (Dresden).

25) Isaja. Nuovo processo di resezione del gomito. Contributo alla cura delle anchilose ossee traumatiche del gomito.

(Policlinico, sez. chir. 1908. XV, 8 u. 9.)

Verf. schildert ausführlich die Art und die Erfolge der bisher zur Mobilisierung des nach einem Trauma versteiften Ellbogengelenkes verwendeten Operations

methoden. Von all diesen Methoden erschien bisher die Helferich'sche Muskellappeneinpflanzung die erfolgreichste. Doch bringt auch diese Methode, die, zum Teil modifiziert, bisher in zehn Fällen mit teilweisem Erfolg verwendet wurde, noch zahlreiche Mängel mit sich, die sich vor allem auf die exakte Bedeckung der neugebildeten Gelenkflächen und auf die Schwächung des zur Lappenbildung verwendeten Muskels beziehen. All den ausführlich dargelegten und kritisch gesichteten Mängeln soll nun das von I. in einem Falle mit recht gutem Erfolge verwendete Vorgehen vorbeugen.

Es handelte sich um einen 30jährigen Mann, bei dem eine Fraktur der distalen Humerusepiphyse mit einer gleichzeitigen Verrenkung des Ellbogens nach hinten zu einer völligen Versteifung des extendierten Ellbogengelenkes geführt hatte. I. bildete einen U-förmigen Hautlappen aus der Rückfläche der Ellbeugengegend (Basis am Oberarm). Ein analoger Lappen wurde aus der freigelegten Aponeurose geschnitten, deren Zusammenhang mit der Olecranonspitze erhalten blieb. Sodann wurde das Olecranon schräg von unten nach oben durchtrennt, seine Verwachsungen mit der Humerusrückfläche gelöst und so das Gelenk von hinten her freigelegt. Es folgte die Lösung der Seitenbänder, die von ihrer distalen Insertionsfläche getrennt wurden, worauf durch forcierte Flexion die Ankylose behoben wurde und die beiderseitigen Gelenkenden reseziert werden konnten. Nun wurde das Olecranon durch einen Einschnitt in die Aponeurose nach außen gebracht und die Aponeurose selbst zwischen den angefrischten Gelenkenden mit Catgut an dem vorderen Kapselumfang und den Seitenbändern fixiert. Zum Schluß wurde an der Hinterfläche der Ulna eine kleine Grube gebildet, in der die Olecranonspitze vermittels eines Nagels fixiert wurde. Exakte Hautnaht vervollständigte die Operation. In der Folgezeit wurde der Ellbogen ohne Verbandwechsel abwechselnd je 24 Stunden lang in Beugung und Streckung gehalten. Es erfolgte Heilung mit aktiver Beugung bis zu 80° und Streckung bis zu 135°. Nach 5 Monaten ergab die Nachuntersuchung ein unverändert gutes Resultat.

Verf. sieht die besonderen Vorzüge dieser Methode in der Schonung und Erhaltung des Tricepsansatzes, in dem breiten übersichtlichen Zugang zum Gelenk durch den U-förmigen Lappen und in der Schonung der Muskeln, an deren Stelle die Aponeurose tritt. **Strauss** (Nürnberg).

26) **Stetten.** Musculo-spiral (radial) paralysis due to dislocations of the head of the radius.

(Annals of surgery 1908. August.)

S. schildert zunächst einen Fall, in dem durch Schlag mit einer Kurbel gegen den rechten Vorderarm bei einem Mann ein Bruch der Ulna und eine Verrenkung des Radiusköpfchens nach vorn und außen hervorgerufen wurde. Dabei bestand Lähmung des Handgelenkes im Sinne der Streckung, außerdem konnten der Daumen nicht abduziert und die distalen Phalangen der Finger nicht extendiert werden. Völlige Anästhesie zeigte ferner der Handrücken bis zum Phalangealgelenk des Daumens und bis zu den Metacarpophalangealgelenken der übrigen Finger. Alles das wies auf eine Schädigung des N. radialis hin. 3 Monate nach der Verletzung wurde das in der Ellbogenbeuge hervorragende Radiusköpfchen freigelegt und reseziert. Es fand sich dabei, daß der N. radialis an der Stelle, wo er sich in den sensiblen oberflächlichen und den tieferen interossealen Zweig teilt, eingerissen war; doch wurden die Fasern durch loses Bindegewebe noch eben zusammengehalten, so daß eine Naht nicht nötig war. Die Wunde wurde ganz geschlossen, und im Laufe von Monaten gingen alle motorischen und sensiblen Lähmungserscheinungen zurück. Das Ellbogengelenk konnte ebenfalls gut gebeugt und gestreckt werden.

Verf. hat aus der Literatur festgestellt, daß eine Schädigung des N. radialis bei Verrenkung des Radiusköpfchens nach vorn dann einzutreten pflegt, wenn zugleich die Ulna mit gebrochen ist. Unter 119 derartigen komplizierten Fällen war der Radialis in 7,56% so verletzt, daß Lähmungserscheinungen vorhanden waren. Durch Experimente an Leichen stellte Verf. fest, daß diese Zerreißung des N. radialis erst dann eintritt, wenn bei gebrochener Ulna das Radiusköpfchen nach vorn und

außen verdrängt wird. Es wird dann immer die Teilungsstelle des Radialis getroffen, da diese gerade in direkter anatomischer Beziehung zum humero-radialen Gelenke steht. Die Prognose dieser Nervenverletzungen ist im allgemeinen eine gute, von zehn operierten Fällen blieben nur bei zweien die Lähmungen bestehen. Was die Behandlung anbetrifft, so kann man in frischen Fällen die unblutige Reposition des Radiusköpfchens versuchen. In alten Fällen ist die Resektion des Köpfchens die Operation der Wahl. Der Nerv braucht nur dann genäht zu werden, wenn er ganz durchgerissen ist. Zur Nachbehandlung gehört gewissenhaftes Elektrisieren mit dem galvanischen Strome. Die sorgfältige Arbeit bringt einige recht gute anatomische Bilder. **Herhold** (Brandenburg).

27) **Sherren.** Remarks on chronic neuritis of the ulnar nerve, due to deformity in the region of the elbow-joint.

(Edinb. med. journ. 1908. Juni.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von chronischer Neuritis des N. ulnaris, die mit einer spindelförmigen Auftreibung des Nerven hinter dem Epicondylus internus, einer Valgusstellung des Ellbogens, plötzlich einsetzenden Schmerzen und Abmagerung der vom Nerven versorgten Muskeln einherging. Das Leiden bestand in beiden Fällen mehrere Jahre lang und wurde von dem ersten Pat. auf eine Verletzung der distalen Humerusepiphyse in der Jugend, im zweiten Fall auf eine Arthritis cubiti, die sich nach Masern entwickelt haben sollte, zurückgeführt.

Außer diesen beiden eigenen Beobachtungen und einem ihm mündlich mitgeteilten Krankenbericht des Dr. Turney und Dr. Corner konnte S. aus der Literatur noch 21 gleiche Fälle zusammenstellen. Unter 19 Pat., deren Geschlecht in der Krankengeschichte notiert war, befanden sich 16 Männer; bei 16 von den 24 Pat. war eine Verletzung des Ellbogens (meist Fraktur) voraufgegangen.

Die spindelförmige Auftreibung des Nerven ist bedingt durch eine interstitielle Neuritis, wie durch mikroskopische Untersuchung festgestellt werden konnte. Diese Neuritis wird offenbar erzeugt durch die Reizung bzw. den Druck, dem der Nerv durch seine Lage bei Cubitus valgus ausgesetzt ist. Auch gibt es Fälle, in denen der Nerv bei Bewegungen des Ellbogens über einen nach hinten hin gelegenen Vorsprung des Epicondylus medialis gleitet und infolgedessen Schmerzen erzeugt.

Die Behandlung hängt von der Ursache der Neuritis ab. In den Anfangsstadien kann man versuchen, mit Ruhigstellung und Elektrisieren des Armes zum Ziele zu kommen; besteht jedoch eine Deformität, so ist die beste Methode, entweder den Ellbogen zu resezieren oder für den Nerven ein neues, tieferes Bett hinter dem Epicondylus medialis herzustellen, und bei starker fibröser Entartung des Nerven letzteren zu resezieren. Verf. resezierte bei seinem ersten Pat. den Nerven, im zweiten Fall, einer 40jährigen Frau, den Ellbogen; mit beiden Operationen erzielte er sehr zufriedenstellende Resultate. **Jenckel** (Göttingen).

28) **Stamm.** Erworbener partieller Radiusdefekt bei einem hereditär luetischen Säugling.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 4.)

Verf. berichtet über ein Kind, dessen Mutter mehrfach abortiert hatte. Gleich bei der Geburt zeigte sich eine Schwellung am rechten Vorderarm und eine abnorme Beweglichkeit an der Speiche. Der Arm wurde fixiert; nach 10 Tagen ging die Schwellung zurück. Ein Röntgenbild 3 Wochen nach der Geburt zeigte das obere Ende der Speiche pilzartig aufgetrieben; eine zweite Aufnahme 11 Wochen nach der Geburt ergab nun den merkwürdigen Befund, daß das distale Bruchstück vollkommen fehlte, also trotz Kalomelkur vollkommen aufgesogen war. Der Erfolg war eine Klumphandstellung. **Gaugele** (Zwickau).

29) **Würth v. Würthenau.** Beitrag zur Trommlerlähmung und deren Behandlung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1908. Hft. 16.)

Während die sog. Trommlerlähmung meistens durch Zerreißen der Sehne des linken langen Daumenstreckers entsteht, hat W. unter 62 Fällen dieser Erkrankung

nur dreimal eine Zerreißung der linken langen Daumenbeugesehne finden können. Einer dieser letzteren Fälle wurde operiert, er ist in der Arbeit näher beschrieben. Daß die Beugesehne seltener zerreißt, liegt daran, daß sie anatomisch günstiger liegt als die Strecksehne und bei Bewegungen des Daumens nicht so stark über Knochenvorsprünge gezerrt und gerieben wird. Dem Zerreißen der Sehne geht immer eine Entzündung derselben vorher, die zur partiellen Nekrose führt. Bei einer erheblichen Anstrengung tritt dann der Riß ein. Wenn man daher eine frühzeitige Diagnose dieser bei Trommlern eintretenden Entzündung der Sehne stellt, so kann man durch Ruhigstellen des Fingers und eine gegen die Entzündung gerichtete Behandlung das Zerreißen verhüten. Ist einmal der Riß eingetreten, so hilft nur die Sehnennaht; aber auch hierdurch wird die volle Dienstfähigkeit des Mannes gewöhnlich nicht herbeigeführt. **Herhold** (Brandenburg).

30) **Berg.** A case of general phlebo-sclerosis, thrombo-phlebitis of left common iliac, moist gangrene of left lower extremity; amputation; recovery.

(Mt. Sinai hospital reports Vol. V. 1907.)

Ein 23 Jahre alter russischer Schneider ohne syphilitische Symptome oder Syphilis in der Anamnese, weder Trinker noch starker Raucher, erkrankte mit Schwellung und Schmerzen der beiden Beine und zugleich an linksseitiger totaler Hemiplegie 3 Wochen vor der Aufnahme. Die Erscheinungen im gelähmten linken Beine wurden schwerer, dabei war der arterielle Puls stets nachzuweisen. Die oberflächlichen Venen waren als dicke, harte Stränge sowohl am linken Bein als auch am linken Arme leicht zu tasten. 6 Wochen später hatte sich Brand des linken Fußes bis zur Mitte des Unterschenkels ausgebildet; es wurde im Oberschenkel amputiert. Pat. genas. Die hemiplegischen Symptome gingen auch mehr und mehr zurück.

Die Untersuchung des amputierten Beines ergab eine Phlebosklerose aller Venen mit Thrombosierung; die Arterien zeigten wohl hier und da mikroskopisch die ersten Zeichen von Sklerose, waren aber gut durchgängig, ohne Thromben.

Die Untersuchung des linken Armes mit Röntgenstrahlen ließ ebenfalls die Venen als dunkle Stränge scharf hervortreten. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **M. v. Brunn.** Über die schnellende Hüfte.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 121.)

In der v. Bruns'schen Klinik wurde bei einem sonst gesunden, kräftig entwickelten Mädchen eine Erkrankung der Hüfte beobachtet, die sich im 1. Lebensjahr entwickelt hatte und dadurch ausgezeichnet ist, daß bei jedem Schritt unter mäßigen Schmerzen und begleitet von einem ruckartigen, schnappenden Geräusch eine Vorwölbung in der Trochantergegend entsteht, welche mit der Entlastung des Beines wieder verschwindet. Als Ursache läßt sich durch Tastung das Herübergleiten eines sehnigen Stranges von hinten nach vorn feststellen. Die operative Festlegung dieses Stranges in einer Rinne des Trochanters beseitigte das Schnappen und das Geräusch. 2 Jahre später trat das gleiche Symptomenbild auf der anderen Seite auf. Hier ergab die Operation, daß ein derber Fascienstrang über den Trochanter hinübergleitet, von dem er durch eine mächtige Schicht lockeren Bindegewebes getrennt ist. Nach Entfernung dieser Bindegewebsschicht und Faltung der Fascie mit Befestigung am Trochanter war auch hier das schnappende Geräusch verschwunden.

Es liegen neun analoge Beobachtungen in der Literatur vor, von denen vielleicht zwei mit willkürlicher Subluxation im Hüftgelenk kombiniert und fünf nicht autoptisch sichergestellt waren. Nach autoptischen Befunden ist es wahrscheinlich, daß das Fehlen einer Bursa trochanterica, bzw. deren Ersatz durch ein lockeres Bindegewebe die Ursache des Phänomens bildet, etwa in dem Sinne, daß der normale Schleimbeutel die Glutäussehne in einem gewissen Abstande vom Trochanter hält, wozu dagegen das lockere Bindegewebe nicht befähigt ist. Es käme dann

an Stelle des leichten Gleitens zu einer Hemmung an der hinteren Trochanterkante, die ruckartig überwunden wird.

Eine konservative Behandlung mit bloßer Ruhigstellung dürfte selten Erfolg haben, die Anheftung der Glutäussehne am Trochanter dagegen in allen schwereren Fällen das gegebene Verfahren darstellen, das in dem mitgeteilten und einem Falle von Bayer einen schönen Erfolg aufzuweisen hatte und zugleich für die entwickelte Entstehungstheorie spricht. **Reich** (Tübingen).

32) **Blanc.** Sindromes pseudocoxalgicos.

(Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1033.)

Im Anschluß an eine Besprechung der Symptomatologie der einzelnen Stadien der Koxitis, insbesondere der Stellungsanomalien des Beines, weist B. auf die Notwendigkeit hin, darauf zu achten, daß ganz gleiche fixierte Stellungen der unteren Extremität bei ganz verschiedenen Erkrankungen zur Beobachtung gelangen und daher bei oberflächlicher Untersuchung zu folgenschweren Fehldiagnosen führen können. Er gibt die genaue Krankengeschichte von zwei hierher gehörigen Fällen. Im ersten handelte es sich um ein Mädchen, welches das direkte Bild einer Koxitis im sog. zweiten Stadium darbot: Unbeweglichkeit des Hüftgelenkes, Bein in starker Adduktion und Innenrotation fixiert, hochgradige Atrophie der Muskulatur, starkes Hinken. Die Kranke wurde, da man aus äußeren Gründen eine hysterische Kontraktur in Betracht gezogen hatte, in Narkose genau untersucht; dabei ergab sich, daß sie einige tiefe Analfissuren, die zum Teil geschwürigen Zerfall zeigten, hatte. Dieselben wurden nach forcierter Dehnung des Anus erfolgreich behandelt, und bald schwanden alle oben mitgeteilten Symptome von seiten der unteren Extremität. Die Muskulatur wurde durch Massage in kurzer Zeit gekräftigt. Im zweiten Falle, der ebenfalls ein Mädchen betraf, und der ähnliche Symptome bot wie der erste, wurde bei der Untersuchung des Rektum ein großer Abszeß entleert, der offenbar vom Wurmfortsatz herrührte, und nach dessen Entleerung gleichfalls Heilung eintrat. Es waren vorher keine anderen Erscheinungen von seiten des Wurmes aufgetreten. **Stein** (Wiesbaden).

33) **C. I. Urechia** (Bukarest). Über einen mit den Bronchien kommunizierenden Fall von Coxo-Tuberkulose.

(Spitalul 1908. Nr. 15.)

Es handelte sich um eine 26jährige Frau, die im Laufe zweier Jahre zuerst an dem einen und dann an dem anderen Hüftgelenk einen kalten Abszeß dargeboten hatte. Dieselben brachen spontan durch, und es entwickelten sich mehrere Fisteln, von denen zwei bis in die Gesäßgegend reichten und etwa 10 cm voneinander entfernt waren. Eines Tages, während mit dem Irrigator Waschungen an diesen Fisteln vorgenommen wurden, trat bei der Kranken ein heftiger Erstickungsanfall auf, und sie spuckte eine große Menge von Flüssigkeit aus. Da sich diese Erscheinung wiederholte, wurden Einspritzungen mit Methylenblaulösung gemacht, und es trat unter ähnlichen Erscheinungen Blauspucken auf. Es konnte also gar kein Zweifel mehr bestehen, daß eine fistulöse Verbindung zwischen dem Abszeß des Hüftgelenkes und den Bronchien bestand. Die röntgenographische Untersuchung ergab auch tatsächlich das Bestehen eines Ganges, der von der Lungenbasis in die Bronchien führte, doch konnte auf diese Weise die weitere Verbindung desselben mit dem tuberkulösen Abszeß der Hüfte nicht sichtbar gemacht werden. **E. Toff** (Braila).

34) **Angel.** Tratamiento de una forma especial de anquilosis viciosa de la cadera.

(Revista de la med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1030.

Mitteilung über eine neue Operation bei Ankylose des Hüftgelenkes mit extrem nach innen rotiertem Oberschenkel. 19jähriger Pat., der vor 2 Jahren eine Hüftgelenkentzündung, wahrscheinlich gonorrhoischer Natur, durchgemacht hat.

Schmerzen sind nicht mehr vorhanden. Das rechte Hüftgelenk ist vollkommen ankylotisch, das Bein steht in starker Adduktion und sehr starker Innenrotation. Die Operation bestand in der subtrochanteren Osteotomie des Femur nach vorausgegangener Tenotomie am oberen Ende des Tensor fasciae latae und des Sartorius. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. **Stein** (Wiesbaden).

35) **D. N. Manolescu** (Bukarest). Über einen Fall von Echinokokkencyste der Sakrolumbalmuskulatur.

(Spitalul 1908. Nr. 14.)

Die betreffende 25jährige Frau war seit etwa 1 Jahre krank, während welcher Zeit sich in der Sakrolumbalgegend eine etwa kindskopfgroße, schmerzlose Geschwulst entwickelt hatte. Die Diagnose wurde auf Echinokokkencyste gestellt und war hierfür außer den lokalen Erscheinungen auch der Blutbefund charakteristisch, indem 25,4% eosinophile Polynukleare gefunden wurden. Interessant ist, daß einerseits gleich nach der Exstirpation des Tumors die Zahl der Eosinophilen auf 12% gesunken war, sich aber einige Tage später wieder auf 13,15% erhob, was nach Chauffard und Boidin auf eine noch vorhandene, wenn auch versteckte Hydatidencyste hindeuten würde, die aber trotz genauester Untersuchung nicht gefunden werden konnte.

Der Fall ist durch den ziemlich seltenen Sitz der Cyste in der Sakrolumbalmuskulatur bemerkenswert. **E. Toff** (Braila).

36) **Bettmann** (Leipzig). Über eine Schraubvorrichtung zur Heilung des Kniescheibenbruches.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 36.)

B. erkennt durchaus an, daß die — besser mit Seide oder Catgut als mit Silberdraht ausgeführte — Naht für viele Fälle von Kniescheibenbruch recht befriedigende Resultate gibt. In anderen aber stößt sie auf große Schwierigkeiten, besonders wenn die Bruchstücke durch Schrumpfung des Quadriceps schon stärker auseinander gewichen sind oder hierzu das Bestreben haben, die Naht infolgedessen, vorausgesetzt, daß die Bruchstücke zur Berührung gebracht werden, einen relativ starken Zug auszuhalten hat. In zwei veralteten Fällen von Kniescheibenbruch mit starker Diastase hat B. deshalb an Stelle der Naht eine Vorrichtung angewandt, mit deren Hilfe eine feste Vereinigung der Fragmente in unverrückbarer Stellung erreicht werden konnte. Sie besteht aus zwei Querstäben, d. h. zwei langen Bohransätzen, von denen der eine durch das obere, der andere durch das untere Bruchstück mittels eines Drillbohrers oder durch das Lig. patellae sup. und inf. derart hindurchgebohrt wird, daß sie parallel zueinander zu stehen kommen und mit ihren beiden Enden zu beiden Seiten des Gelenkes durch die Haut hervorragen. Jeder der beiden Stäbe hat nach den Enden zu je ein mit einem Schraubengang versehenes Loch. Stellt man die beiden Öffnungen senkrecht zueinander, so läßt sich jederseits durch sie eine Flügelschraube hindurchführen, die zur Näherung der Stäbe angezogen wird. Dies geschieht dadurch, daß sich zwischen dem Flügel der Schraube und dem Stabe mit einfachen Löchern eine über die Schraube übergezogene, kleine, lose Hülse befindet, die sich beim Anziehen der Schraube gegen den Stab und den Flügel stemmt. Auf diese Weise gelingt es, die vorher beweglich gemachten und angefrischten Bruchstücke so fest gegeneinander zu verschrauben, daß sie direkt ineinander eingepreßt werden und zu fester knöcherner Verwachsung gelangen. Nach 14 Tagen ist diese so weit vorgeschritten, daß man den Apparat entfernen kann, während schon vorher der Pat. mit diesem und einem Verband umherzugehen imstande war. Die Vorrichtung, die von A. Schütze in Leipzig, Windmühlenstraße 30, zum Preise von 12 ℳ angefertigt ist, ist auch für die Behandlung anderer Pseudarthrosen, wie frischer Extremitätenbrüche verwendbar. **Kramer** (Glogau).

37) **Pech.** Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la ponction, la mobilisation immédiate et la progression des résistances.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1908. September.)

Bei allen Verletzungen des Kniegelenkes ist die Hauptsache, zu verhüten, daß eine Atrophie des M. quadriceps eintritt, die durch die Immobilisation des Beines und die Kompression des Kniegelenkes bedingt wird. P. verfährt daher folgendermaßen. Er punktiert grundsätzlich alle traumatischen Ergüsse, wenn sie nicht sehr klein sind; schon 24 Stunden nach der Punktion läßt er Streckübungen des Beines im Liegen machen, indem er den Unterschenkel vermittels einer über eine Rolle gehenden Schnur mit Gewicht belastet und diese Gewichte heben läßt. Diese Übungen werden dreimal täglich 10 Minuten ausgeführt und zunächst mit 1 kg begonnen und bis zu 30 kg gesteigert. Man muß sich dabei nach der Muskulatur des Individuums richten; schwächere Personen müssen mit entsprechend leichteren Gewichten üben. Vor Ablauf von 20 Tagen läßt Verf. die Kranken nicht aufstehen; dann sollen diese jedoch langsame Gehbewegungen gleich ohne Stock machen. Das Bein muß dabei kräftig und langsam aufgesetzt werden, damit die Muskulatur weiter gekräftigt wird. Drei auf diese Weise mit gutem Erfolg behandelte Fälle werden näher beschrieben. Schädliche Folgen sind durch diese frühzeitigen Bewegungen niemals beobachtet, tritt wirklich ein kleiner Erguß nachträglich auf, so verschwindet er mit der zunehmenden Kräftigung der Quadricepsmuskulatur. **Herhold** (Brandenburg).

38) **Hashimoto und Saito.** Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Nachbehandlung nach H. Hirsch im japanisch-russischen Kriege 1904/05.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVI. Hft. 3.)

Die Verff. konstatieren, daß es im Krieg oft genug notwendig ist, schon auf dem Schlachtfeld Amputationen vorzunehmen. Die osteoplastischen Methoden, z. B. nach Bier, können dort aber nicht in Betracht kommen, weil sie, als zu kompliziert, zuviel Zeit erfordern. Die rationelle Methode für die Schlachtfeldamputation ist der Zirkelschnitt. Um brauchbare Stümpfe zu erzielen, haben Verff. das Verfahren von H. Hirsch angewendet, das bekanntermaßen in Massage und Tretübungen besteht, und waren bei ihren sehr zahlreichen Fällen außerordentlich zufrieden damit. In 5—6 Monaten wurde damit durchschnittlich ein tragfähiger Amputationsstumpf erzielt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

39) **Berger.** Epithéliome du talon développé autour d'un séquestre résultant d'une ostéomyelite ancienne du calcanéum. Opération de Wladimiroff-Mikulicz.

(Revue de chir. XXVIII. année. Nr. 6.)

Der Krebs hatte sich bei einem 42jährigen Eisenbahnbeamten von der epithelialen Auskleidung der seit dem 19. Lebensjahre bestehenden fistulösen Totenlade aus entwickelt und bildete an der Fersenhaut eine blumenkohlähnliche Geschwulst. Die Operation wurde mit den typischen Sägeschnitten ausgeführt, nachdem B. sich 2 Tage vorher durch Exstirpation der Geschwulst und des größten Teiles des Fersenbeines davon überzeugt hatte, daß sie sich ganz im Gesunden vornehmen ließ.

Den Abänderungen der ursprünglichen Wladimiroff-Mikulicz'schen Methode, welche die Herstellung eines Sohlenfußes bezwecken (Verf. bezieht sich auf Goldammer, s. ds. Zentralbl. ds. J. p. 286), macht B. zum Vorwurf, daß sie sich des Hauptvorzuges des ursprünglichen Verfahrens, ein unverkürztes Glied zu liefern, begäben. **Gutzeit** (Neidenburg).

40) **Roith.** Luxatio pedis sub talo nach hinten und außen mit Subluxation des Cuboids.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 394.)

Verf. beschreibt eine etwas atypische Luxatio pedis sub talo bei einem Manne, dem von hinten außen her eine schwere Steinplatte gegen den Unterschenkel gefallen war. Nach den drei im Text wiedergegebenen Röntgenogrammen ist der ganze Fuß unter dem Talus weg nach hinten und etwas nach außen verschoben; das Caput tali ruht auf dem Naviculare; gleichzeitig ist das Cuboid plantarwärts gegen den Calcaneus und dieser etwas nach hinten gegen die untere Gelenkfläche des Talus verschoben und der äußere Knöchel gebrochen.

In Narkose gelang die unblutige Reposition der 14 Tage alten Verrenkung mit dem Erfolge, daß Pat. nach 14 Tagen ohne Schmerzen auftreten konnte.

Die Subluxation des Cuboids weist darauf hin, daß derselbe Mechanismus, der zur Luxatio pedis sub talo führt, unter Umständen auch eine Verrenkung im Chopart'schen Gelenk bewirken kann. **Reich** (Tübingen).

41) **A. Nast-Kolb.** Über indirekte Mittelfußbrüche. (Aus der chirurgischen Abteilung des städt. Katharinenhospitals. Prof. Steinthal.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 35.)

Daß die bei Soldaten so häufig chronische Fußgeschwulst als Folge der Fraktur eines Mittelfußknochens auch im Zivilleben vorkommt, beweisen zwei hintereinander vom Verf. bei zwei jugendlichen Dienstmädchen beobachtete Fälle von indirektem Mittelfußbruch, dem ein nennenswertes Trauma nicht vorausgegangen war. Die bestehenden Schmerzen und teigige Schwellung des Fußrückens, der an der Stelle des 2., bzw. 3. Metatarsus stark druckempfindlich war, veranlaßten eine Röntgenaufnahme, die die Diagnose einer Fraktur bestätigte.

Verf. nimmt an, daß diese indirekten Mittelfußbrüche auch im Zivilleben bei jugendlichen Individuen nicht selten seien. **Kramer** (Glogau).

42) **J. M. van Dam.** Hamerteenen.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1908. Nr. 18.)

Verf. berichtet über die Resultate, die in der Lanz'schen Klinik bei der Behandlung der Hammerzehen erreicht worden sind.

Die besten Methoden sind: die Resektion im ersten interphalangealen Gelenk oder Exartikulation der Endphalangen. Die Resektion gibt bessere kosmetische Resultate. Die Beweglichkeit der operierten Zehen ist bei der Resektion etwas besser, doch ist sie auch hier sehr gering. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

43) **J. Fränkel.** Die Technik der Gehgipsverbände. (Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik in Berlin. Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 33.)

Um sich vom Bandagisten möglichst unabhängig zu machen und mit billigen und einfachen Verbänden zum Ziele zu kommen, hat F. es sich angelegen sein lassen, die Technik der Gehgipsverbände zu vereinfachen. Bei Knöchelbrüchen ohne Verschiebung der Bruchstücke wird der Fuß und das Fußgelenk nicht in den mit einem Gehbügel versehenen Gipsverband hineingenommen, sondern durch zwei kreuzförmig angeordnete Gummizüge. die vom Vorfuß zum oberen Teile des Verbandes laufen, in frei schwebender Stellung fixiert; der Verletzte kann mit solchem absolut entlastendem Verbande, der Versteifungen des Fußgelenkes verhindert, gut gehen. Auch in anderen Fällen, z. B. bei redressierten Plattfüßen, nach Sehnenplastiken usw., ist ein Gehbügelgipsverband sehr vorteilhaft. Um ihn abnehmbar zu machen, versah F. den Lorenz'schen Tretbügel mit einem Haspenscharniergelenk, das ein Auf- und Abklappen des mit dem Gelenk versehenen Schienenteiles gestattet (über die genauere Technik dieses Verbandes s. die Arbeit). Auch für die Fußgelenktuberkulosen verwendet F. solche abnehmbare Gehverbände. Da in

der Bier'schen Klinik bei der Behandlung der Gelenktuberkulose auf die Feststellung des kranken Gelenkes verzichtet wird, wird bei Fungus pedis der Fuß frei gelassen; der Verband beginnt erst oberhalb der Knöchel. Ebenso bleibt bei Kniegelenkstuberkulose das Knie frei; dementsprechend sind die Schenkel des Gehbügels für diesen erst oberhalb des Kniegelenkes angelegten Verband nach oben verlängert. **Kramer** (Glogau).

44) **Kaufmann.** Die neue Offiziersgamasche als Universalschiene.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 16.)

K. weist darauf hin, daß sich die neue als Ersatz des langen Stiefels bei der Infanterie eingeführte Offiziersgamasche (aus gelbem steifen Leder) zum Schienen von Arm- und Beinbrüchen verwenden lassen werde. Wie die Gamasche an den gebrochenen Extremitäten angelegt wird, ist durch verschiedene Photographien dargestellt. **Herhold** (Brandenburg).

45) **E. Martin.** Zirkuläre Arteriennaht beim Menschen.

(Med. Klinik 1908. p. 1455.)

Offene Verrenkung des Vorderarmes nach hinten und außen mit Zerreißung der gesamten Weichteile an der vorderen und medialen Seite der Ellbogenbeuge einschließlich der V. und A. brachialis und der sämtlichen ulnaren Kollateralen der letzteren. Nach Abschneidung von 3 cm der zerfetzten Schlagader Anlegung dreier Haltefäden nach Carrel-Stich, fortlaufende Naht mit feinster gerader Darmnadel und feinster Darmseide durch alle Schichten der Gefäßwand. Primäre Wundheilung ohne wesentliche Kreislaufstörung im Unterarme. Pulskurven von der A. radialis des operierten und des gesunden Armes, die für die Wiederherstellung des Zuflusses von der Nahtstelle her sprechen.

Georg Schmidt (Berlin).

46) **Ortiz de la Torre.** Sutura de la arteria iliaca externa.

II. Spanischer Chirurgenkongreß.

(Revista de la med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1036.)

Pat., der eine Stichwunde ca. 4 cm oberhalb des Poupart'schen Bandes erhalten hatte, wurde zunächst mit Kompression und Ruhe behandelt. Nach 2 Monaten hatte sich eine mächtige Geschwulst in der linken Bauchseite entwickelt, in deren Bereich laute systolische und diastolische Geräusche hörbar waren. Laparotomie; Kompression der Aorta in der Höhe des Abganges der Renales; Entleerung der die Geschwulst bildenden großen Gerinnsel und ca. eines Liters Blut; Naht der 1 cm langen Arterienwunde mit Catgut in drei Etagen. Normaler Verlauf. Heilung.

Stein (Wiesbaden).

47) **M'Gregor.** Gangrene of the extremities after pneumonia, with notes of two illustrative cases.

(Glasgow med. journ. 1908. August.)

Der erste Fall stammt aus eigener Praxis, der andere aus der des Dr. Knox in Glasgow.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 18 Jahre alten Mann, der bis vor 4 Monaten stets gesund gewesen war. 1 Woche nach dem Beginn einer krupösen Pneumonie begann die Gangrän an den Fingern der rechten Hand ohne jegliche Schmerzempfindung. An der A. brachialis selbst konnte stets der Puls gefühlt werden, nicht aber unterhalb der Teilungsstelle. 3—4 Wochen lang war der Arm wie gelähmt, erholte sich aber nachher wieder. Die gangränösen Fingerpartien (vgl. drei beigegebene Skizzen) wurden abgetragen und Heilung erzielt. Da Pat. im übrigen, abgesehen von seiner Pneumonie, gar keine Krankheitssymptome auf-

wies, besonders auch nicht von seiten des Herzens, ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es sich bei ihm um eine autochthone Thrombose der A. brachialis an der Teilungsstelle gehandelt hat. Bei der Operation — 4 Monate nach Beginn der Gangrän — brauchte kein einziges Gefäß unterbunden zu werden.

Der zweite Fall betrifft ein 4 Jahre altes Mädchen; 4 Wochen nach Beginn einer Bronchopneumonie kam es zu Gangrän von den Zehen bis zur Hälfte des Unterschenkels. Durch Amputation wurde sie geheilt, hat ebenfalls keinerlei andere Krankheitserscheinungen innerer Organe sonst gezeigt und hat sich später sehr gut entwickelt. **W. v. Brunn** Rostock).

Erwiderung

auf die Bemerkung des Herrn Geh. San.-Rat Dr. Haspe zu dem von mir in Nr. 15 d. Bl. veröffentlichten Beitrag zur Behandlung veralteter Pronationsluxationen des Fußes.

In Nr. 38 beanstandet Herr Geh. San.-Rat Dr. Haspe diese Bezeichnung, weil die beschriebene Verletzung nicht im Pronations-, sondern im Talocruralgelenk vorgekommen wäre.

Da es den Anschein erwecken muß, als hätte ich aus Unkenntnis einen falschen Namen gebraucht, so möchte ich nur bemerken, daß die von mir gewählte Bezeichnung doch wohl die allgemein gültige sein muß; wenigstens habe ich in der darauf bezüglichen Literatur und ebenso in dem Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz keine andere als diese gefunden. Willkürliche Änderungen eines Einzelnen dürften aber eher wieder zur früheren Verwirrung als zur Klärung auf dem Gebiete dieser Verletzungen führen.

Da ich verreist war, konnte ich diese Erwiderung erst jetzt einsenden.

Schweidnitz 10. November 1908.

Dr. ***A. Hoffmann.***

Die Originalmitteilung des Dr. J. Gobiet, in Nr. 40 dieses Zentralblattes erschienen, über »Fixation der Wanderniere und Wanderleber mit Magnesiumplatten«, veranlaßt mich, zwei Arbeiten zu erwähnen, die ich unter den Titeln »L'assorbimento del magnesio nel parenchima renale — Riforma med. 1904« und »I sostegni di magnesio nella legatura intraepatica mediata — Clinica chirurgica 1905, ref. im Zentralblatt für Chirurgie 1905 p. 1056« veröffentlicht habe.

Die Resultate mehrerer Thierexperimente über die Resorption des Magnesium in der Niere und über die Anwendung von Magnesiumplatten für Leberblutstillung habe ich veröffentlicht und habe auch Stützen (Platten, Walzen usw.) für Wanderleber empfohlen. Ferner dürfte nach meinen experimentellen Untersuchungen das Magnesium dem von Gobiet durch die ganze Niere durchgeführten Silberdraht mit Vorteilen zu substituieren sein. Es freut mich daher, daß Gobiet durch klinische Erfahrung meine Ansicht stützt und Magnesiumanwendung für die Nieren- und Leberchirurgie empfiehlt. *Prof. Dr.* ***Aldo Cernezzi,***
Cittiglio (Italien).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 49. Sonnabend, den 5. Dezember 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Klinik der Kgl. Universität zu Modena.
Direktor: Prof. V. Remedi.

Über Änderungen im Blutserum infolge von Operationen.

Von

Dr. Giuseppe Bolognesi,
Assistent.

Seit einiger Zeit wurden in der chirurgischen Klinik in Modena Blutuntersuchungen über die Modifikationen angestellt, welche das

Blut infolge von Operationen[1] erleidet. Da ich nun im vorigen Jahre in Versuchen, die an Tieren angestellt wurden, eine Veränderung der Proteinsubstanz des Blutserums bei Infektionen mit Pyogenes communis[2] festgestellt habe, hielt ich es für interessant, nachzuforschen, ob auch eine einfache, mit peinlicher Sorgfalt aseptisch ausgeführte Operation, die also ohne Einwirkung von Mikroben und Anwendung von Narkose stattfand, imstande wäre, eine nennenswerte Änderung in der Blutmischung herbeizuführen.

Die Ergebnisse der zu diesem Zweck unternommenen Versuche haben alle mit der größten Bestimmtheit bewiesen, daß unsere Vermutung begründet war.

Wenn wir Kaninchen in mannigfaltiger Weise operierten (Nephrotomie, Nephrektomie, Hepatotomie, Splenektomie, Laparotomie mit Einsenkung von Lappen in die Peritonealhöhle, die aus der Bauchwand erhalten wurden und mit ihr verbunden waren, Verpflanzung von Organen usw.) und das Blutserum[3] des Tieres in verschiedenen Zeitabständen von der Operation (3—8 Tage) mit 1,2‰iger Salizylsäurelösung in der Proportion von 10 : 50 behandelten[4] und jedesmal dieses Blutserum mit anderem unter gleichen Umständen von einem normalen Kaninchen (von gleichem Gewicht und auf identische Weise aufgezogen) entnommenen kontrollierten, so erhielten wir immer eine größere Menge von einem Niederschlage (Globulinen?), welcher sich mit diesem Reagens bildete. Solche Zunahme war weniger bemerkbar in den Untersuchungen, die in größerem Abstande von der Operation ausgeführt wurden, und unter den Beobachtungen, die in gleichen Zeitperioden gemacht wurden, war sie größer in den wenigen Fällen, in welchen die Heilung der Operationswunde per secundam erfolgte[5].

Ich brauche die Wichtigkeit des Befundes nicht hervorzuheben. Ich will nur daran erinnern, daß die nach der Chloroformnarkose[6]

---

1 Bolognesi e Zancani, L'indice opsonico nella cloronarcosi. Clinica chirurgica 1908.

2 Bolognesi, Chemische Veränderungen des Blutserums bei Infektionen mit Pyogenes communis. Biochemische Zeitschrift 1907. Bd. VI. p. 149—157. (Ich mache dabei darauf aufmerksam, daß auf p. 152 anstatt 1 : 2000 1,2‰ zu setzen ist.)

Bolognesi, Modificazioni chimiche del siero di sangue nelle infezioni da comuni piogeni. Clinica med. 1907.

3 Ich entnahm das Blut aus der Carotis, sonderte mittels Zentrifuge das Serum ab und schritt sofort zu seiner chemischen Untersuchung.

4 Ich bestimmte den Grad und die Proportionen der Salizyllösung in den Studien des vergangenen Jahres über die chemischen Veränderungen des Blutserums in den Infektionen mit gewöhnlichen Eitermikroben.

5 Es ist bekannt, daß der Verlauf einer Operationswunde beim Kaninchen trotz der größten Vorsicht hinsichtlich der Asepsis während der Operation dennoch anormal sein kann, da man hierbei nicht in absoluter Weise alle Regeln beobachten kann, die nach der Operation nötig sein würden; man hat alsdann eine leichte, meistens auf das subkutane Bindegewebe beschränkte Eiterbildung, d. h. eine Heilung per secundam, oder nach der neueren und richtigeren Benennung von G. Meyer, einen mykotischen Verlauf der Operationswunde.

6 Siehe Bolognesi und Zancani in oben zitierter Schrift.

beobachtete Erhöhung des Index opsonicus des Blutes (welcher, wie bekannt, uns gleichzeitig einen Verteidigungsgrad des Organismus gegen die Mikroben darstellt, insofern er die Phagocytose der Leukocyten befördert) nach einer einfachen Operation (aseptische Ausführung ohne Narkose) fehlt, wo gerade die gegenwärtigen Ergebnisse eine Zunahme in den durch Salizylsäure ausfällbaren Substanzen aufweist. Ferner muß auch die Tatsache hervorgehoben werden, daß in den Fällen, in welchen nach der Operation Mikroben auftreten und in welchen im Menschen[7] auch nach der Chloroformnarkose die Erhöhung des Index opsonicus fehlen würde, besagter Niederschlag stets reichlicher war.

Fernere Forschungen können festsetzen, ob auch im Menschen die beschriebenen Erscheinungen stets vorkommen, und werden imstande sein, die wahre Natur des besagten Niederschlages zu bestimmen.

---

1) **Van Kaathoven.** Twenty-five hundred cases of gas-ether anaesthesia without complication.

(Annals of surgery 1908. September.)

Verf. sieht auf 2500 unter ihm ausgeführte Äthernarkosen zurück, bei denen niemals irgendeine Komplikation oder üble Folge auftrat. Er ist ein Gegner davon, daß man so tief narkotisiert, bis alle Reflexe aufgehoben sind. Nach ihm genügt es zu einer chirurgischen Narkose, wenn Pat. bewußtlos und Muskelerschlaffung eingetreten ist. Um den Pat. in diesem Stadium zu erhalten und das tiefe cyanotische Stadium mit erweiterten Pupillen und beschleunigtem Puls zu vermeiden, muß der Narkotiseur seine ganze Aufmerksamkeit anwenden. Die besten Resultate hat Verf. gesehen, wenn er vor dem Äther Nitrous oxyd (Stickoxydul, Lustgas) bis zum ersten Eintritt der Bewußtlosigkeit (8 Minuten) und darauf die offene Tropfmethode mit Äther anwandte.

Statt des Nitrous oxyd kann man auch Morphium und Atropin subkutan vor der Verwendung des Äthers geben. Das Atropin beschränkt die Schleimsekretion. Bei Potatoren wird vorher außerdem noch Nase und Schlund mit 2%iger Eukainlösung besprüht. Bei der Anwendung von Äther nach der eben beschriebenen Methode bleibt das lästige Erbrechen aus. (Die Vorzüge der Skopolamin-Morphiuminjektion mit nachfolgender Äthertropfnarkose scheinen dem Verf. nicht bekannt zu sein. Ref.)

Herhold (Brandenburg).

---

2) **Bolognesi** e **Zancani.** L'indice opsonico nella cloronarcosi.

(Clinica chirurgica 1908. Nr. 9.)

Verff. untersuchten bei 19 Individuen mit verschiedenen chirurgischen Leiden die Änderungen des opsonischen Index unter dem

[7] Bolognesi und Zancani, ibid.

Einfluß der Chloroformnarkose: letztere führt zu einer unmittelbaren, nur vorübergehenden Erhöhung des Index: nach einem ohne Narkose vorgenommenen operativen Eingriff bleibt der Index entweder unverändert oder wird kleiner; in Fällen gestörter (mykotischer) Wundheilung scheint der opsonische Index nicht zuzunehmen; seine Variationen stehen meist in keinem Verhältnis zur Menge der Leukocyten.

K. Henschen (Tübingen).

---

3) **L. Camus.** Dans les anesthésies de courte durée doit-on employer la chlorure d'éthyle mélangé à l'oxygène?

(Presse méd. 1908. Nr. 28.)

Auf Grund von Tierversuchen kommt C. zu dem Ergebnis, daß es keinen Vorteil bietet, das reine Chloräthyl durch Mischung mit Luft oder Sauerstoff zu ersetzen. Reines Chloräthyl ist nicht nur einfacher und leichter zu verabfolgen, sondern die Narkose wird auch ruhiger. Asphyxie ist bei einiger Aufmerksamkeit nicht zu fürchten; Mischungen mit Luft geben auch keine Gewähr dagegen, sondern es treten Atmungsstörungen sogar leichter dadurch auf.

Fehre (Freiberg).

---

4) **M. Leale.** Some considerations in the management of burns and scalds in infants and children.

(New York med. record 1908. Mai 9.)

L. erwähnt, daß $^3/_4$ aller Fälle von Verbrennungen bei Kindern vorkommen, bei denen die Prognose relativ schlecht sei, schon weil viel leichter Chok sich einstellt, der nach seiner Ansicht die Hälfte aller Todesfälle bedingt, aber gewöhnlich nicht vor 48 Stunden nach dem Unfall in Erscheinung tritt. Einer verständigen Therapie eröffnet sich daher noch immer ein reiches Feld. Die Anwendung permanenter Irrigationen des Dickdarmes mit heißer normaler Salzlösung, die Verordnung von Tinct. opii benzoica, gegen Erbrechen kleine Dosen Atropin mit Opium und einer sorgfältige Beachtung aller sonstigen hygienischen Maßnahmen, ferner ein warmes, ruhiges, gut ventiliertes Krankenzimmer sind von größter Wichtigkeit. Neben absoluter Asepsis der Verbandstoffe wird als bestes Wundreinigungsmittel Wasserstoffsuperoxydwasser in warmer, 10—15 volumenprozentiger Lösung und darauf Kochsalzlösung oder 3%ige Borsäurelösung zur Irrigation der ganzen Wundfläche empfohlen.

Zum Verbande steriles Zinköl. Ist der Papillarkörper mit betroffen, Streifen von Gummipapier oder Silberfolie darunter, prinzipiell also ein nicht adhärentes und nicht reizendes Material bei häufigem Verbandwechsel.

Die Empfehlung eines häufigen Verbandwechsels wird als direktes Axiom jedenfalls nicht allgemeine Anerkennung finden.

Loewenhardt (Breslau).



5) **Civatte.** A quelles conditions peut-on autoriser le mariage des syphilitiques?

(Ann. de dermat. et de syph. 1907. p. 734.)

Verf. hat obige Frage an eine Reihe bekannter Syphilidologen gerichtet und veröffentlicht deren Antworten. Mit Ausnahme von Mibelli und teilweise auch Pospelow gestatten alle die Heirat, wenn genügend Zeit nach der Infektion verstrichen und lange und energisch genug behandelt ist. Über den Wert und die Wirksamkeit der Quecksilberkuren herrscht bei keinem ein Zweifel. Auf Jodbehandlung wird wenig oder kein Wert gelegt. Mit Ausnahme von Watraszewski verlangen alle noch vor der Heirat eine Behandlung.

Klingmüller (Kiel).

---

6) **Dreysel.** Die Estonpräparate und ihre therapeutische Verwendbarkeit bei Haut- und Geschlechtskrankheiten.

(Fortschritte der Medizin 1908. Nr. 11.)

Eston enthält essigsaure Tonerde in fester Form, ist ein weißes, sehr feines und trockenes Pulver, völlig ungiftig, in Wasser nahezu unlöslich, löslich in alkalischen Flüssigkeiten; daher erklärt sich auch seine gute Wirkung bei Zusammentritt mit Blut, Eiter usw. Weitere gleichwertige Präparate sind das stärker wirkende Formeston, und das milder wirkende Subeston.

Die Anwendungsweise geschieht in Pulver-, Salben- und Pflasterform bei Ekzemen der verschiedensten Art, Dermatitiden, Urticaria, Herpes zoster, Hyperidrosis, Balanitis, Beingeschwüren, eiternden und frischen Schnitten und Quetschwunden. **Kronacher** (München).

---

7) **M. Reich.** Über das Erysipeloid. (Aus der I. chirurg. Abteilung des Wiener allgemeinen Krankenhauses.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Das Erysipeloid ist zu wenig beachtet, dabei häufiger, als man denkt. Es ist auf unblutigem Wege — Heißluft und Burow — leicht zu heilen. Charakteristisch ist die Anamnese: meist handelt es sich um kleine Verletzungen bei Leuten, die mit Fleisch oder Wild zu tun haben; doch kommt es auch nach anderen Verletzungen vor, so daß Verf. die Frage offen läßt, ob die Ätiologie eine bakterielle oder chemische (Ptomaine?) ist. Am wichtigsten für die Diagnose sind ferner: exquisit starkes Brennen und Jucken und bläulichrote Färbung und Schwellung der Haut. Fieber ist selten. Literatur.

Renner (Breslau).

---

8) **Herxheimer.** Über die Behandlung der Ekzeme mit neuen Teerpräparaten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Karboterpin, eine Lösung von Steinkohlenteer in Terpinol, bewährte sich besonders bei Psoriasis; doch war die Wirkung langsam.

Es wurde, wie bei Eczema chronicum, konzentriert zweimal täglich aufgepinselt und zeigte auch eine Juckreiz lindernde Wirkung.

Ein das Jucken sehr gut beeinflussendes Teerpräparat ist das Succinol; geeignet für Eczema chron., Pruritus und Psoriasis. Das Mittel entstammt dem Bernstein. Karbeneol, eine Lösung von Steinkohlenteer in Tetrachlorkohlenstoff, erwies sich von nachhaltiger, wenn auch langsam eintretender Wirkung bei Psoriasis. Da Karbeneol von allen Teerpräparaten die geringste Zahl von Irritationen auf der Haut hervorruft, erscheint es besonders geeignet für die Ekzembehandlung. Nachteile des Präparates sind: Schwarzfärbung der Haut, Beschmutzung der Wäsche, langsames Eintrocknen. **Langemak** (Erfurt).

---

9) **A. Peters** (Rostock). Über Gesichts- und Schädelasymmetrien und ihr Verhältnis zum Caput obstipum.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 34.)

Die gar nicht seltene Asymmetrie des Gesichts und Schädels (Schädelskoliose), die sich in Tieferstehen der einen Orbita, des gleichseitigen Ohres und Nasenflügels, in leichtem Abweichen der Kinnspitze in seitlicher Richtung usw. kundtut, findet sich bei gleichzeitig bestehendem Caput obstipum am stärksten entwickelt (sekundäre Schädelskoliose). P. berichtet über einige Fälle von erblichem Auftreten solcher Asymmetrie, die hier auf eine fehlerhafte Anlage im Keimplasma zurückzuführen sein dürfte, und wirft die Frage auf, ob die Einwirkung des Caput obstipum auf die Entstehung der Schädelskoliose für alle Fälle bewiesen sei. Er erinnert dabei an das Vorkommen einer angeborenen Aplasie des Kopfnickers, die auf fehlerhafter Keimanlage beruhe, und weist hin auf die einfach ererbte angeborene Ptosis (kongenitale Augenmuskelaplasie), auf das Bestehen eines Caput obstipum bei der einen der mit deutlicher Gesichtsasymmetrie behafteten fünf Schwestern seines einen Falles und auf das gleichzeitige Vorkommen anderer verwertbarer Mißbildungen bei Caput obstipum. In Anbetracht dessen bezweifelt er für einen Teil der Fälle die ursächliche Bedeutung des letzteren für die Schädelskoliose. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Sicard.** Traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale.

(Presse méd. 1908. Nr. 37.)

S. unterscheidet drei Gruppen von Injektionen:

1) Die periphere Gruppe: in die Austrittsstellen des N. supraorbitalis, infraorbitalis und mentalis.

2) Die mittlere Gruppe: in die Spongiosa des Ober- und Unterkiefers, in das Foramen mandibulare an der Lingula und in den Canalis palatinus.

3) Die tiefe Gruppe: in das Foramen ovale und Foramen rotundum.

Die Technik der einzelnen Injektionen wird kurz beschrieben und an einigen Abbildungen erläutert. Die erste Bedingung für das Gelingen ist die richtige Diagnose; wer Migräne mit Trigeminusneuralgie verwechselt, kann keinen Erfolg erzielen. Es wird 80%iger Alkohol mit feiner Platinnadel injiziert; bei Injektionen in die Spongiosa wird der Knochen vorher angebohrt und stets Lokalanästhesie angewandt. Die Injektion in das Foramen ovale ist besonders schmerzhaft. Die Schmerzen schwinden nach längstens 3 Tagen.

Üble Zufälle sind selten; Anstechen einer Arterie schadet bei Benutzung feiner Nadeln nichts. Bei Injektionen in den N. supraorbitalis und infraorbitalis entsteht oft starkes, 48 Stunden anhaltendes Ödem. Bei Injektion in das Foramen ovale tritt mitunter Sklerose der Mm. pterygoidei ein, die das Mundöffnen beschränken; auch vorübergehende Lähmung des N. abducens ist beobachtet worden. Bei Injektionen in das Foramen rotundum tritt mitunter Myosis auf.

Beweis für das Gelingen ist Auftreten von Anästhesie in dem betreffenden peripheren Nervengebiet. Wenn der Alkohol statt in das Foramen infraorbitale auf die Vorderfläche des Oberkiefers gespritzt wird, entsteht vorübergehende Lähmung der dort liegenden Facialisäste. Bei Injektion ins Foramen ovale tritt stets halbseitige Lähmung der Kaumuskeln auf infolge Degeneration des dieselben versorgenden Nerven. Oft bestehen anfangs Parästhesien (unangenehmes Jucken, Nadelstiche) in den anästhetischen Zonen.

Die bereits chirurgisch vorbehandelten Fälle gaben infolge der narbigen Veränderungen eine schlechtere Prognose als die nicht chirurgisch behandelten.

S. hat im ganzen 63 Fälle verschiedenster Art mit bestem Erfolge behandelt. Die Wirkung hält bis zu 24 Monaten an, aber auch schon nach 4—6 Monaten gab es Rückfälle, die dann, von neuem hehandelt, immer seltener werden.

Bei den hartnäckigsten, allen anderen Eingriffen widerstehenden Neuralgien beabsichtigt S. nach Spaltung der Weichteile und Resektion des Jochbogens das Ganglion Gasseri aufzusuchen und Alkohol in dieses zu injizieren.

Fehre (Freiberg).

---

11) **K. Wahl** (München). Was dürfen wir von der heutigen Skoliosenbehandlung erwarten?

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 28.)

W. beantwortet obige Frage in bezug auf die beweglichen Skoliosen dahin, daß die Resultate ihrer Behandlung durchgehends sehr erfreuliche seien, wenn auch die Dauer der letzteren mindestens 3 Monate, in manchen Fällen bis 2 Jahre beträgt. Den Angelpunkt der Therapie bildet die orthopädische Gymnastik, die intensiv, nicht nur täglich, sondern mehrmals am Tage an orthopädischen Hausturngeräten betrieben werden muß. W. verwendet hierfür einen kombinierten Apparat, bei dem der Widerstand durch kräftige Gummikabel gegeben ist. Bei der fixierten Skoliose benutzt er jetzt für die Nacht

nach mehrfachen anderen Versuchen ein Reklinationsbett, das aus einem gepolsterten Brett mit eingebauten Schiebern besteht und eine ähnlich stark redressierende Wirkung wie der Gipsverband ausübt; in ihm drückt die ganze Köperlast auf den Rippenbuckel, während die eingesunkene Thoraxpartie frei in der Luft schwebt. Außerdem bedient sich W. noch eines ganz besonders kräftig wirkenden Turngerätes, das aus einer Glisson'schen Schwebe und einer am Scheitel der Abbiegung der Wirbelsäule seitlich angreifenden Gabel zusammengesetzt ist (Abbild.). Sonst kommen noch leichte orthopädische Stoffkorsette mit Schienen zur Anwendung. Die Resultate W.'s waren befriedigende; Heilungen wurden aber nicht erzielt.

Kramer (Glogau).

---

12) **Poirier** et **Piqué.** Anatomie chirurgicale de la région hyo-thyro-épiglottique.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 7.)

Als Regio hyothyreoepiglottica beschreiben Verff. auf Grund von 40 Leichenuntersuchungen jene dreiseitig-pyramidenförmigen Räume, welche symmetrisch zu beiden Seiten des sagittalen und medianen Septum subhyoideum gelegen und vorn durch die Membrana hyothyreoidea, hinten durch die Epiglottis und oben durch die Membrana hyoepiglottica begrenzt werden. Nach unten schneiden sie mit dem Ansatz des Kehldeckels an den Schildknorpel ab, lateralwärts reichen sie bis zur Durchtrittsstelle des N. laryngeus superior durch die Membrana hyothyreoidea. Sie sind ausgefüllt von je einem Fettkörperchen, das an der medialen Scheidewand und dem Kehldeckel befestigt, sonst aber frei beweglich ist und als Gleitorgan für die Bewegungen des Kehlkopfes, Kehldeckels und Zungengrundes angesehen werden muß.

Chirurgisch wichtig ist die Gegend, weil sich hier mitunter Zellgewebsentzündungen abspielen, die zu Stenosenerscheinungen, Schluckbeschwerden und Heiserkeit Veranlassung geben und sich seitlich vom Schlund- oder Kehlkopf ausbreiten können. Für die Pharyngotomia transversalis (Malgaigne) und transhyoidea (Vallas) bildet sie einen Teil des Zugangsweges.

Gutzeit (Neidenburg).

---

13) **J. Fabre** et **L. Thévenot.** Le goitre chez le nouveau-né.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 6.)

In kropfreichen Gegenden wird der Kropf beim Neugeborenen gar nicht so selten angetroffen. Sicherlich haben territoriale Einflüsse hierbei eine größere Bedeutung als die Erblichkeit. Das besonders beim Fötus reich entwickelte Venennetz der Schilddrüse schafft eine größere Neigung; die Stauung durch den Druck der Gebärmutter beim Geburtsakt, das Schreien und Pressen des Säuglings fördern das Wachstum. Die diffusen parenchymatösen oder Gefäßkröpfe überwiegen; sie schnüren zuweilen in Form eines Ringes Luft- und Speiseröhre ein und führen dann zu den »Asphyxies foudroyantes«, die dem kaum Geborenen unter heftigsten Erstickungserscheinungen das Leben

rauben. Häufiger sind jedoch zwar schwere, aber mit dem Fortbestand des Lebens vereinbare Formen mit andauernder oder intermittierender Atemnot und die gutartigen Kröpfe, die nur unbedeutende oder zunächst gar keine Störungen verursachen und daher oft unbemerkt bleiben können.

Für die Diagnose ist zu beachten, daß die Schilddrüse beim Neugeborenen auf dem Schildknorpel oder gar über ihm liegen kann.

Von chirurgischen Eingriffen ist der Luftröhrenschnitt wegen der Gefahr der Blutung und der Bronchopneumonie streng zu verwerfen. Die Durchschneidung des Isthmus und die Exothyropexie kommen am häufigsten in Frage. Prophylaktisch empfehlen die Verff., Schwangeren in kropfbelasteten Gegenden nur gekochtes oder aus kropffreien Gebieten stammendes Wasser und Jodpräparate zu geben.

Gutzeit (Neidenburg).

---

14) **McLennan.** An experimental investigation into the function of the thymus gland.

(Glasgow med. journ. 1908. August.)

An jungen Kaninchen und Kätzchen hat Verf. die Exstirpation der Thymus vorgenommen. Die Kaninchen wurden aus einem etwa 6 Wochen alten Wurf ausgewählt und die übrigen Tiere als Kontrolltiere betrachtet; die Technik des Vorgehens wird genau beschrieben.

Auffallend war es, wie schnell die Tiere, die den Eingriff überstanden hatten, sich erholten; nach wenigen Tagen bereits begannen sie außerordentlich stark zu fressen und erwiesen sich in der Folgezeit als weit widerstandsfähiger gegen Krankheiten (Favus, Enteritis, Coccidiosis, Tuberkulose), als die Kontrolltiere.

Entsprechend der gesteigerten Nahrungsaufnahme wurde das Gewicht viel höher als das der nicht operierten Tiere.

Bei mikroskopischer Untersuchung wurde an Milz und Knochenmark — über die Zeit seit der Operation wird nichts gesagt — nichts Ungewöhnliches gefunden. Die durch vier Mikrophotogramme illustrierten Befunde an den Wachstumszonen der Knochen lassen auf besonders lebhaftes Knochenwachstum schließen.

Bemerkenswert und anscheinend bisher noch nicht bekannt ist der Umstand, daß mit der Fortnahme der Thymus ein Kleinerwerden der Schilddrüse Hand in Hand geht; das Organ wird relativ zellreicher, es besteht aus drüsigem Gewebe mit sehr wenig Zwischengewebe (zwei Mikrophotogramme).

Analog den Ergebnissen von Blumreich und Jakobi konstatierte Verf. andererseits ein Verschwinden der Thymus nach Entfernung der Schilddrüse.

Vier Tiere hatten rachitische Erscheinungen; zwei wurden ihrer Thymus beraubt, zwei aber nicht; auf die Rachitis wurde ein Einfluß dadurch nicht ausgelöst.

Verf. hat auch drei Kindern wegen Atmungsbehinderung die Thymus exstirpiert, stets mit Erfolg.

Man darf aber Milz und Thymus nicht zusammen entfernen, das hat stets den Tod der Versuchstiere zur Folge gehabt.

Ist man bei Morbus Basedow genötigt, die Schilddrüse, wenn auch partiell, zu entfernen, so rät Verf., erst auf eine eventuell vergrößerte Thymus zu fahnden und sie vorher zu beseitigen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

15) **Polito.** Un caso di pleurite essudativa curato con l'emiesotorace (Scarpa).

(Nuova Revista clinico-terapeutica 1908. XI, 7.)

Verf. empfiehlt auf Grund eines an der De Renzi'schen Klinik beobachteten Falles die von Scarpa 1906 empfohlene mechanische Behandlung der exsudativen Pleuritis. Durch einen besonders konstruierten Apparat — den Hemiexothorax — wird die gesunde Thoraxhälfte immobilisiert und dadurch die kranke Seite zur Hyperfunktion gezwungen, die wiederum ein rascheres Aufsaugen des Exsudats bedingt. Die Behandlung wurde in 15 Sitzungen von 20 bis 90 Minuten Dauer vorgenommen und ergab keine besonderen Störungen. Während der Behandlung zeigte sich eine vorübergehende Blutdruckherabsetzung und Pulsbeschleunigung.

Der heilende Einfluß der mechanischen Behandlung zeigte sich nicht allein in vermehrter Diurese, sondern ließ sich auch bald durch Auskultation und Perkussion, sowie noch exakter durch genau wiedergegebene Messungen der respiratorischen Kapazität feststellen.

Strauss (Nürnberg).

---

16) **d'Este** (Pavia). La chirurgia del pericardio e del cuore. (Dissertazione di libera docenza. 499 S., 33 Fig. u. 1 Tafel.)

Pavia, **Marelli**, 1907.

Diese umfangreiche Habilitationsschrift enthält eine umfassende und detaillierte Darstellung alles dessen, was in der Literatur über die Chirurgie des Herzbeutels enthalten ist. — Eingehend ist die einschlägige Anatomie behandelt. Verf. hat an 23 Leichen eigene Untersuchungen, besonders über die Topographie der Vasa mammaria interna und jene des Mediastinum anticum ausgeführt. Er hat gefunden, daß die Größe jenes Teiles des Perikardium, der von den Pleurablättern nicht bedeckt ist, das Spatium interpleuricum, außerordentlich wechselt und oft sehr klein ist, woraus die wechselnde Gefahr der Pleuraeröffnung bei Verletzungen und Operationen erhellt. — In einem zweiten Kapitel werden die Tierversuche abgehandelt, zu denen Verf. ebenfalls persönliche Beiträge über die Technik der Herznaht liefert, die zu abschließenden Resultaten noch nicht geführt haben. Das dritte und vierte Kapitel enthält Abhandlungen der chirurgischen Erkrankungen des Herzbeutels und des Herzens. Hieran schließt sich das Kapitel über die Freilegung des Herzens. Verf. gibt im allgemeinen dem Vorgehen nach Farina und Wilms den Vorzug, das er eingehend an der Leiche studiert hat. — 18 Seiten Literatur-

verzeichnis und eine 78 Seiten umfassende tabellarische Übersicht aller publizierten Fälle von ausgeführter Herznaht beschließen das Buch.

A. Most (Breslau).

---

17) **Parlavecchio.** Pericardiectomia sperimentale e sue possibili applicazioni terapeutiche.

(Policlinico, sez. chir. 1908. XV, 8.)

P. geht davon aus, daß es noch nicht entschieden ist, ob man das Perikard beim Menschen ohne besondere Gefahr in großer Ausdehnung resezieren kann. (Die recht ansehnliche Literatur über Cardiolysis scheint dem Verf. entgangen zu sein, da er angibt, daß der Delorme'sche Vorschlag keine Anwendung gefunden habe. Ref.) Es werden daher zunächst 18 Fälle aus der Literatur angeführt, bei denen die Autopsie als Zufallsbefund einen mehr oder minder vollständigen Defekt des Perikardium ergab, und die fast alle im Leben ohne nennenswerte Beschwerden waren. Des weiteren werden die experimentellen Untersuchungen Amerio's referiert, der bei Kaninchen nach der Wegnahme des Perikards niemals besondere Schädigungen gesehen haben will. Dieser Annahme glaubt P. entgegentreten zu müssen, da er bei sieben Versuchen an Hunden nach der Wegnahme des Perikards trotz Heilung per primam Abmagerung und Hypertrophie des linken Ventrikels sah. Ausgiebige Resektionen wurden besser vertragen als solche kleineren Umfanges, die oft zu ausgedehnten Verwachsungen Veranlassung gaben. Die Durchtrennung des linksseitigen N. phrenicus verursachte keine Störung der Zwerchfellbewegungen.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Perikardektomie nur in jenen Fällen vorgenommen werden soll, in denen sie eine lebensrettende Operation darstellt. Hier kämen in erster Linie Mediastinalgeschwülste in Betracht, die auf den Herzbeutel übergreifen; sodann chronische Entzündungen, die trotz Perikardiocentese und -tomie fortbestehen und das Leben gefährden. Die hierbei nicht vermeidbare Pleurainfektion schätzt P. gering ein, da eine Pleuritis weniger gefährlich und leichter zu bekämpfen sei als eine Perikarditis.

Für die Operation selbst empfiehlt P., einen möglichst breiten Zugang zu schaffen, wozu der Rydygier'sche Lappen- oder ein Türflügelschnitt in Betracht käme. Die Schonung der linken Pleurahöhle läßt sich nicht immer durchführen und sei auch für die meisten Fälle ohne besonderen Wert. Der N. phrenicus der linken Seite ist nicht unbedingt zu erhalten, da die Resektion desselben keine Störung der Zwerchfellbewegung bedingt, dagegen muß jede Verletzung des rechtsseitigen Phrenicus und der rechtsseitigen Pleurahöhle vermieden werden, um Zwerchfellslähmung und doppelseitigen Pneumothorax auszuschalten.

Strauss (Nürnberg).

---

18) **Heile** (Wiesbaden). Zur Operation und Nachbehandlung des Brustkrebses.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 30.)

Statt durch Extension bzw. Suspension des Armes der operierten Seite nach Leser sucht H. die Beweglichkeit im Schultergelenk durch Verpflanzung des Musc. pectoralis minor auf die bloßgelegten Achselgefäße und frühzeitige Bewegungsversuche des freigelassenen Armes zu erhalten. Nach Entfernung der Brust mit dem Kocher-schen Hautschnitt, der vor der vorderen Achselfalte endet, wird der Musc. pectoralis minor, sofern nicht, wie stets der Pectoral. major, fortgenommen werden mußte, von seinen Rippenansätzen abgelöst — unter Erhaltung seiner Insertion am Processus corocoideus —, über die bloßgelegten Achselgefäße ausgebreitet und am M. cucullaris und serratus angeheftet. Die Hautnahtlinie kommt breit median von den Achselgefäßen zu liegen. Der Arm bleibt außerhalb des zirkulären Verbandes, und wird die Pat. schon am nächsten Tage zu Bewegungsversuchen mit ihm angehalten. — Wenn auch der M. pector. minor späterhin atrophiert, so verhindert er doch während der Wundheilung eine Verwachsung der Haut mit den Achselgefäßen und das Eintreten von Stauungen. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

19) 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln im September 1908.

Abteilung für Chirurgie und kombinierte Sitzung der chirurgischen und internen Abteilung.

Berichterstatter: GOEBEL, Köln.

(Schluß.)

a. Reerink (Freiburg). Über die Wirkung der Cavaunterbindungen auf die Nieren. (Experimentelle Untersuchungen.)

R. berichtet über die Resultate einer größeren Anzahl von Experimenten an Hunden; er konnte eindeutig feststellen:

1) Unterbindung der Cava inferior unterhalb der Venae renales wird von Hunden jeglichen Alters anstandslos vertragen; irgendwelche besondere Erscheinungen treten danach überhaupt nicht auf.

2) Unterbindung der Cava inferior nebst Unterbindung einer Vena renalis bzw. Unterbindung der Cava zwischen den Einmündungsstellen der Venae renales (die Einmündungsstellen können bis zu 2 cm Abstand voneinander haben) sind ebenfalls gefahrlos; die »gestaute« Niere schwillt fast sofort auf das Doppelte bis Dreifache ihres Volumens an, ohne daß es aber histologisch zu schweren Veränderungen kommt; aber noch bis nach 3 Wochen erhielt sich das Gewicht der normalen zur »gestauten« Niere in mehreren Fällen ca. wie 50 g zu 70 g, ohne daß stärkere Bindegewebsbildung stattgefunden hatte. Wie die Autopsien zeigten, nimmt das Blut hauptsächlich seinen Weg durch die sog. Vena abdominalis, die außer Muskelästen Zweige zum Nierenfett und zur Nierenkapsel sendet und mehrfache Verbindungen mit der Vena phrenica eingeht. Die Cava ist dabei unterhalb der Unterbindungsstelle nicht thrombosiert, es muß also noch eine Art rückläufigen Transportes zwischen der offen gebliebenen Vena renalis und den weiter unten abgehenden Ästen, insbesondere der Vena abdominalis, stattfinden.

3) Auch die brüske Unterbindung der Cava inferior oberhalb beider Venae renales wird ertragen, wenn man junge Tiere wählt, den Eingriff im leichten Ätherrausch (ohne Morphium und Chloroform) vornimmt und aseptisch arbeiten kann. Ältere Tiere überstehen den Eingriff schwer (von acht Hunden nur zwei, und zwar männliche Exemplare, während die weiblichen alle starben), und auch bei jungen Hunden genügt Infektion der Bauchwunde, um das Resultat in Frage zu stellen. Immerhin blieben bei den genannten Kautelen sechs junge Tiere nacheinander am Leben; die Cava zeigt sich dann von der Unterbindungsstelle bis zur Teilungsstelle der Iliacae thrombosiert; die Venen des Nierenfettes und der Nierenkapsel sind noch nach 3 Wochen prall gefüllt. Anastomosen mit der Vena abdominalis lassen sich nicht nachweisen, letztere erscheinen im Gegenteil auf beiden Seiten fest obliteriert. Stauungserscheinungen an den hinteren Extremitäten fehlten vollständig. Die Nieren selbst sind zu dieser Zeit makroskopisch wieder völlig normal und lassen zunächst auch histologisch keine Besonderheiten erkennen. — Injektionsversuche am Kadaver nach Unterbindung der Cava sind nach R. wertlos, da sie nicht den geringsten Anhaltspunkt geben, welche Bahnen bei diesen starken Stauungen im uropoetischen System wirklich benutzt werden. — In mehreren histologischen Präparaten macht es den Eindruck, als ob die arteriellen Gefäße vergrößert und vermehrt wären; hierüber sind weitere Untersuchungen notwendig, besonders nach längerer Dauer der Unterbindung, da diese Tatsache der vermehrten arteriellen Blutzufuhr bei den hochgradigsten venösen Stauungen imstande wäre, neue Erklärungen für die physiologische Pathologie im Nierensystem zu geben. (Selbstbericht.)

b. Graff (Bonn): Über Massenblutung aus wenig veränderten Nieren.

Die Quelle der Blutung ist leicht festzustellen, die Ursache sehr viel schwerer, zuweilen unmöglich, auch nach Freilegung der blutenden Niere. Wenn auch kleinere parenchymatöse oder interstitielle Veränderungen mikroskopisch meist vorhanden sind, so stehen sie doch nicht im Einklang mit der Stärke der Blutung. In wenigen Fällen ergab aber auch die genaueste Durchforschung der exstirpierten Niere ein vollkommen gesundes Organ. Der Kernpunkt der noch unaufgeklärten Sache liegt darin, ob die Niere wirklich gesund ist, oder ob nicht die Blutungen ein Prodromalsymptom einer beginnenden Nephritis sind. Letzteres ist jedenfalls häufiger wie ersteres. Nach kurzem Bericht über einen hierhin gehörigen Fall bespricht Vortr. die Therapie, die in der operativen Freilegung der Niere und Dekapsulation oder besser Nephrotomie zu bestehen hat. Nephrektomie kommt nur in Frage, wenn erstere erfolglos geblieben ist.

(Der Vortrag erscheint in extenso in den »Folia urologica«.)

(Selbstbericht.)

c. Krönlein (Zürich). Über Prognose und Therapie der Nierentumoren.

K. hat in den Jahren 1885—1908 25 Kranke mit Nierentumoren operiert und dabei immer die totale Nephrektomie ausgeführt, mit Ausnahme eines Falles von Nierenechinokokkus, bei dem er durch extraperitoneale breite Eröffnung des Tumorsackes schnelle Heilung erzielte. Die Operationsmortalität der 25 Fälle beträgt 8%, von 22 Fällen maligner Tumoren 9%. Bei allen Tumoren wurde die Diagnose durch den operativen Befund bestätigt, für gewöhnlich aber ist eine differential-diagnostische Unterscheidung der verschiedenen bösartigen Nierengeschwülste, der Hypernephrome, Karzinome und Sarkome vor der Operation nicht möglich. Es gibt Fälle von polycystischem Nierentumor, bei denen die Nephrektomie dem Chirurgen zur Pflicht, die Ablehnung der Operation zur Unterlassungssünde werden kann. In einem noch lebenden Falle besteht eine Dauerheilung von 10 Jahren. Auch nach geglückter Operation ist die Prognose schlecht, da Rezidive die Regel sind; die Karzinomrezidive treten früher auf als die der anderen Geschwülste. Spätrezidive können bei Hypernephromen noch nach 6, sogar noch nach 11 Jahren auftreten; gleichwohl sind Dauerheilungen sicher festgestellt. Bei

einem noch lebenden Pat. hat Vortr. durch Exstirpation eines Nierenkarzinoms eine Dauerheilung von 23 Jahren beobachtet. Wie schon an anderer Stelle, so bekennt sich K. auch hier als Freund der Äthernarkose, die er für die Nierenchirurgie für die zweckmäßigste hält; nicht zu empfehlen ist in dieser letzten Beziehung die Lumbalanästhesie. Als Operationsmethode für die Exstirpation von Nierentumoren hat sich K. der retro- oder paraperitoneale Flankenschnitt am meisten bewährt. Das Grégoire'sche Radikalverfahren der Exstirpation bösartiger Nierengeschwülste ist zu verwerfen. (Selbstbericht.)

Diskussion Riedel (Jena) empfiehlt den transperitonealen Schnitt.

Goebel (Köln).

d. G. A. Wollenberg: Die Ursache der Arthritis deformans im Lichte des Experimentes.

W. hat auf Grund von Literaturstudien, von anatomischen Untersuchungen und von klinischen Beobachtungen die Überzeugung gewonnen, daß sämtliche Vorgänge, welche in den ein Gelenk versorgenden Blutgefäßen eine länger dauernde Behinderung der arteriellen Zirkulation, eine Stauung im venösen Kreislaufe hervorrufen, zur Entstehung der Arthritis deformans die Veranlassung geben können. Von dieser Voraussetzung ausgehend, hat W. versucht, durch zeitweise Abschneidung der Ernährung an einem an der Bildung eines Gelenkes teilnehmenden Skeletstück Arthritis deformans experimentell beim Tiere zu erzeugen. Zu diesem Zwecke wurde bei Hunden die bloßgelegte Patella durch die Gelenkkapsel fassende Knopfnähte umnäht. Nach $^1/_2$ Jahre hatte sich, wie das Röntgenbild und die histologische Untersuchung zeigt, eine überaus hochgradige Arthritis deformans der Patella mit mächtigen Knochenwucherungen in die Quadricepssehne hinein eingestellt. (Demonstration von Röntgenbildern und Mikrophotogrammen.) — Die Versuche wurden weiter in mannigfacher Weise variiert. W. verspricht sich von denselben nicht nur eine Klärung der Ätiologie, sondern auch manchen wichtigen Aufschluß in noch strittigen anatomischen Fragen. (Selbstbericht.)

Diskussion: Müller (Rostock) betont, daß unzweifelhaft in der Störung des Gelenkmechanismus ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Arthritis deformans liege, deren Ätiologie im übrigen noch so viele Rätsel berge.

Preiser (Hamburg) hebt die schon an anderer Stelle betonte Bedeutung der statischen Veränderungen im Skeletsystem für die Ätiologie der Arthritis deformans nochmals hervor. Die Berechtigung seiner Anschauungen wird ihm durch die Wirksamkeit der Therapie bestätigt. Goebel (Köln).

e. Preiser (Hamburg): Über pathologische Gelenkflächeninkongruenz als Ursache von Arthritis deformans.

P. macht auf eine pathologische Gelenkflächeninkongruenz aufmerksam, die in der Ätiologie der Arthritis deformans die Hauptrolle zu spielen scheint und die er einteilt in eine anatomische und funktionell-habituelle Art. An der Hüfte z. B. kann durch primäre Variation der Pfannenstellung dauernd ein Teil der Schenkelkopfknorpelfläche außer Artikulation gesetzt und so durch Atrophie der unbenutzten Knorpelfläche eine Arthritis deformans eingeleitet werden. An der Hand von Lichtbildern geht P. auf die verschiedenen Entstehungsarten und -möglichkeiten des Malum coxae senile ein. — Auch am Knie kann es durch statische Störungen, wie Plattfüße, Genu valga usw. zu einer pathologischen Gelenkflächeninkongruenz kommen, indem dann im Röntgenbild der laterale Tibiakondylusschatten teilweise frei unter dem Femurschatten hervorragt und so atrophieren und zur Arthritis deformans führen kann. — Am Ellbogen entsteht ein teilweises Hervorragen des Radiusköpfchens, ganz ähnlich wie am Knie bei der Tibia. P. zeigt auch hier Röntgenbilder von Gelenkinkongruenz und daraufhin eingetretene Arthritis deformans. — Auch an der Schulter ist der Gelenkinkongruenz als Ursache der Arthritis deformans der Hauptanteil einzuräumen; auch an der Symphysis sacro-iliaca und am ersten Metatarsophalangealgelenk. Bei letzterem kann man oft eine Art Spornbildung beobachten, die sich aber durch Leichenuntersuchungen als osteo-



phytäre Knochenbildung nachweisen ließ infolge Arthritis deformans. Man wird deshalb mehr wie bisher auf pathologische Gelenkflächeninkongruenz zu achen haben. (Selbstbericht.)

f. W. Müller (Rostock): Operative Behandlung der Arthritis deformans.

Obgleich wohl die Mehrzahl der Chirurgen eigene Erfahrungen über Operationen bei Arthritis deformans zu sammeln in der Lage war, ist die in der Literatur niedergelegte Kasuistik relativ klein. Vortr. hat Beobachtungen an 106 Fällen klinisch behandelter Arthritis deformans gesammelt. In 27 Fällen erschien operative Behandlung angezeigt, die übrigen wurden konservativ-symptomatisch, viele mit Injektionen behandelt (Öl). In 18 Fällen wurde reseziert (meist Hüftgelenk), neunmal wurde Arthrektomie bzw. Arthrotomie gemacht. Im ganzen war ja der Erfolg hinsichtlich des Verschwindens der subjektiven Symptome, des Schmerzes nach fast all diesen Operationen ein guter, die funktionellen Resultate ebenfalls gute. Was die Frage der Rezidive betrifft, so wird ziemlich allgemein berichtet, daß solche nicht eintreten. Vortr. hat aber 10 Jahre nach einer Arthrektomie mit anfänglich sehr gutem Erfolg ein schweres Rezidiv (Kniegelenk) beobachtet. Er regt an, gerade die Rezidivfrage aufs neue zu prüfen, zumal über gar manche Fälle das Dauerresultat nicht bekannt geworden ist. Die sichersten Erfolge ergibt die künstliche Versteifung schwer erkrankter Gelenke (Knieresektion); aber die Tatsache, daß auch recht ungründliche Operationen nicht selten günstigen Erfolg hatten, ist ohne weiteres nicht recht verständlich. Vortr. glaubt, daß durch genauere Untersuchungen der früher Operierten vielleicht auch Anhaltspunkte für die noch immer dunkle Ätiologie des Leidens sich ergeben können, daß letzteres mehr ein sekundärer Vorgang ist, der wie zum Trauma, so zu jeder Form der Gelenkentzündung und zu älteren Deformationen sich hinzugesellen kann; das wird auch von neueren Autoren mehr und mehr angenommen (Hoffa-Wollenberg). Es sind nach Ansicht des Vortr. keineswegs bloß die weit vorgeschrittenen Fälle, welche wegen der starken Beschwerden zur Operation Anlaß geben, vielmehr stehen die Veränderungen im Gelenk öfter im Mißverhältnis zu den subjektiven Beschwerden: Sehr schwere Veränderungen, multiple Gelenkmäuse, und keine Beschwerden, ein andermal nur geringe Abschleifung, keine Kapselverdickung und sehr heftige Schmerzen. Da wir noch weit davon entfernt sind, bestimmte Indikationen für die operative Behandlung der Arthritis deformans zu fixieren, so möchte Vortr. auffordern, die Frage an der Hand weiterer Kasuistik aufs neue zu prüfen. (Selbstbericht.)

g. Marwedel (Aachen): Chirurgische Behandlung von Lähmungen des Oberarmes.

Vortr. hat vor 5 bzw. 4 Jahren dreimal chirurgische Eingriffe am Plexus cervicalis vorgenommen zur Beseitigung von Oberarmlähmungen. Im ersten Falle (Narbenexzision und Neurolyse des Plexus nach Geburtslähmung) völlige Heilung. Im zweiten Falle (einer poliomyelitischen Lähmung) wurde aus dem achten Cervicalnerv ein Streifen abgespalten und absteigend in den fünften und sechsten Cervicalnerv eingepflanzt: nach 2 Jahren sehr bedeutende, zum Teil vollkommene Wiederherstellung der Oberarmlähmung; dagegen blieb partielle Lähmung der Hand (Radialis) zurück, die durch Nachoperationen zum Teil korrigiert wurde. Ein dritter Pat. starb leider 3 Monate nach seiner geheilten Operationswunde an Pneumonie. — Vortr. faßt die bisherigen Ergebnisse der Operationen am Plexus zusammen und empfiehlt das bisher nur wenig bearbeitete Gebiet allgemeinerem Studium und Interesse. (Selbstbericht.)

Diskussion: Bardenheuer (Köln) hat 2 Fälle von Lähmungen im Gebiete des Plexus cervicalis mit sehr gutem Erfolg operiert und verweist auf seine demnächst in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie über das Thema erscheinende Arbeit. Die Lähmungen entstehen nach Frakturen und Oberarmluxation, und oft sind es sogar viel leichtere Verletzungen, die in ihren Folgeerscheinungen zu Nervendegenerationen führen. Wenn nach anfänglicher Steigerung der galvanischen Erregbarkeit ein Schwinden der Erregbarkeit zu beobachten ist, wenn Muskelatrophien

eintreten, dann heißt es operieren! Wir waren bisher auf diesem Gebiete viel zu konservativ. Der operativ behandelte Nerv wird unter viel günstigere Heilungsbedingungen gestellt. Bei der Operation werden Blut und Gewebsfetzen entfernt und so eine Narbenbildung verhindert, die den gerissenen Nervenfibrillen große Hindernisse bei ihrer Wiedervereinigung entgegensetzen; die gerissenen Nervenenden können exzidiert und damit glatte Verhältnisse geschaffen werden. Die Zerreißung der Blut- und Lymphgefäße innerhalb der in seiner Kontinuität noch nicht zerrissenen Nerven kann zu Entzündungserscheinungen und sekundär zu degenerativen Vorgängen im Nerven führen. Aus allen diesen Gründen soll man mit dem operativen Eingriff nicht zögern. Goebel (Köln).

h. Ernst Mayer (Köln). Zur Behandlung schwerer Kinderlähmungen (mit Demonstrationen).

Vortr. bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Lähmungen und glaubt, daß man auch in den schwersten Fällen mit Sehnenüberpflanzungen, event. mit Arthrodese einzelner Gelenke verbunden, ein Resultat erzielen kann. Wichtig dabei ist, bei Kontrakturen eine Redression der Deformität — wenn nötig in einer besonderen Sitzung — vorzunehmen. Ebenso ist eine nachlässig oder falsch durchgeführte Nachbehandlung häufig schuld an einem Mißerfolg. Vortr. sah z. B., wie Masseure Kniegelenke, die mit großer Sorgfalt durch eine Quadricepsplastik tendinös fixiert waren, mit Gewalt zu beugen versuchten. Die Überpflanzung wird meist von Sehne auf Sehne ohne Verlängerung durch Seidenfäden vorgenommen.

Zur Demonstration gelangten 4 Pat., die durch Sehnenüberpflanzung wieder gehfähig gemacht worden waren, darunter ein 5½jähriger imbeziller Knabe mit spastischer Lähmung und ein 30jähriger Mann mit spinaler Lähmung, der bis zu seinem 27. Lebensjahre auf den Knien gerutscht war. (Selbstbericht.)

i. Zur Verth (Berlin): Zur Mechanik und Diagnose der schnappenden Hüfte.

Die schnappende Hüfte entsteht durch das Gleiten eines sehr starken Verstärkungsstreifens der Fascia lata über den Trochanter major. Dieser Verstärkungsstreifen, den Redner mit dem Namen Tractus cristo-femoralis belegt, kommt oben von der Crista ossis ilei, geht nach unten zum Teil mit der Sehne des Glutaeus maximus an den Trochanter tertius, zum Teil in den Maissiat'schen Streifen — Tractus ilio-tibialis — über. An ihm inserieren von hinten die Fasern des Gluteus maximus.

Jeder, der es versteht, seine Muskeln einzeln oder gruppenweise zu kontrahieren und zu erschlaffen, ist in der Lage, das Phänomen der schnappenden Hüfte zu erzeugen. Den Mechanismus teilt Redner in eine vorbereitende und ausführende Phase. Zur Vorbereitung wird das Bein, das schnappen soll, zum Standbein gemacht und die gegenüberliegende Seite gesenkt. Beide Bewegungen spannen den Tractus cristo-femoralis an. Zur Ausführung wird das Becken im Hüftgelenk gegen den Oberschenkel des Beines, das schnappen soll, etwas gebeugt und das Becken im Sinne der Verschiebung der Front nach der der schnappenden Hüfte entgegengesetzten Seite rotiert. Ist der Glutaeus maximus völlig erschlafft, so tritt in diesem Moment das Schnappen ein. Zur Rückkehr in die Ausgangsstellung wird nur der Glutaeus maximus kontrahiert. Er treibt vor allem den Trochanter major mechanisch unter den Tractus cristo-femoralis hindurch in seine Ausgangsstellung zurück.

Die Diagnose willkürliche Luxation ist nur erlaubt bei Nachweis des Kopfes des Hüftbeines außerhalb der Pfanne. (Selbstbericht.)

k. Bade (Hannover): Demonstration von elf unblutig behandelten, unter schwierigen Umständen zur Heilung gebrachten kongenitalen Hüftverrenkungen.

1) Zwei doppelseitige Fälle, kompliziert mit doppelseitiger Coxa vara. Einzeitig behandelt. Heilung seit 3 Jahren.



2) Ein doppelseitiger, kompliziert mit doppelseitiger Coxa valga. Zweizeitig behandelt. Heilung seit 2½ Jehren.

3) Drei einseitige, vorher anderwärts erfolglos behandelt, kompliziert durch hochgradige Anteversion. Heilung seit 6, 3 und 5 Jahren.

4) Eine einseitige, 15 Jahre alt. Anatomische und funktionelle Heilung, obwohl die Reposition im 13. Jahre stattfand.

5) Drei einseitige. Trotz hochgradiger Anteversion und sehr schlechter primärer Stabilität Heilung seit 4, 3 und 2 Jahren.

6) Ein einseitiger Fall mit Fehlen des knöchernen Kopfes, der sich nachträglich im ersten Jahre der Behandlung als unregelmäßiger Knochenkern bildete und jetzt, 3 Jahre nach der Reposition, als aus drei einzelnen Knochenkernen bestehend kenntlich ist.

In allen Fällen ist das funktionelle Resultat ein sehr gutes, in allen Fällen besteht konzentrische Einstellung der Köpfe. B. demonstriert die Fälle, um zu zeigen, daß es nicht berechtigt ist, wie kürzlich Deutschländer und Witzel verlangten, eine breitere Indikation für die blutige Einrenkung zu stellen. Erst dann, wenn eine blutige Behandlung für die bis jetzt unblutig irreponiblen Fälle bessere Prognose böte, sei es erlaubt, sie heranzuziehen. Das Mißlingen der unblutigen Behandlung sei bei jugendlichen Fällen, d. h. einseitigen Fällen bis zum 7., doppelseitigen bis zum 5. Jahre, in der Regel auf nicht genügende Technik zurückzuführen, nicht aber auf die anatomischen Verhältnisse. (Selbstbericht.)

l. Finsterer (Graz) berichtet über einen operativ behandelten Fall von kongenitaler permanenter Patellarluxation aus der Klinik Prof. v. Hacker's in Graz, bei dem durch schiefe lineare Osteotomie von hinten unten nach vorn oben nach erfolgter Korrektur des Genu valgum eine dauernde Reposition erzielt wurde, und schildert eingehend die Vorteile dieser Art der Osteotomie gegenüber den bei den sechs Fällen von operierter permanenter Patellarluxation angewandten Methoden. (Selbstbericht.)

Diskussion. E. Hoffmann (Düsseldorf) demonstriert unter Mitteilung der genaueren Technik einen 10jährigen Jungen mit operativ geheilter angeborener Patellarluxation.

m. Finsterer (Graz) bespricht an der Hand von vier Beobachtungen und 13 Fällen der Literatur den Entstehungsmechanismus und das klinische Bild der sehr seltenen isolierten Fraktur des Os lunatum und verweist ganz besonders auf zwei bisher wenig beachtete Symptome: Verkürzung des Abstandes des Köpfchens des *III.* Metacarpus von der Gelenkfläche des Radius, gesteigerte Schmerzhaftigkeit beim Einwirken einer Gewalt in der Längsachse des Metacarpus, durch welche die Stellung einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose ermöglicht wird. Die Prognose ist bezüglich der Gelenksfunktion ernst; therapeutisch kann die Exstirpation des zertrümmerten Os lunatum zur Verhütung einer sekundären Arthritis deformans in Betracht kommen, die in einem Falle mit Erfolg ausgeführt worden war. (Selbstbericht.)

n. Kuhn (Kassel): Improvisation stärkster Extensionen zur Behandlung von Frakturen usw. in der Praxis bei geringer Assistenz (mit Lichtbildern).

Redner demonstriert an der Hand zahlreicher Lichtbilder zunächst seine Improvisationsapparate und zeigt an vielen Beispielen, wie er mit seinen fünf Stammteilen (Stange, Rolle, Öse, Klammer und Schräubchen) alle Aufgaben der Gerätebehandlung in der Chirurgie und Orthopädie, in der Krankenbeförderung und der Krankenpflege löst. Tragapparate und Suspensionsgeräte, Extensionsmaschinen und Lagerungsapparate sieht man in bunter Reihe mit kleiner Mühe aus einfachen Urstücken ohne Mechaniker vor den Augen erstehen.

Insbesondere verbreitet sich Redner über die Verwendung dieser seiner Geräte zu Kraftzwecken und erörtert ein Verfahren improvisierter forcierter Extension mittels derselben zu Zwecken der Lagekorrektur von Frakturen oder Anlegung von Gipsverbänden. Das Verfahren setzt jeden Arzt auch bei beschränkter Hilfe

und beschränkten Mitteln in die Lage, allen einschlägigen Aufgaben vollkommen gewachsen zu sein.

Vor den Augen des Beschauers baut Redner ohne Mechaniker aus seinen primitiven Urelementen (einigen Ösen und einigen Stangen) eine Winde auf, welche Pferdekräfte zu leisten vermag.

Die Befestigung der Zugseile am Körper des Pat. geschieht mittels Schnüren, die über Filz laufen und mit eingegipst werden. Nach Erhärten des Verbandes werden sie durch weiteres Drehen der Winde entfernt. (Selbstbericht.)

o. Strauss (Barmen) demonstriert eine für die Saugbehandlung nach Prof. Bier dienstbar gemachte Wasserstrahlluftpumpe. Diese stellt eine einfache und billige, von jedem Arzt ausnutzbare Energiequelle dar. Sie läßt sich ohne jede weitere Vorrichtung an jedem Wasserhahn anbringen. Das Instrument besteht aus einem durch eine Düse verengtem Rohr mit seitlichem Ansatz. Verbindet man den seitlichen Ansatz durch einen Gummischlauch mit einer Glasglocke, so kann man mit diesem einfachen Apparat unter Umgehung von Gummibällen und Saugpumpen die Stauungsbehandlung nach Bier in bequemer Weise ausüben. Der Arzt ist nicht mehr auf den lästigen Handbetrieb angewiesen, sondern er reguliert mit seinem Wasserhahn in exakter Weise den Grad der Luftverdünnung. Die Wirkung läßt sich mit diesem Instrument gleichmäßiger und auch kräftiger als mit anderen Pumpen gestalten. Der Apparat kann auch für Ansaugung von Flüssigkeiten aus Körperhöhlen und zur Aufsaugung von Staub in Kranken- und Operationssälen Verwendung finden.

Bezugsquelle: Emil Jansen, Barmen, Wertherstraße. (Selbstbericht.)

p. Strauss (Barmen) beschreibt ein neues Dosimeter für die Röntgentherapie. Das Dosimeter ist ein offenes photographisches. Neben der zu bestrahlenden Stelle werden gelbe mit Asbest unterlegte Zelluloidküvetten befestigt. Die Befestigung geschieht mit Kartonhaltern, die mit Leukoplast auf die Haut geheftet werden und stets nur einmal gebraucht werden. Die Belichtung des Streifens, der in die mit einer Entwicklerlösung gefüllte Küvette geschoben wird, vollzieht sich unter den Augen des Arztes und unter Wirkung des Röntgenlichtes selbst. Das Reagenspapier macht eine Farbenskala durch. Hat man die gewünschte Dose erreicht, so zieht man den Streifen aus der Küvette, fixiert ihn und stellt an einer Standardskala die gegebene Dose fest. Die Streifen lassen sich dauernd aufbewahren. Bei diesem Dosimeter entfällt die umständliche Entwicklung in der Dunkelkammer, die beim Kienböck'schen Verfahren nötig ist. Es schaltet die Fehlerquellen dieses Verfahrens aus und gestattet die sofortige objektive Ablesung der gegebenen Dosen. Auch die Tiefendosen können mit Küvetten, die mit einer Aluminiumskala bedeckt sind, sofort abgelesen werden. Das Verfahren ist äußerst einfach und nicht mit nennenswerten Kosten verbunden. Das Instrumentarium wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt.

(Selbstbericht.)

---

20) **H. Ziegner.** Welche Vorzüge hat die Narkose bei verkleinertem Kreislauf und wie wirkt die von Klapp proponierte Autotransfusion?

(Med. Klinik 1908. p. 1577.)

Nach günstig ausgefallenen Kaninchen- und Affenversuchen hat Z. die Klapp'schen Abschnürungen auch an zu narkotisierenden Menschen vorgenommen, die meist an Wurmfortsatzentzündung litten. Das Verfahren gestattet, an Chloroform zu sparen. Die Kranken erwachten auffallend schnell aus der Betäubung, sobald die Binden gelöst waren, klagten über erhöhten Wundschmerz, blieben aber von allen weiteren üblen Nachwirkungen der Betäubung völlig verschont; insbesondere trat niemals Erbrechen auf. Einmal bestanden bis zum 4. Tage Parästhesien; dauernde Schädlichkeiten verursachte die Gummibinde niemals.

Georg Schmidt (Berlin).



21) **A. N. Mindlin.** Zur Frage von der Äthernarkose auf Grund von 1700 Beobachtungen.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 33.)

Die Beobachtungen betreffen das Material der Klinik von Tiling seit 1894. Ausführung der Narkose: jede halbe Minute werden 5 ccm aufgegossen, wobei darauf geachtet wird, daß Pat. möglichst wenig ohne Maske bleibt. Kinder bekommen die Hälfte. Nach Eintritt der Narkose wurde durchschnittlich nur 1,5—2,0 pro Minute verbraucht. Das Bewußtsein schwand nach 2—3 Minuten, die Anästhesie begann nach 5—6 Minuten. Komplikationen: vorübergehende Asphyxie 2mal, Erbrechen während der Narkose in 19,5%, nachher in 15%. Unvollständige Narkose 1mal, Pneumonie 1mal. Schlußfolgerungen: Die Äthernarkose ist in jedem Alter verwendbar (außer bei Kindern: in der Zahnungsperiode und bei Affektionen der Atmungsorgane). Dem Chloroform wird Vorzug gegeben nur bei akuter Rhinitis, akuter und chronischer Bronchitis, bei stark ausgeprägter Lungentuberkulose, endlich bei großen Kröpfen und anderen die Luftröhre zusammenpressenden Geschwülsten. — Die Äthernarkose übertrifft an Gefahrlosigkeit das Chloroform bei weitem. **E. Gückel** (Spassk, Rjasan).

22) **Burgsdorf.** De la transmission héréditaire de la syphilis à la troisième génération (kératite interstitielle comme symptome de la syphilis héréditaire à la troisième génération).

(Ann. de dermat. et de syph. 1908. p. 18.)

Bei einem $5\frac{1}{2}$ Jahre alten Mädchen bestand eine mehr als 2 Jahre alte Keratitis parenchymatosa. Pat. war sehr klein und schwach entwickelt und zeigte von sonstigen verdächtigen Erscheinungen eine säbelscheidenartige Veränderung der rechten Tibia. Durch eine Einreibungskur wurde sowohl die Keratitis geheilt, wie auch das Allgemeinbefinden in kurzer Zeit wesentlich gebessert. Verf. stellte fest, daß der Vater des Kindes offenbar an einer hereditären Lues gelitten hatte und deshalb von Kindheit an in Behandlung gewesen war.

Klingmüller (Kiel).

23) **Carle.** Notes sur l'influence comparée des générateurs dans l'hérédosyphilis.

(Ann. de dermat. et de syph. 1908. p. 93.)

Verf. teilt drei Fälle mit, wo Männer kurz nach der Infektion gesunde Kinder zeugten und ihre Frauen nicht ansteckten. Die lesenswerten Mitteilungen bringen manches Interessante. Verf. schließt sich der allgemeinen Ansicht an, daß die Syphilis der Väter weniger gefährlich sei für die Nachkommenschaft als die der Mütter. **Klingmüller** (Kiel).

24) **Hamel.** Traitement des syphilides par les injections mercurielles locales.

(Ann. de dermatol. et de syph. 1908. p. 280.)

Verf. berichtet über günstige Erfahrungen mit Einspritzungen von löslichen Hg-Salzen (Hg. cyanat. 1 : 2000) unter die syphilitischen Herde. Diese örtliche Behandlung empfiehlt Verf. besonders für ulzeröse Prozesse. Sie soll die allgemeine Behandlung nicht ersetzen, sondern unterstützen. **Klingmüller** (Kiel).

25) **B. K. Finkelstein.** Ein Fall von operativer Heilung der Arachnoitis adhaesiva cerebralis.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 37.)

26jährige Frau, IVpara, seit 7 Jahren starke Kopfschmerzen: Jodkali ohne Erfolg. Die letzten 5 Monate bedeutend schlechter: Erbrechen, seit 2 Monaten täglich; seit 6 Wochen Lähmung des linken Facialis; Gehen unmöglich. Parese

des linken Abducens; Stauungspapille beiderseits, Visus links $^{2}/_{60}$, rechts 0,3. Gehör links sehr herabgesetzt. Rachenschleimhaut auf Reiz reflexlos. Geschmacksempfindung fehlt. Linke Extremitäten paretisch. Diagnose: Geschwulst in der linken hinteren Gehirngrube. 18. März 1907 Operation. Hautmuskellappen mit unterer Basis; aus dem Knochen wird ein 4×5 cm großes Stück ganz entfernt; Lappenbildung aus der Dura. Nach Emporheben des Kleinhirns nach oben innen findet man eine Cyste im Kleinhirnbrückenwinkel, die bald platzte und etwa 100 g blutig-seröse Flüssigkeit entleerte. Die kontrahierte Cystenwand erschien als schmaler dünner Streifen eines losen, spongiösen Gewebes. Mit dem Finger konnte man anstandslos die hintere Fläche der Pyramide abtasten. Tampon unter die Kleinhirnhemisphäre, Duralappen nicht genäht, Naht des Hautmuskellappens. Blutung sehr gering. Operationsdauer 40 Minuten, Chloroformverbrauch 8 g. Nach 2 Tagen hörte das Erbrechen auf, doch begann eine Ophthalmie am linken Auge mit Geschwürsbildung an der Hornhaut. Die Facialislähmung ging nach und nach zurück. Nach 3½ Wochen hörte die Absonderung von Zerebrospinalflüssigkeit auf, und konnte Pat. wieder gehen. 1 Monat nach der Operation war V. rechts 0,5. Die Geschmacksempfindung kehrte wieder, auch das Gehör links wird besser. Status 1 Jahr nach der Operation; V. rechts 0,6, links $^{3}/_{60}$; das Hornhautgeschwür ging 1 Monat nach der Operation schon in Heilung über. Keine Kopfschmerzen, kein Schwindel. Pat. kann arbeiten und frei gehen, doch ist das linke Bein schwächer als das andere. Cornea reagiert auf Berührung. Gefühl in der Region des I. und II. Trigeminusastes links etwas schwächer als rechts. Geschmack normal. Pat. hat vor 3 Monaten normal geboren. In der Operationsgegend eine kindsfaustgroße Hernie, die Pat. nicht beunruhigt. **Gückel** (Spassk, Rjasan).

26) **Groves.** A case of severe trigeminal neuralgia successfully trated by excision of the Gasserian ganglion.

(Bristol med.-chir. journ. 1908. September.)

40jährige Pat. mit seit 5 Jahren bestehender schwerer Trigeminusneuralgie. Die Operation begann mit Freilegung und temporärer Unterbindung der A. carotis communis; trotzdem war nach Bildung des Schläfenlappens und Eröffnung der Dura die Blutung so erheblich, daß mit einem Saugapparat ähnlich dem Cathcart'schen Irrigator andauernd das Blut aus der Schädelhöhle entfernt werden mußte. Der einzige Vorteil der vorhergehenden Carotisunterbindung war der, daß die A. meningea media ohne Blutung durchtrennt werden konnte. Durchtrennung des 2. und 3. Astes des N. trigeminus. Beim Versuch, das Ganglion selbst auszulösen, erfolgte eine derartig heftige Blutung, daß die Wunde tamponiert, die Carotis definitiv unterbunden und die Operation abgebrochen werden mußte. Pat war 7½ Stunden lang bewußtlos. 5 Tage später zweite Operation, bei der die Entfernung des Ganglions leicht und ohne Blutung durchgeführt werden konnte. Glatte Heilung. 1 Jahr später bestand noch Anästhesie der rechten Wangen-, Lippen-, Gaumen- und Zungenhälfte, die Empfindlichkeit der Hornhaut war nur vermindert. Die histologische Untersuchung des Ganglion ergab keine pathologischen Veränderungen. **Mohr** (Bielefeld).

27) **M. P. Redard.** De l'électrolyse dans le traitement des angiomes et particulièrement des angiomes de la region parotidienne.

(Presse méd. 1908. Nr. 19.)

Verf., der schon wiederholt über dieses Thema berichtet hat, rühmt aufs neue die schnelle Wirksamkeit, Unschädlichkeit und einfache Technik. Ein großes Angiom der Parotisgegend bei einem 11 Monate alten Kinde wurde durch fünf elektrolytische Sitzungen in einigen Monaten geheilt. In gleicher Weise wurden große Angiome des Gesichts, der Zunge, der Augenlider, der Orbita schnell, dauernd und ohne den geringsten Zwischenfall geheilt. Bei sechs Angiomen der Parotisgegend wurde niemals der N. facialis verletzt.

Als negative Elektrode wird eine der Körperform möglichst angepaßte, mit Leder überzogene Metallplatte von Ring-, Halbmond- oder anderer Form benutzt, während der positive Pol durch eine oder mehrere feine Nadeln von Platin oder Gold gebildet wird. Narkose ist oft nützlich, Lokalanästhesie ist nicht brauchbar. Beide Pole sollen, um möglichst lokale Wirkung zu erzielen, einander tunlichst genähert werden. Die Nadeln sticht man anfangs am besten in der Peripherie der Geschwulst ein, um die zuführenden Gefäße zu veröden. Den Strom läßt man bei einer Nadeln mit 10—40 Milliampères, bei mehreren Nadeln mit 30—60 Milliampères 3—4 Minuten lang wirken.

Die Sitzungen sollen in Pausen von 14 Tagen bis zu 1 Monat wiederholt werden, je nach dem Fortschreiten der Rückbildung.

Wenn die Haut mit ergriffen ist, macht man am Schluß multiple oberflächliche Stichelungen mit negativer Nadel bei 10—12 Milliampères Strom.

Zwei Abbildungen. **Fehre** (Freiberg).

28) **Allen.** Injuries of the spinal cord.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 12.)

Bericht über 9 Fälle von Verletzung des Rückenmarkes; in 6 Fällen handelte es sich um Wirbelbrüche mit Dislokation, einmal um Kugelschuß, einmal um eine Wirbelverrenkung, die sich spontan reponiert hatte, einmal um eine Quetschung des Rückenmarkes ohne jede Schädigung der Wirbelsäule.

Ausschließlich liegen Fälle vor, die tödlich endigten und obduziert wurden. Verf. beschreibt in jedem Fall auch genau die mikroskopischen Veränderungen am Rückenmark.

In 3 Fällen war versucht worden, operativ Besserung herbeizuführen.

Bei einem Pat., dem durch einen Fall der Körper des 6. Halswirbels sowie die Laminae des 5. und 7. Halswirbels zerbrochen worden waren, der aber noch 1 Stunde weit mit Unterstützung hatte gehen können, bot das Rückenmark das Bild der Hämatomyelie.

Von Interesse ist auch Fall 8, der einen jungen Studenten betrifft. Beim Ringen hatte er plötzlich das Gefühl, als ob etwas in ihm zerbrochen wäre; er hatte die Symptome der Querschnittsläsion des Rückenmarkes. Nach 14 Tagen starb er. Die Obduktion ergab, daß der 7. Halswirbel luxiert gewesen war und sich spontan reponiert hatte. Das Rückenmark war an dieser Stelle stark gequetscht.

Endlich ist noch zu erwähnen ein Pat., der 8 Fuß hoch herabgefallen war, und zwar aufs Gesicht. Es bestand sofort Lähmung von Blase und Mastdarm, unvollständige Lähmung der unteren Extremitäten. Die Lähmungen nahmen zu, am 38. Tage starb Pat. Die Wirbelsäule war unversehrt. Aber erstens bestand traumatische Myelitis, Degeneration der Nervenzellenkörper und Nervenfasern, Rundzelleninfiltration der Neuroglia, Dilatation der Gefäße, miliare Blutungen; außerdem Degenerationsprozesse in den Zellkörpern des Vorderhorns, am stärksten im Bereiche des 8. Cervicalsegments.

Sechs Abbildungen. **W. v. Brunn** (Rostock).

29) **E. Forster.** Über Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes durch kleinkalibrige Geschosse.

(Beilage zum 21. Jahresbericht über die kantonale Krankenanstalt in Aarau [Chefarzt Bircher].)

1) 45jähriger Arbeiter schießt sich mit 5mm-Revolver in den Mund; Schußöffnung in der hinteren Rachenwand. Bewegungen der Halswirbelsäule eingeschränkt, namentlich Drehuug. Nach einigen Tagen Meningitis, profuse Blutung und Tod durch Erstickung. Die Obduktion ergab: das Geschoß ist zwischen Atlas und Hinterhaupt hindurchgegangen, hatte ein Stück Atlasbogen herausgeschlagen und die Dura eröffnet; Rückenmark unverletzt; Quelle der Blutung nicht zu finden. Infektion vielleicht durch Sondierung.

2) 15jähriger Schüler erhält aus einer Flobertpistole einen Schuß in den Nacken, in Höhe des vierten Halswirbels. Zunächst Ohnmacht, teilweise Lähmung der linken Schultermuskulatur, linker Cucullaris schlaff. Keine sensiblen Störungen.

Röntgenaufnahmen in verschiedenen Ebenen zeigen das Geschoß im Wirbelkanal am oberen Teile des Epistropheuskörpers ein wenig links von der Mittellinie. Nach 11 Tagen Geschoß reaktionslos eingeheilt.

Beweglichkeit der linken Schulter und Händedruck links nur noch leicht herabgesetzt.

Gröbere anatomische Markschädigung also ausgeschlossen.

3) 15jähriger Schüler erhält aus einer Flobertpistole einen Schuß in die linke Halsseite. Sogleich können alle vier Extremitäten nur noch in geringem Grade bewegt werden. Kopf und Rumpf frei; keine Blasen- und Mastdarmstörungen, kein Priapismus; rechte Pupille weiter, einmal Schwitzen der rechten Gesichtshälfte; geringe Sensibilitätsstörungen an den linken Extremitäten. (Genauer Nervenstatus im Original.)

Röntgenaufnahmen zeigen das Geschoß in Höhe des sechsten Halswirbels, etwas links von der Mittellinie.

Die Erscheinungen gehen schnell zurück. Nach Jahresfrist nur noch leichte Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen der linken Hand; daselbst auch trophische Störungen; rechte Pupille noch weiter.

Das Geschoß im Wirbelkanal hat sich gesenkt, sitzt jetzt zwischen sechstem und siebentem Halswirbelkörper.

Trotz der Schwere der anfänglichen Erscheinungen, die aber nicht einem bestimmten Typus von Querschnittsverletzung entsprechen, kann es sich nicht um letztere gehandelt haben, sondern nur um eine Kontusion, vielleicht mit multiplen Blutungen geringer Art.

F. kommt zu folgenden Ergebnissen: Ein Geschoß kann durch bloßen Anprall an die Wirbelsäule schwere Rückenmarkserscheinungen hervorrufen: es kann andererseits (bei kleinem Kaliber) in den Wirbelkanal eindringen und relativ geringe Störungen hervorrufen; heilt es im Mark selbst ein, so bleiben wohl immer dauernde Störungen zurück. Bei Commotio medullae spinalis können anfangs sehr ernste Symptome in kurzer Zeit verschwinden; jedoch kann auch hier einmal gelegentlich der Tod eintreten. Wirkliche Zertrümmerung von Nervensubstanz schließt eine Restitutio ad integrum wahrscheinlich aus; Kompressionserscheinungen weichen nur, wenn das komprimierende Moment ausgeschaltet wird. Exakte Diagnose ist nicht immer zu stellen. Bei schwerer Schädigung, die nach einigen Tagen noch keine Neigung zur Besserung zeigt, dürfte ein operatives Verfahren gerechtfertigt sein, das in Entfernung des Geschosses und etwaiger dislozierter Knochenstücke bestehen würde. **Fehre** (Freiberg).

30) **Traver.** Puncture of the medulla by a hair pin.

(Albany med. annals 1908. Oktober.)

Eigenartiger Fall von Stichverletzung des verlängerten Markes bei einem 8jährigen Mädchen, das sich das Haar mit gewöhnlichen Haarnadeln aufgesteckt hatte. Während des Schlafes fiel sie aus dem Bett und klagte zunächst nur über Gefühlsstörungen in den Händen; erst bei genauerer Untersuchung fand man im Nacken an der Haargrenze eine Haarnadel etwa auf $^2/_3$ ihrer Länge eingedrungen; dieselbe wurde mit Mühe entfernt und das Kind ins Krankenhaus gebracht. Hier wurde vollständige motorische und sensible Paralyse des Körpers vom Nacken abwärts festgestellt. Kurz nach Einlieferung starb das Kind. Sektion nicht gestattet. **Mohr** (Bielefeld).

31) **A. Wittek** (Graz). Ein Fall von Distensionsluxation im Atlanto-epistropheal-Gelenk.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 35.)

Ein 11jähriger, bisher gesunder Knabe erkrankte im Anschluß an eine eitrige Periostitis des linken Unterkiefers dentalen Ursprunges an Schmerzen im Hinter-

kopf und Nacken unter Fieber von 38°, Neigung des Kopfes nach rechts und Rotationsbeschränkung. Die Röntgenaufnahme ergab das Bestehen einer Verrenkung des Atlas-Epistropheus-Gelenkes wahrscheinlich infolge eines metastatischen Ergusses in das Gelenk zwischen Zahnfortsatz und vorderem Atlasring einer- und Zahnfortsatz und Lig. cruciatum andererseits, sowie in die unteren Gelenke zwischen Atlas und Epistropheus, wodurch es zu einer Überdehnung der Gelenkkapsel und des Bandapparates gekommen sein mußte. Das Tub. ant. hatte sich gegen den Rachen hin verschoben, das Tub. post. des Atlas der hinteren Begrenzung des Zahnfortsatzes genähert, so daß der Zahn diesem näher stand als jenem; außer der Verschiebung nach vorn hatte der Atlas noch eine Drehung um seine frontale Achse ausgeführt. Die Behandlung bestand in Stützung des Kopfes durch eine Kravatte. **Kramer** (Glogau).

32) **W. Burk.** Über einen Bruch des Gelenkfortsatzes des V. Lendenwirbels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 558.)

Eine 31jährige Pat. wollte in Hockstellung mit extrem vorgebeugtem Rumpf eine schwere Platte in ein am Boden befindliches Fach schieben, verspürte plötzlich einen heftigen Schmerz in der Kreuzgegend, der trotz mannigfacher Therapie im Verlaufe von $3^1/_2$ Jahren nicht schwand und in seiner Ursache verkannt worden war.

Die Untersuchung ergab Beckensenkung und leichte Flexion des Beines auf der erkrankten Seite, Schonung des Beines, Abflachung der normalen Lendenlordose, Kontraktur der linksseitigen Rückenstrecker, Druckempfindlichkeit des V. Lendenwirbeldornfortsatzes, Beschränkung und Schmerzhaftigkeit der Bewegungen der Lendenwirbelsäule, sonst keine Veränderungen speziell von seiten der Wirbelsäule. Die Röntgenuntersuchung entdeckte einen isolierten, senkrecht verlaufenden Bruch des rechten Gelenkfortsatzes des V. Lendenwirbels. Die operative Entfernung des Bruchstückes brachte volle Wiederherstellung der Funktion.

Es handelt sich demnach um einen indirekten Bruch, der durch eine das physiologische Maß überschreitende Kombination von Beugung und links konvexer Abbiegung der Lendenwirbelsäule entstanden ist und die erste Beobachtung dieser Art darstellt. **Reich** (Tübingen).

33) **G. Preiser.** Zur Frage der Ätiologie der Spondylitis cervicalis deformans. (Aus dem orthop. Institut von Dr. Stein und Dr. Preiser in Hamburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 27.)

Bei dem 54jährigen Pat., der, früher Luetiker (!), seit 3 Jahren an Schmerzen in den Nacken- und Supraspinalmuskeln des Schulterblattes litt, ergab die Röntgenuntersuchung eine Deformierung des 4.—6. Halswirbels und an ihrer linken Seite, anscheinend der Gegend des Processus articularis entsprechend, eine Knochenspange. Da Pat. als ein eifriger Violinist beim Geigenspiel stets den Kopf nach links vorn zu neigen pflegt, glaubt P., auf diesen chronischen, eine »Quetschung der Bandscheiben« veranlassenden Insult die Entstehung der erwähnten Deformierung usw. zurückführen zu können (warum kommt es zu solcher aber nicht bei anderen Violinisten? Ref.). **Kramer** (Glogau).

34) **R. W. Lovett** (Boston). The occurence of infantile paralysis in Massachusetts in 1907.

(Boston med. and surg. journ. 1908. Juli 30.)

L.'s Arbeit ist das Ergebnis einer Umfrage bei den 6000 Ärzten des Staates Massachusetts. Er erhielt Bericht über 234 akute Fälle von Poliomyelitis und konnte aus dieser Statistik verschiedene interessante Schlüsse ziehen. 18mal trat die Erkrankung bei verschiedenen Gliedern einer Familie auf bzw. innerhalb deren Freundeskreises. Verschiedentlich ließ sich das Vorkommen im Anschluß an

Hauptlinien des Straßenbahnverkehrs feststellen. In 52 Fällen hatte ein Trauma, meist Fall auf den Kopf stattgefunden. Bei weitem die meisten Fälle kamen im Spätsommer vor (im Gegensatz zu Zerebrospinalmeningitis, die im Frühjahre die meisten Erkrankungen zeitigte), eine Tatsache, welche L. in Zusammenhang mit der in jener Jahreszeit am stärksten grassierenden Gastroenteritis der Kinder bringt. Ein namentlich im Verhältnis mit den sonst sehr günstigen hygienischen Bedingungen in Massachusetts relativ großer Prozentsatz (40%) von Erkrankungen fand sich bei Familien, die in dumpfen Wohnungen wohnen.

In je 2 Fällen waren Varicellen und Masern vorausgegangen, einmal Scharlach; 3 Fälle traten bald (2—3 Wochen) nach der Impfung auf. Nur in 12 Fällen wurde kein Fieber beobachtet. Die hauptsächlichsten Begleiterscheinungen waren Erbrechen, Schmerzen und Empfindlichkeit. 18 Fälle werden als geheilt bezeichnet. Ein Vergleich mit der großen Statistik des Kinderhospitals in Boston (645 Fälle) zeigt einen sehr großen Unterschied in der Ausbreitung der Lähmung bei den akuten und chronischen Fällen.

L. ist der Ansicht, daß die Poliomyelitis eine akute Infektionskrankheit ist, bezweifelt aber, namentlich auf Grund experimenteller Forschungen, daß es sich um einen einheitlichen Infektionserreger handelt. **H. Bucholz** (Boston).

35) **M. Chevassu.** Les kystes branchiaux à structure pharyngo-salivaire et en particulier les kystes présternaux.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 4.)

Einem 26jährigen Mann entfernte C. eine nicht ganz fünffrankstückgroße, vor dem gesunden Manubrium sterni gelegene Cyste; ein Einschnitt im 5. Lebensjahre hatte eine nur vorübergehend vernarbende Fistel zurückgelassen. Ein kleiner Fortsatz der Geschwulst senkte sich tief in den Raum über der Incisura jugularis. Die Wand bestand aus zweischichtigem flimmerndem Zylinderepithel, adenoidem Gewebe mit Keimzentren und Bindegewebe mit glatten Muskelfasern und funktionierenden Speicheldrüsen (seröse und Schleimdrüsen, Gianuzzi'sche Halbmonde, Ausführungsgänge, die in die Sacklichtung münden), zeigte mithin den Aufbau der embryonalen Schlundwand. Von der unpaaren Schilddrüsenanlage konnte sie wegen ihrer Lage vor dem Brustbein nicht abstammen; auch enthielt sie nirgends Schilddrüsengewebe. Dagegen stößt die Herleitung vom Kiemenapparat auf keine Schwierigkeiten. Die mediane Lage spricht nicht dagegen, da erhalten gebliebene Teile der Kiemengänge mit ihrem unteren oberflächlichen Teile während der Entwicklung des Kopfnickers und des Schlusses des Brustkorbes immer weiter nach der Mittellinie gedrängt werden können. Die Abstammung von einer entodermalen Kiemenfurche ist wegen des Flimmerepithels zweifellos, ob von der 2., 3. oder 4, ist wegen der Kürze des oberen Fortsatzes nicht zu entscheiden.

Verf. glaubt, daß sich in derartigen Cysten und Fisteln häufiger Speicheldrüsen finden als die wenigen Mitteilungen darüber annehmen lassen, und daß ihre Absonderung an der Verhinderung des spontanen Verschlusses der Fisteln mitwirkt. **Gutzeit** (Neidenburg).

36) **H. Brauser.** Zur Frage der gummösen Lymphome des Halses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Bei einem 48 Jahre alten Mann entwickelte sich 7 Jahre nach luetischer Infektion eine ovale, fast hühnereigroße derbe Geschwulst am hinteren Rande des rechten Kopfnickers ohne Entzündungserscheinungen. Eine sofort eingeleitete Jodkalibehandlung brachte in wenigen Wochen die Geschwulst zum spurlosen Verschwinden.

B. glaubt, daß die Fälle von luetischen Halsdrüsenschwellungen nicht so selten sind, wie man bisher annahm, daß zuweilen auch ein Halsgumma unerkannt zum Schwinden gebracht wird, weil die Jodkalitherapie bei Halsdrüsenschwellungen so sehr beliebt ist. **Langemak** (Erfurt).

37) **J. Fein.** Über die Abtragung der Rachenmandel mit dem bajonettförmigen Adenotom.

(Medizinische Klinik 1908. p. 1489.)

F. hat mit dem bajonettförmigen Adenotom (Abbildung) in den letzten 6 Jahren ungefähr 2000 Rachenmandeln bei Kindern und Erwachsenen entfernt. Man kann mit dem Instrument die Schneide des Ringmessers gut an die vorderen, der Nasenscheidewand anliegenden Teile der Rachenmandel anlegen, das Zäpfchen stark nach vorn ziehen und die operierende Hand in eine für das kräftige Festhalten des Griffes in für die notwendigen volaren und dorsalen Beugungsbewegungen günstige Lage bringen. Das richtige Fassen, Ansetzen und Bewegen des Messers sind beschrieben. Es wird von H. Reiner in Wien in drei Größen geliefert, von denen die mittlere für fast alle Fälle genügt.

Georg Schmidt (Berlin).

38) **Martino.** La sutura de los pilares en las grandes hemorragias amigdalianas.

(Revista med. del Urguay Bd. XI. Nr. 3.)

Nach Operation der Tonsillotomie wegen Hypertrophie bei einem 40jährigen Manne war, wahrscheinlich infolge sehr unvorsichtigen Verhaltens des Kranken, einige Stunden nach der Operation eine schwere Blutung aufgetreten, die mit den gewöhnlichen Mitteln nicht zu bewältigen war; auch das Anlegen von Klemmen war erfolglos. Nachdem Pat. mehr als 2 Liter Blut verloren hatte und bereits im Zustande des Kollapses sich befand, machte M. die Naht der Gaumenbögen. Der Kranke wurde gerettet. M. empfiehlt in solchen Fällen, die ihm vorher noch nicht begegnet waren, mit den anderen Methoden nicht lange Zeit zu verlieren, sondern gleich, so lange Pat. sich noch in gutem Allgemeinzustande befindet, die Naht auszuführen. **Stein** (Wiesbaden).

39) **P. Albrecht.** Über das seitliche Pharynxdivertikel. (Aus der II. chir. Klinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

Ein früher stets gesunder 43jähriger Mann bekam plötzlich Schluckbeschwerden und bemerkte eine nußgroße Geschwulst an der rechten Halsseite. Mit ihrem Wachsen trat auch Atemnot ein, dann Fieber. In der Angst fuhr sich der Mann mit dem Finger in den Rachen, erbrach darauf schleimig-eitrige Flüssigkeit. Die Geschwulst wurde wieder kleiner, Fieber und Atemnot schwanden. Doch blieb Pat. seitdem heiser und konnte schlecht schlucken. Laryngoskopisch fand sich Vorwölbung der seitlichen Rachenwand und der rechten Vallecula, Kehlkopf vertikal gedreht, rechte Hälfte plump und fast unbeweglich. Die Diagnose war vermutungsweise zuerst Struma aberrata, dann Lymphocavernoma colli congen. Bei der Operation fand sich ein schlaffer, mit Kopfnicker, Submaxillaris, Biventer, oberen Zungenbeinmuskeln und den großen Gefäßen verwachsener Sack mit gelblichem Sekret und krümeligen Massen, innig zusammenhängend mit dem Periost des Zungenbeines und unter ihm einen ganz dünnen Fortsatz in die Tiefe sendend. Nach dessen Durchschneidung drang zischend Luft in den Rachen. Die Stelle war dann nicht mehr zu finden. Tampon, sonst Verschluß, glatte Heilung. Nach 9 Monaten auch laryngoskopisch normaler Befund. Der Sack war auch in seinem Stiel mit geschichtetem Plattenepithel ausgekleidet. Aus dem Fehlen von muskulären Elementen, ebenso wie an der Stelle, wo der Stiel die Membrana hyothyreoidea durchbohrte (Dreieck, begrenzt vom hinteren Rande des Hyothyreoideus, vom vorderen Rande des Constr. plaryngis inferior und vom unteren Zungenbeinrande), schließt A., daß es zur Entwicklung eines Divertikels besonders leicht dann kommt, wenn sich die Stellen mangelhaften embryonalen Verschlusses an Orten der Rachenwand finden, wo Muskulatur fehlt.

Den beschriebenen Fall fast er auf als entstanden aus einer unvollständigen nneren angeborenen Halsfistel im Bereiche des Sinus pyriformis. Sekretstauung,

dann Pulsion durch Steigerung des Binnendruckes im Rachen, akute Entzündung, endlich Traktion infolge der entzündlichen Verwachsungen wirkten befördernd.

Außer diesem Falle sind nur noch zwei Divertikel im Bereiche des Sinus pyriformis beschrieben.

Hinweis auf die Literatur. **Renner** (Breslau).

40) **McLellan** and **Dunn.** Case of introcystic papilloma of an accessory thyroid.

(Glasgow med. journ. 1908. Juli.)

Einer Dame von 28 Jahren wurde eine fast faustgroße Geschwulst der linken Halsseite exstirpiert, die sich dort innerhalb 4 Jahren entwickelt hatte.

Sie erwies sich bei der Untersuchung als eine große Cyste, ganz ausgefüllt von Zotten, die von der Cystenwand ausgingen. Die ganze Struktur des Gewebes bewies seine Entstehung aus Schilddrüsengewebe; kolloide Massen waren reichlich vorhanden und Schilddrüsenepithel, zum Teil mit Adenomentwicklung.

W. v. Brunn (Rostock).

41) **Capelle.** Über die Beziehungen der Thymus zum Morbus Basedowi.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 353.)

Anlaß zur vorliegenden Untersuchung gaben Fälle von Herztod, wie sie nach Operation von Basedowkröpfen auch sonst häufig beschrieben sind. Sie betrafen drei junge Mädchen, bei welchen an der Garrè'schen Klinik zweimal eine typische halbseitige Exstirpation, einmal eine doppelseitige Resektion in Äthertropfnarkose vorgenommen worden war. Bei allen drei Pat. fehlten organische Herzveränderung, alle hatten einen hochfrequenten Puls, zwei waren hochgradig nervös, eine hatte eine Spitzenaffektion, eine andere eine Skoliose, die dritte war kräftig und sonst gesund. Respiratorische Beschwerden von seiten des Kropfes fehlten.

Bei zwei Fällen setzte am Abend des Operationstages Delirium cordis mit Angstgefühl und Jaktationen ein, das 10—20 Stunden nach der Operation zum Tode führte. Bei der dritten Pat., dem kräftigen Mädchen, war die Narkose von Anfang an durch bronchiale Reizung erschwert und nie ganz tief; bei der schwierigen Isolierung des unteren Poles erfolgte eine Synkope mit tödlichem Ausgang.

Die Sektionen ergaben nur unwesentliche pathologische Befunde, gesunde Klappen, Dilatation des Ventrikels einmal links, einmal beiderseits, einmal kräftiges, einmal blaßes Myokard. Auffallend war aber bei allen drei Fällen der Befund einer hyperplastischen Thymus, die zweimal mit einer Hyperplasie des lymphatischen Apparates vergesellschaftet war.

Nach einer Übersicht über die widersprechenden Anschauungen betreffs der Beziehungen zwischen Thymus und Basedowstruma gibt Verf. 60 Sektionsprotokolle von an Basedow gestorbenen Individuen mit dem überraschenden Ergebnis, daß 79% der Fälle eine Persistenz oder Hyperplasie der Thymus aufwiesen. Näherhin wurde bei Basedowkranken, die an interkurrenten Krankheiten gestorben waren, in 44%, bei solchen, die der Krankheit selbst spontan erlagen, in 82% und bei solchen, die im Anschluß an eine Kropfoperation verloren wurden, in 95% eine Thymuspersistenz beobachtet.

Nach all dem kommt der Thymus im Krankheitsbilde des Morbus Basedowi eine nicht zu verkennende Bedeutung zu, wenn gleich freilich die pathologische Genese dieser Beziehungen noch unklar ist.

Die Versuche mit Thymusfütterung bei Morbus Basedowi scheinen darauf hinzuweisen, daß die vermutlich sekundäre Hypertrophie oder Reviveszenz der Thymus die Basedowsymptome steigert und nicht etwa zur Entgiftung von Basedowprodukten bestimmt ist.

Der Nachweis der Thymus am Lebenden begegnet erheblichen Schwierigkeiten, doch dürften von der Röntgenuntersuchung, dem Nachweis des Status lymphaticus und einer event. Probefütterung mit Thymuspräparaten (die aber nicht ganz un-

gefährlich zu sein scheint!) weitere diagnostische Fortschritte in dieser Richtung zu erwarten sein.

Ein gelungener Thymusnachweis bei Morbus Basedowi muß dazu führen, solche Pat. von einer Operation auszuschließen, um die Zahl der tödlichen Katastrophen zu vermindern. **Reich** (Tübingen).

42) **Capelle.** Ein neuer Beitrag zur Basedowthymus. (Aus der kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn Geh.-Rat. Prof. Dr. Garrè.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 35.)

C., der über die Beziehungen der Thymusdrüse zum Morbus Basedow bereits vor kurzem einen wertvollen Beitrag geliefert, bringt zu seinen bisher beobachteten drei Fällen, in denen nach wohlgelungener Strumektomie wegen Morbus Basedow plötzlich Herzkollaps und Tod als Folge des Status thymicus eingetreten war, einen neuen Fall von Thymustod nach Operation eines Basedowkropfes. Letzterer reichte bei der 16jährigen Kranken nicht retrosternal; doch war über dem Manubrium sterni eine Dämpfung feststellbar, die der Herzdämpfung aufsaß und die Grenzen des Manubrium nicht überschritt. Die Operation in Äthernarkose war durch Verwachsungen des Kropfes etwas erschwert, aber mit geringem Blutverlust verbunden und bestand in Unterbindung der Art. thyreoidea sup. und inf. dextra, Resektion des rechten weichen Strumalappens und Unterbindung der A. thyreoidea sup. sinistra. Nach 12stündigem günstigem Zwischenstadium erfolgte plötzlich der tödliche Herzkollaps, und die Autopsie ergab eine vergrößerte Thymusdrüse.

Der Fall bestätigt die von C. in seiner früheren Abhandlung aufgestellten Schlußfolgerungen und ermahnt von neuem, bei Basedow auf einen etwa bestehenden Status thymicus (Dämpfung über dem oberen Brustbein, blaßrote Hypertrophie der Tonsillen, Milz usw.; Nachweis eines Schattens im Röntgenbild des Mediast. ant.) vor Vornahme der Strumektomie zu achten und bei Verdacht einer großen Thymus von einem Eingriff abzustehen. **Kramer** (Glogau).

43) **Dunhill.** Surgical treatment of exophtalmic goitre.

(Intercol. med. journ. of Australasia 1908. Juni 20.)

D. hat wegen Basedow'scher Krankheit bei 25 Kranken eine teilweise Thyreoidektomie, stets unter Lokalanästhesie, ausgeführt. Nach seinen Erfahrungen ist nach der Operation konstant eine rasch einsetzende Besserung zu erwarten, die andauert, sofern eine genügende Menge Drüsengewebes entfernt wurde. Nur in einem Falle erlebte D. einen Mißerfolg. Die Operation sollte, nachdem interne Behandlung versagte, möglichst rasch vorgenommen werden, nicht als ultimum refugium. Jedoch operierte D. auch zwei Pat. mit vorgeschrittener Myokarditis, Ödemen, sehr starker Drüsenvergrößerung und schlechtem Allgemeinzustand noch mit Erfolg. In einer Sitzung sollte nicht zu viel von der vergrößerten Schilddrüse entfernt werden, vielmehr hat D. bei sechs seiner Pat. nach einiger Zeit zum zweitenmal eine Portion Schilddrüsengewebes entfernt, nachdem die erste Operation nur Besserung, kein völliges Schwinden der Beschwerden bewirkt hatte; gewöhnlich wurde zuerst der eine Lappen mit dem Isthmus, in einer zweiten Sitzung die Hälfte des anderen Lappens entfernt. Die zweite Operation wurde stets besser als die erste ertragen. Unter 32 teilweise Thyreoidektomierten starb einer infolge der Operation; es war zu viel in einer Sitzung entfernt und das Schilddrüsengewebe zu ausgedehnt gequetscht worden. D. hält die Kompression bzw. Quetschung des Schilddrüsengewebes zwecks Blutstillung für gefährlich, da schwere Zustände von akutem Thyreoidismus durch größere Mengen stark geschädigten Gewebes zustande kommen können. **Mohr** (Bielefeld).

44) **Branham.** Tetany following thyreoidectomy cured by the subcutaneous injection of parathyroid emulsion.

(Annals of surgery 1908. August.)

Im Anschluß an eine Kropfexstirpation traten bei einer Pat. anfallsweise sehr heftige tetanische Krämpfe auf, so daß die Atmung zeitweise aufhörte und künst-

liche Atmung gemacht werden mußte. Schilddrüsentabletten wurden ohne Erfolg genommen; erst als man aus ihnen, nachdem man sie 10 Minuten zum Desinfizieren in 1⁰/₀₀iger Sublimatlösung hatte liegen lassen, eine Kochsalzlösung hergestellt und diese nach Filtration subkutan injiziert hatte, trat verhältnismäßig schnelle Besserung ein. Eine Schilddrüsentablette enthielt 0,06 g Parathyreoidextrakt, fünf solcher Tabletten wurden zerrieben und mit 400 ccm Kochsalzlösung übergossen. Diese ganze Lösung wurde auf einmal subkutan injiziert. Das exstirpierte Präparat zeigte, daß rechts beide, links aber nur eine Glandula thyreoidea entfernt wurde, so daß links eine zurückgeblieben war. Allem Anschein nach war diese jedoch durch operatives Trauma geschädigt; sie erholte sich aber wieder, so daß die Kranke schließlich ganz geheilt wurde.

Herhold (Brandenburg).

45) F. Smoler. Eine seltene Halsverletzung.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 27.)

Die Seltenheit der Speiseröhrenverletzung durch Gewalteinwirkungen von außen her veranlaßt Verf. einen Fall mitzuteilen, bei dem ein 5jähriger Junge durch Auffallen auf Glasscherben eine Schnittverletzung der Speiseröhre im Halsteile mit gleichzeitiger Verletzung der Luftröhre erlitt. Letztere war seitlich angeschnitten. S. vernähte die Wunde nach ausgeführter Tracheotomie in der Mittellinie. Die ebenfalls seitliche Speiseröhrenwunde wurde mit Einlegen eines Drains behandelt. Verf. konnte aus zwei Referaten von dieser Art Verletzung 55 Fälle zusammenstellen. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

46) Seelig. A further aid in the diagnosis of oesophageal stenosis.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VII. Hft. 3.)

Die Diagnose eines Speiseröhrendivertikels, das oberhalb einer Striktur lag, gelang durch Röntgenaufnahme unter Zuhilfenahme des Wismutverfahrens nur teilweise. Erst das Schluckenlassen einer ganz dünnen Goldkette und folgende Aufnahme zeigte, daß ein Divertikel vorhanden war. In ihm hatte sich die Kette zusammengeballt. Die dünne Kette läßt sich leicht schlucken.

Trapp (Bückeburg).

47) Blauel. Über die Entfernung von Gebissen aus der Speiseröhre mit Hilfe des Ösophagoskops.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 138.)

In den beiden aus der v. Bruns'schen Klinik mitgeteilten Fällen von ösophagoskopischer Extraktion von Gebissen aus der Speiseröhre hatte der eine Fremdkörper 2 Tage darin verweilt, hochgradigste Schlingbeschwerden, Dyspnoe, Fieber und eine sicher nachweisbare eitrige Wandveränderung, das andere, schon 35 Tage in der Speiseröhre befindliche Gebiß wesentlich leichtere Symptome, Schluckbeschwerden, Druckempfindlichkeit des Halses und mäßige Temperatursteigerung verursacht. In beiden Fällen war eine erfolgreiche ösophagoskopische Extraktion erst möglich, nachdem die entzündliche Schleimhautschwellung um den Fremdkörper herum durch Adrenalinpinselung stark vermindert worden war. Die Rekonvaleszenz des ersten Falles war durch heftige Schmerzen in der Speiseröhre und eine Pneumonie kompliziert, der zweite Pat. war andern Tags fieber- und beschwerdenfrei.

Außer diesen eigenen Beobachtungen sind noch zehn erfolgreiche und zehn erfolglose ösophagoskopische Gebißextraktionen aus der Literatur wiedergegeben. Für die Diagnose der steckengebliebenen Fremdkörper ist weder die Sonden- noch Röntgenuntersuchung verläßlich, sondern allein die Ösophagoskopie. Die ösophagoskopische Methode der Extraktion ist in geübter Hand sehr leistungsfähig und daher stets vor der Ösophagotomie zu versuchen. Als therapeutisches Mittel zur Erleichterung der Extraktion empfiehlt Verf. angelegentlichst die Adrenalinpinselung der geschwellten Schleimhaut. **Reich** (Tübingen).

48) **M. Patel.** Sur le traitement des sections traumatique de la membrane thyro-hyoïdienne.

(Province méd. 1908. Nr. 24.)

P. empfiehlt für die Naht des durchschnittenen Zungenbeinschildknorpelbandes Nähte, welche das Zungenbein umgreifen und am Schildknorpel ansetzen. Die Stichkanäle am Schildknorpel müssen durch den Knorpel hindurchgehen. Eine Naht des durchtrennten Bandes selbst hält P. für wertlos. In einem Falle hat er zunächst die Naht des Bandes versucht, jedoch ohne Erfolg. Nach wenigen Tagen führte er dann die oben genannte Naht mit bestem Erfolge aus. Als Nahtmaterial benutzt P. Renntiersehnen. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

49) **Meyer.** Über leukämische Veränderungen im Kehlkopf.

(Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. I. Hft. 1.)

Subglottische Schwellung von blaßgraurötlicher Farbe und harter Beschaffenheit, welche die Lichtung in transversaler Richtung auf 3 mm verlegte und zur Tracheotomie nötigte, die aber nach 10 Tagen durch nachfolgende Fasciennekrose und Bronchopneumonie zum Tode des Pat. führte. Die Diagnose wurde schon im Leben durch Blutuntersuchung bestätigt. **Engelhardt** (Kassel).

50) **Llorente.** La traqueotomia y el entubiamento laringeo en los procesos laringeos etc.

(Rev. de med. y cir. pract. de Madrid 1908. Juni 28.)

Gestützt auf ca. 8400 Fälle empfiehlt L. die Intubation als der Tracheotomie bei weitem überlegen, einerlei, ob es sich um diphtherische oder andersartige Prozesse handelt. **Stein** (Wiesbaden).

51) **Sargnon** et **Barlatier.** De la laryngostomie. 10 Abbildungen.

(Presse méd. 1908. Nr. 22.)

Über Indikation, Technik und Nachbehandlung der Laryngostomie, die genauer beschrieben werden, vgl. das Referat im Zentralblatt für Chirurgie 1907 p. 1494 über eine Arbeit derselben Verff., das gleiche Thema betreffend.

Sie zählen 35 ihnen bekannte Laryngostomien auf, darunter 11 eigene Fälle; von letzteren wurden 10 geheilt, einer starb an Bronchopneumonie. Von diesen 11 wurden operiert: 8 wegen Narbenstenosen durch Kanülendruck, 1 wegen narbiger Verengerung nach typhöser Erkrankung des Kehlkopfes, 1 wegen Stenose nach einem Messerstich und 1 wegen rezidivierender Papillome.

Gegenindikationen sind akute entzündliche Erscheinungen und Hindernisse an den tieferen Luftwegen, z. B. Papillome an der Luftröhre unterhalb der Kanüle.

Literaturverzeichnis von 34 Nummern. **Fehre** (Freiberg).

52) **F. Hutter.** Ein Beitrag zu den Mißbildungen des Kehlkopfes. (Aus dem histol.-bakter. Laboratorium der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

Am Kehlkopf eines an akuter Infektion gestorbenen Kindes befand sich ein Hohlraum, von der unteren Fläche des Zungenbeinkörpers bis zum unteren Rand der Cart. thyr. und von der vorderen Epiglottisfläche bis zu einem Weichteilbündel reichend, das das Spatium hyothyr. und den intermediären Spalt des Thyreoids überbrückt. Er mündete im Bereiche des Epiglottisstieles den Kehlkopf. Aus Resten epithelialer Auskleidung wurde auf angeborene Anlage geschlossen. Außerdem bestand totale Spaltung der Cart. thyreoidea. **Renner** (Breslau).

53) **L. Harms.** Über eine Modifikation der Schornsteinkanüle zur Behandlung narbiger Kehlkopfstenosen. (Aus der Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

54) **H. Koschier.** Zur Behandlung der postdiphtherischen Stenosen des Larynx und der Trachea. (Aus der laryngol. Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Ibid.)

H. zieht die Schornsteinkanüle der T-Kanüle vor und sieht den Grund, daß sie sich nicht besonderer Beliebtheit erfreut, darin, daß sich manchmal im Winkel zwischen den beiden Kanülen ein Sporn von Schleimhautwulst bildet, der schließlich eine zweite Stenose verursachen kann. In zwei solchen Fällen beginnender Spornbildung hat H. deshalb sofort nur mehr das laryngeale, an entsprechender Stelle siebartig durchlöcherte Rohr eingeführt, das seinen Zweck vollkommen erfüllte und eine Spornbildung nicht eintreten bzw. sich zurückbilden ließ. Er empfiehlt diese Methode zur Nachprüfung.

K. hat aus dem gleichen Grunde wie H. die Schornsteinkanüle ändern lassen, aber unter Beibehaltung beider Teile ohne Winkelbildung und zieht sie ebenfalls den T-Kanülen vor. Ferner berichtet er über einen Fall vollständigen Kehlkopfverschlusses, den er erfolgreich mit zirkulärer Resektion behandelte. Da außerdem infolge Fehlens von Trachealringen eine Partie aspiriert wurde, mußte er eine stützende Plastik vornehmen. Er ließ eine Zelluloidplatte in Haut einheilen und pflanzte den Lappen dann verkehrt auf den Luftröhrendefekt. Die Platte eiterte aber während einer Influenza aus; trotzdem war das Resultat durch narbige Spannung gut. In einem zweiten Falle hat er dann zunächst eine tiefere Tracheotomie und Hautnaht der oberen gemacht, dann eine Zelluloidplatte über dem Knorpeldefekt unter die Hautränder geschoben und nach erfolgter Einheilung die untere Fistel heilen lassen. Da seitdem 5 Jahre ohne neue Stenose vergangen sind, kann hier von Dauererfolg gesprochen werden. **Renner** (Breslau).

55) **H. White.** Ein Fall von Hämangiom des Kehlkopfes, behandelt mit Laryngofissur.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 16.)

56) **O. Hirsch.** Über Haemangioma cavernosum des Kehlkopfes. (Aus dem Ambulatorium des Herrn Privatdozenten M. Hajek.)

(Ibid.)

Im W.'schen Falle handelte es sich um eine fast kirschgroße Geschwulst, die breitbasig in der Interarytänoidalfalte saß. Verf. glaubt, daß es sich um eine kongenital angelegte Geschwulst handelte, obwohl histologisch die Entstehung auf entzündlicher Basis nicht ausgeschlossen war. Die Entfernung war hier durch Beschwerden und drohende Stenose gerechtfertigt und gelang leicht durch Laryngofissur.

H. erwähnt zuerst drei Fälle kleiner, blauroter Geschwülste an den Stimmbändern, bei denen die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um gefäßreiche Polypen handelte, stellt dann aus der Literatur die Fälle zusammen, die nach sorgfältiger Kritik als Hämangiome angesehen werden dürfen, und schildert schließlich einen neuen Fall; hier war das ganze rechte Taschenband von einer großen Geschwulst eingenommen, und auch am linken saß eine bohnengroße Geschwulst. Die Operation schien wegen der Geringfügigkeit der Symptome noch nicht angezeigt. Nach der Literatur können größere, breitbasige Hämangiome nur durch Laryngofissur ohne Gefahr entfernt werden.

Beide Autoren machen Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

57) **E. Krieg.** Über die primären Tumoren der Trachea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 162.)

Unter Mitteilung eines Falles von Fibrom der Luftröhre aus der v. Bruns-schen Klinik führt Verf. die v. Bruns'sche Statistik der primären Luftröhrengeschwülste, die bis 1898 reicht und 143 Beobachtungen umfaßt, bis zum Jahre 1907 weiter unter Beifügung von 53 neuen Mitteilungen, so daß sich folgende Gesamtstatistik ergibt:

a. Gutartige Neubildungen, zusammen 134 Fälle:

Fibrome 25; Papillome 41; Lipome 4; Chondrome und Osteome 42; Adenome 6; Lymphome 2; Intratracheale Strumen 14.

b. Bösartige Neubildungen, zusammen 61 Fälle:

Sarkome 21; Karzinome 40.

c. Neubildungen unbekannter Natur: 6 Fälle.

Die bösartigen Geschwülste machen also ein Drittel der Gesamtzahl aus, und die Sarkome sind im Vergleich zu den Karzinomen relativ häufig. Der endotracheale Weg reicht zwar zur Entfernung der meisten gutartigen Geschwülste aus, für alle bösartigen aber ist die Tracheotomie oder Krikotracheotomie der bessere Weg zu einer radikalen Exstirpation. **Reich** (Tübingen).

58) **Grünberg.** Über den günstigen Einfluß des innerlichen Gebrauches von Jodkali auf die Tuberkulose der oberen Luftwege.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. LIII. p. 346.)

G. teilt eine Reihe von Fällen aus der Körner'schen Klinik in Rostock mit, bei denen auf Grund des makroskopischen Befundes und der histologischen Untersuchung exzidierter Stückchen Schleimhauttuberkulose diagnostiziert wurde, und bei denen die Anwendung von Jodkali neben schonender Lokalbehandlung Heilung herbeiführt. Wenn nun auch einzelne Fälle von Schleimhautlupus spontan ausheilen können, und wenn auch andererseits Jodkali keineswegs alle Fälle von Schleimhauttuberkulose günstig beeinflußt, so hält G. doch das Jod für ein wichtiges Hilfsmittel bei der Behandlung der genannten Erkrankung.

Hinsberg (Breslau).

59) **Vidakovich.** Beiträge zur Behandlung chronischer Pleuraempyeme nach der Methode von E. G. Beck.

(Orvosi Hetilap 1908. Nr. 33.)

Verf. hat in zwei Fällen von chronischem Pleuraempyem das Beck'sche Verfahren (dieses Zentralblatt 1908 Nr. 18) mittels Injektion von Bismut-Vaselinpaste angewendet und hat nach vergeblicher Anwendung anderer Methoden vollen Heilerfolg erzielt. Gelungene Röntgenogramme zeigen den erzielten Erfolg.

P. Steiner (Klausenburg).

60) **Staveley Dick.** The treatment of chronic empyema by hyperaemia and hypertranssudation.

(Brit. med. journ. 1908. August 29.)

Bericht über eine seit über 2 Jahren bestehende Empyemfistel bei 8jährigem Knaben, die nach mehrfachen erfolglosen Rippenresektionen durch Hyperämiebehandlung mit Sauggläsern zur Heilung kam. **Weber** (Dresden).

61) **L. G. Stuckey.** Über Lungennaht bei Stich-Schnittwunden.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 35 u. 36.)

Im Petersburger Obuchowspital wird prinzipiell jede frische Brustwandwunde mit Verdacht auf Pleura- und Lungenverletzung erweitert, die Lungenwunde genäht (die Nähte umgreifen den Grund der Wunde und werden leicht geschnürt); wo die Wunde nicht genäht werden kann, macht man die Exteriorisation. Die Pleurawunde muß vollständig geschlossen werden mit obligater Pneumopexie. Diese Grundsätze bilden die Schlußfolgerungen der Arbeit. — Im ganzen wurden so 25 Fälle behandelt. 19 Männer, 6 Frauen. 9 starben. 22mal wurde die Lunge genäht (2mal Achternaht); 6mal Pneumopexie. 7mal glatte Heilung. 2 starben

infolge von Blutverlust (vor der Operation), 3 infolge akuter Septhämie. 10mal eiterte die Wunde; davon starb einer an katarrhalischer Pneumonie, 7 andere (3 †) bekamen Empyeme, wobei bei den 4 Geheilten die Heilungsdauer 82—173 Tage betrug und einem später infolge umschriebener eitriger Pleuritis eine Rippenresektion gemacht werden mußte. — 3mal wurde die Exteriorisation gemacht. — 2mal glatte Heilung, im dritten Fall eitrige Pleuritis, Pleurotomie mit Rippenresektion, Heilung. **Gückel** (Spassk, Rjasan).

62) **Baron.** Über Lungenabszesse bei Säuglingen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Zu den bisher bekannten sieben Fällen fügt B. einen von ihm behandelten achten (5 Wochen altes Kind) hinzu unter kurzer Mitteilung der Krankengeschichten aller Fälle dieser seltenen Erkrankung. Nach Rippenresektion Heilung des ca. taubeneigroßen, im linken Unterlappen gelegenen Abszesses.

Die Diagnosenstellung bei Kindern ist sehr schwierig, da charakteristische Merkmale, z. B. eitriges Sputum, fast immer fehlen; die akustischen Phänomene deuten meistens auf eine dichte Infiltration, nicht auf Höhlenbildung. Die Diagnose wird deshalb nur durch Zufall zu stellen sein bei Probepunktion, die aber nur bei sicheren pleuritischen Verwachsungen erlaubt ist, da die Gefahr der Pleurainfektion vorliegt. Die Lungenabszesse liegen meistens im Unterlappen, bei Kindern merkwürdig oft nahe der Oberfläche. **Langemak** (Erfurt).

63) **N. J. Gurewitsch.** Ein Fall von isolierter Verwundung des Herzbeutels.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 37.)

18 Jahre alter Jüngling, vor 1½ Stunden Dolchstich in den dritten Interkostalraum zwei Finger breit links vom Brustbein. Konnte noch ½ Stunde lang fahren, dann Schwäche und ohnmächtiger Zustand. Wunde 2,5 cm lang. Nach Entfernung der Blutgerinnsel bedeutende venöse Blutung — bei jeder Herzkontraktion. Lappenbildung — Basis lateral, Resektion der 3., doppelte Durchschneidung der 4. und 5. Rippe. Wunde im Perikard 2 cm lang; spaltartige Wunde der linken Pleura. Lunge nicht atelektatisch. Erweiterung der Perikardwunde, Entfernung des Blutes aus dem Herzbeutel; keine weitere Blutung; Herz unversehrt; Tampon in den Herzbeutel und in die Winkel des Hautmuskelknochenlappens. Zuerst Verlauf günstig, nach 11 Tagen plötzlich Verschlimmerung: Dyspnoe, Puls unregelmäßig, dikrotisch. Nach Entfernung des Perikardtampons entleert sich viel blutigseröse Flüssigkeit. Kein neuer Tampon, sofort Herztätigkeit besser, und nun glatte Heilung. 1 Jahr später vollständig gesund. **Gückel** (Spassk, Rjasan).

64) **Ortiz de la Torre.** Cuerpo extraño enclavado en el corazoń.

(Rev. de med. y cir. pract. de Madrid 1908. Nr. 1034.)

Kranker mit Wunde in der Herzgegend. Es entstand hochgradige Atemnot, fast Atemstillstand, Dämpfung der ganzen linken Brustseite, Unmöglichkeit, die Herzgrenzen zu perkutieren und die Herztöne zu auskultieren. Die Wunde befand sich in einer Ausdehnung von 2 cm im 4. Interkostalraum etwas nach innen von der Mammillarlinie. Es waren heftige Schmerzen in der Gegend des Proc. xiph. vorhanden. Bildung eines Lappens, welcher die Gegend der 4., 5. und 6. Rippe in einer Ausdehnung von ca. 10 cm links vom Brustbein umfaßte. Eröffnung des Perikards und Entleerung einer Menge von Gerinnseln. Im rechten Herzohr saß ein Stück Glas von der Größe 34:12 mm fest, das entfernt wurde. Catgutnaht der Herzwunde und des Herzbeutels. Temperatur von 39° am 5. Tage; Entleerung von 700 g Flüssigkeit durch Punktion. Heilung der Wunde in weiteren 9 Tagen. **Stein** (Wiesbaden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 50. Sonnabend, den 12. Dezember 1908.

Inhalt.

1) A. Schmidt (Halle a. S.). Über Myalgien und Spasmen der Bauchmuskeln, welche Erkrankungen der Abdominalorgane vortäuschen.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 41.)

Myalgien der Bauchmuskeln sind nicht so selten, wie man nach ihrer Würdigung in den Lehr- und Handbüchern erwarten sollte. In der Regel treten sie beim Anspannen der Bauchmuskeln auf; sie können jedoch auch bei völliger Muskelruhe eintreten. Am ehesten noch erhält man durch eine vorsichtige, einschmeichelnde Tastung Aufschlüsse über den Ursprung der Schmerzen. Ist in diesem Falle die Tiefe unempfindlich, so kann man eine Erkrankung der Bauchorgane ausschließen, während ein brüskes Vorgehen, das bei einer Unempfindlichkeit der Tiefe Schmerzen und krampfhafte Zusammenziehung der Bauchmuskulatur hervorruft, die Diagnose einer Myalgie sichert.

Die Krämpfe der Bauchmuskeln stehen im umgekehrten Verhältnis zum Füllungszustande der Eingeweide. Von größter prak-

tischer Bedeutung ist die Erfahrung, daß die reflektorischen Kontraktionen auf bestimmte Abschnitte der Bauchmuskeln beschränkt sein können. S. hat oft bei Magengeschwür und bei Cholecystitis isolierten Tonus des obersten Rectussegments gesehen, welcher Vorgang sehr leicht eine Geschwulst vorzutäuschen vermag. Ebenso können Kontraktionen des Obliquus abdominis externus Geschwülste vortäuschen.

S. hält spontane funktionelle Bauchmuskelkrämpfe fast immer für hysterisch. Er beschreibt zwei solche Fälle, von denen der eine mit tonischen, der andere mit klonischen Krämpfen einherging.

A. Hofmann (Karlsruhe).

---

2) **A. Cuff.** Clinical notes on some causes of peritonitis occurring during the course of pregnancy.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 4.)

Unter Beibringung einiger Beispiele bespricht C. einige hervorstechende Ursachen für Entstehung einer Peritonitis im Laufe der Schwangerschaft. Solche Ursachen sind Appendicitis, Pyelonephritis, Bleivergiftung, intrathorakale Veränderungen, Stieltorsionen von Eierstocksgeschwülsten und die sog. »rote Degeneration« der Uterusmyome (Fairbairn). Sie geben vielfach Gelegenheit zu verhängnisvollen Irrtümern. Unter der roten Degeneration der Myome, die Fairbairn zuerst beschrieb, versteht man die Umwandlung des Myoms in eine weiche, fleischähnliche Masse durch eine aseptische Nekrobiose unter dem Einfluß irgendeiner Ernährungsstörung. Es gelang C. in einem solchen Falle von 6monatiger Schwangerschaft, das Myom aus der Uteruswand auszuschälen, ohne die Schwangerschaft zu stören.

Weber (Dresden).

---

3) **Gilliam.** The adjustable canvas chair as an aid to the Murphy-treatment.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Oktober 3.)

Die Murphy'sche Behandlung der eitrigen Bauchfellentzündung besteht darin, daß 1) der Eiter durch bestimmte Lagerung — Oberkörper 45° erhöht, Beine wagerecht — in das Becken gesenkt, 2) aus diesem durch Drainage über dem Schambein oder vom Scheidengewölbe aus abgeführt wird; 3) gleichzeitig läßt man dauernd eine warme Kochsalzlösung in den Darm einlaufen zur Auswaschung des Körpers. Die Mengen dieser Lösung, die man einführt, sind beträchtlich, 6—15 Quarts in 24 Stunden. Das Darmrohr bleibt dauernd liegen und hat vorn an der Olive drei Öffnungen, damit Gas abgehen kann; durch den Mund wird während dieser Zeit keine Flüssigkeit gereicht. Die Flüssigkeitszufuhr wird nur durch Höhenlage des Wassergefäßes, nicht durch Verengung des Schlauches reguliert, gewöhnlich steht es 8—10 cm höher als der After. — Für die halbsitzende Lage hat G. mit gutem Erfolge bei einer sehr schweren Peritonitis nach kriminellem Abort einen sog. Triumphstuhl angewandt, in dessen Sitz eine runde Öffnung geschnitten wurde, die ein Luftkissen

teilweise deckte. Dieser Stuhl wurde auf die Seitenbretter des Bettes gestellt, unter ihn eine Wanne zum Auffangen von Kot und Urin. Die sehr schwer, moribund auf den Operationstisch gekommene Kranke genas, trotzdem noch ein schweres Ekzem am Rücken auftrat.

Trapp (Bückeburg).

---

4) **M. Busch** und **E. Bibergeil.** Experimentelle Untersuchungen über Verhütung von peritonealen Adhäsionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 1.)

Verff. haben Versuche an Hunden darüber angestellt, welche Mittel man eventuell anwenden könnte, um nach Laparotomien peritoneale Verwachsungen zu verhindern. Zuerst wurden Vorversuche unternommen, um überhaupt festzustellen, inwieweit bei Hunden Verwachsungen nach Bauchschnitt mit oder ohne Eröffnung des Nahrungskanals entstehen. Es wurde dabei auch wieder die schon bekannte Tatsache bestätigt gefunden, daß Anwendung trockener Kompressen zum Abtamponieren und Tupfen die Verwachsungen mehr begünstigt als der Gebrauch feuchtwarmer Kochsalzkompressen. Als verwachsungshindernde Mittel scheinen den Verff. vor allem reizlose Fette und schleimige Substanzen in Frage zu kommen. Es wurde deshalb reines Olivenöl, Paraffin, Lanolin, Gummi arabicum, Agar, Gelatine und Fibrolysin in die Bauchhöhle gegossen; auch subkutane Injektion von Physostigmin wurde angewendet. Ein Erfolg wurde jedoch mit diesen Mitteln nicht erzielt. Einige wurden zu rasch resorbiert, andere, wie Lanolin, Paraffin, Öl usw. reizten die Serosa zu stark. Den Beweis dafür, daß subkutane Injektionen oder nach der Operation dargereichte Laxantien die Verwachsungen verhüten, sehen die Verff. noch nicht für erbracht an.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **Brehm.** Zur Therapie der subphrenischen Abszesse.

(Petersburger med. Wochenschrift 1908. Nr. 35.)

In einem Vortrage wird zunächst eine Übersicht über die anatomischen Verhältnisse gegeben. Wichtig ist das Verhalten des diaphragmatischen, lymphatischen Apparates. Die Lymphgebiete beider Seiten im Bereiche des Peritoneum diaphragmaticum sind selbständig und durch das Lig. suspensorium hepatis voneinander getrennt. Es bestehen überall Verbindungen mit den Lymphgebieten der Pleurae diaphragmaticae. Infolgedessen ist der subphrenische Abszeß fast stets einseitig und die Pleurahöhle mit affiziert, und zwar gewissermaßen um einen Grad leichter. Ist z. B. im Subphrenium Jauche, so ist in der Pleura trübseröses oder fibrinöses Exsudat.

Als Ätiologie kommen Eiterungen am Wurmfortsatz, Pankreas, durchbrechende Magengeschwüre, Leberzerreißungen in Betracht. Als Therapie empfiehlt Verf. transpleurale Eröffnung, nachdem man die Ränder der Pleura costalis mit dem Zwerchfell vernäht hat, um so die Brusthöhle etwas abzuschließen, und dann erst die Inzision durch das Zwerchfell zu legen.

Deetz (Arolsen).

6) **S. Oberndorfer. Randbemerkungen zur Lehre von der Appendicitis.**

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. Hft. 2 u. 3.)

Über die Ätiologie der Appendicitis besteht trotz der vielfachen Bearbeitung, die sie erfahren hat, noch keine völlige Klarheit. O. macht auf mehrere Punkte, die noch der Klarstellung bedürfen, aufmerksam und nimmt selbst Stellung dazu. Ein prädisponierendes Moment für die primäre Erkrankung des Wurmfortsatzes, das aber in der letzten Zeit zu wenig beachtet wurde, liegt in mechanischen Verhältnissen, in der Enge des Wurmfortsatzes. Beweis: weite, trichterförmige Wurmfortsätze werden auf dem Sektionstisch stets gesund befunden, während andererseits ein enges Meckel'sches Divertikel Entzündungserscheinungen bieten kann, die einer Appendicitis entsprechen.

Die Bedeutung der Gerlach'schen Klappe für Kot- und Sekretstauung im Wurmfortsatz und nachfolgende Entzündung, die v. Hansemann sehr hoch anschlägt, wird von O. nur gering geachtet. Auch bezweifelt O., daß Kot im Wurmfortsatz an sich Appendicitis verursachen kann.

Über die Bedeutung des Follikelreichtums des Wurms sind die Meinungen sehr geteilt. v. Hansemann sieht den Grund in der rudimentären Beschaffenheit des Organes: die spezifischen Elemente, die Drüsen sind geschwunden, die nicht spezifischen lymphatischen Elemente infolgedessen zusammengerückt. Eugen Albrecht weist dagegen auf die Größenverschiedenheit des Wurms bei verschiedenen Tierarten hin (klein bei Carnivoren, sehr lang bei manchen Herbiveren) und sieht darin eine Anpassung an die Lebensweise. Der Follikelreichtum ist dann der Ausdruck des Funktionswechsels: der Wurm hat die Rolle des resorbierenden Darmes aufgegeben und dafür die des lymphatischen Organs übernommen.

Fremdkörper und Parasiten spielen für die Entstehung einer Appendicitis nur eine untergeordnete Rolle; Kotsteine bestehen meist nicht aus Kot, sondern aus Bakterien und Schleimhautprodukten.

Am meisten bedarf noch die Bakteriologie der Appendicitis weiterer Bearbeitung. Sicher ist, daß in einzelnen Fällen eine Infektion des Wurmes auf hämatogenem Wege erfolgen kann; doch sind diese Fälle selten gegenüber der häufigen Infektion vom Darm aus. Schon der fast immer negative Ausfall der Blutuntersuchung und das Aufhören aller fieberhaften Symptome nach Exstirpation des Wurms sprechen gegen eine hämatogene und für eine lokale Ätiologie der Appendicitis. O. verwahrt sich auch gegen die so beliebte Analogie zwischen Angina und Appendicitis. Einmal ist der Bau der Mandeln ein völlig anderer, als derjenige des Wurms, hier Lücken im Epithel, dort lückenloser Epithelüberzug über den Follikeln. Die Tonsillenpfröpfe, die so häufig Ausgangspunkt der Anginen sind, fehlen beim Wurmfortsatz. Bei Annahme der Anginatheorie müßte es auch wunderbar erscheinen, daß eben nur die Follikel des Wurmfortsatzes,

nicht aber die völlig gleich gebauten der anderen Darmabschnitte erkranken.

Ein anderer wesentlicher Unterschied, als die Weite der Lichtung besteht zwischen Dickdarm und Wurm nicht. Darum muß in der Enge des Wurms der Grund für die Häufigkeit seiner Erkrankung gesehen werden. Infolge einer Stauung tritt eine Lockerung des Gewebes, Untergang von Epithelien ein, und damit ist den Infektionserregern der Eingang in das Gewebe ermöglicht.

Trappe (Breslau).

---

7) **Jeanbrau** et **Anglada.** Traumatismes et appendicite. Étude pathogénique et médico-légale.

(Revue de chir. XXVII.ann. Nr. 7.)

Verff. haben trotz ausgiebigen Studiums der einschlägigen Literatur keinen Fall finden können, in dem mit Sicherheit ein bis dahin gesunder Wurm infolge einer Quetschung der Blinddarmgegend entzündlich erkrankt wäre. Der beweglich zwischen den Darmschlingen wie zwischen Luftkissen verborgene Blinddarmanhang kann einer auf ihn wirkenden Gewalt leicht ausweichen; wird er dennoch getroffen, so tritt eher eine Zerreißung oder Durchbohrung seiner Wand durch in ihm befindliche Fremdkörper ein als eine wirkliche Entzündung. Erhebliche Anstrengungen, wie das Heben einer schweren Last, können ebensowenig wie der Defäkationsakt oder Darmkontraktionen eine Entzündung des gesunden Wurmes hervorrufen.

Das Trauma kann vielmehr nur bei einer bereits bestehenden chronischen Wurmfortsatzentzündung einen akuten Anfall auslösen, indem es Verwachsungen, die eine drohende Perforation hintanhalten oder einen Eiterherd abkapseln, zerreißt oder die Schleimhaut gegen einen in der Lichtung befindlichen Stein quetscht. Zwischen Trauma und Anfall dürfen aber höchstens 48 Stunden verstreichen, damit zwischen beiden noch ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden kann. War die Wurmfortsatzwand schon stark verdünnt, so kann auch ein Trauma, das nur die Umgebung des Blinddarmes trifft, eine akute Appendicitis hervorrufen.

Heilt der traumatisch entstandene Anfall ohne Eingriff, und treten später neue Anfälle auf, so dürfen sie nicht mehr dem Trauma zur Last gelegt werden.

Die gerichtlich-medizinischen Folgerungen beziehen sich auf das französische Unfallgesetz vom Jahre 1898. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

8) **M. Moullin.** An address on the significance of some of the symptoms of appendicitis, from the point of view of the urgency of operation.

(Brit. med. journ. 1908. August 29.)

Der bekannte Chirurg weist hin auf ein allgemeines Vorstadium vieler Appendicitisfälle, das große praktische Bedeutung hat, weil es

die einzige, kurz dauernde und im weiteren Verlaufe nie wiederkehrende Gelegenheit ist zur erfolgreichen inneren Behandlung mit Rizinus, Bettruhe, Nahrungsentziehung. Klinisch kennzeichnet sich dieses Vorstadium durch allgemeines Unbehagen im Leibe, mit mäßigen Schmerzen um den Nabel, Übelkeit, zuweilen Erbrechen, Völle im Leib, Appetitlosigkeit. Erst einen oder wenige Tage später setzt der akute, schwere Schmerzanfall ein, das Zeichen, daß nun die Entzündung auf das Peritoneum parietale übergreift und Operation angezeigt ist. Während dieses Vorstadiums können bereits schwere Veränderungen am Wurme stattgefunden haben. So erklärt es sich, daß der Chirurg oft schon am angeblich ersten Tage der Erkrankung Zerstörungen bis zu voller Gangrän vorfinden kann.

Ein zweiter Punkt, dessen Bedeutung Verf. betont, ist die kutane Hyperästhesie mancher Fälle über der rechten Darmbeingrube und zuweilen hinten. Es ist dies eine Head'sche Zone, deren Lage zu der des Wurmes in gar keiner Beziehung steht. Ihre Bedeutung liegt darin, daß sie ein frühes Zeichen ist, daß sie meist nicht länger als einige Tage beobachtet wird, daß sie fast immer eine Dehnung der Wurmwand anzeigt. Schwindet sie langsam, so bedeutet das eine Abschwellung des Wurmes und Neigung zur Heilung; schwindet sie plötzlich, so hat ein Durchbruch stattgefunden, und die absolute Anzeige zur Operation ist gegeben. Mit dem peritonealen Tiefenschmerz hat diese kutane Hyperalgesie nichts zu tun.

Dem McBurney'schen Schmerzpunkt mißt M. große Bedeutung bei. Mehrstündlich gezählte, zunehmende Leukocytenwerte sind ihm eine Anzeige zur Operation; ganz niedrige Zahlen bei schwerem Krankheitsbilde lassen fast sicher den tödlichen Ausgang voraussehen. — M. ist ein Anhänger der sofortigen Operation in allen Fällen, wo die Zeichen einer fortschreitenden Entzündung zu finden sind, ohne Rücksicht auf das angeblich so gefährliche Intermediärstadium.

Weber (Dresden).

---

9) **Kothe.** Das neutrophile Blutbild im Frühstadium der akuten Appendicitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 36.)

K. hat an einem größeren Materiale (Abteilung Sonnenburg) festzustellen versucht, in welcher Weise sich das neutrophile Blutbild bei der akuten Appendicitis verändert und welche Dienste die Arneth'sche Methode im Verein mit der Bestimmung der Gesamtzahl der Leukocyten uns für die Diagnose und Prognose speziell im Frühstadium der Erkrankung zu leisten imstande ist.

Das Ergebnis der Untersuchungen ist nun:

Die Arneth'sche Methode leistet für die Beurteilung und Behandlung der akuten Appendicitis wichtige Dienste, indem sie die Diagnose sichert und die Auswahl der Fälle für die operative und exspektative Behandlung erleichtert. Das Blutbild soll aber immer nur mit den übrigen Symptomen zusammen verwertet werden. Be-

stimmte Zahlen als Richtschnur lassen sich danach nicht aufstellen, da die Methode sehr subtil und in nicht geringem Grade von dem subjektiven Ermessen des einzelnen Beobachters abhängig ist. In gewissem Sinne ist die Methode auch für die Prognose verwertbar: je weniger das Blut geschädigt ist, um so besser die Prognose. Bei methodisch fortgesetzten Untersuchungen erwies sich die Bestimmung der Prozentzahl der Neutrophilen besonders wichtig nach den Operationen (Fortschreiten bzw. Zurückgehen der Entzündung, Auffinden sekundärer Abszesse). Zunehmende Veränderung des Blutbildes nach einer Operation weist mit Sicherheit auf Komplikationen hin. Erfolgt gleichzeitig ein Absinken der Leukocytenzahl, so ist dies als Signum mali ominis aufzufassen.

Von der Arneth'schen Methode sind noch weitere wertvolle Ergebnisse zu erwarten. **Langemak** (Erfurt).

---

10) **E. A. Oppenheim.** Zur Frage der Obliteration des menschlichen Wurmfortsatzes.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. Hft. 2 u. 3.)

Fast der vierte Teil aller durch Sektion gewonnenen Wurmfortsätze ist total oder partiell obliteriert. Zur Erklärung dieser Erscheinung sind im wesentlichen drei Theorien aufgestellt worden: Wölfler, Ribbert, Zuckerkandl erblicken in der Obliteration einen Involutionsvorgang der rudimentären Organe. Eine andere Anschauung glaubt äußere Ursachen für die Obliteration verantwortlich machen zu müssen; und zwar nimmt Ribbert eine chronische Intoxikation, Oberndorfer eine chronische Entzündung an. Aschoff endlich führt alle Obliterationen auf einen akuten pseudomembranös nekrotisierenden Prozeß zurück.

O. hat unveränderte Wurmfortsätze von Erwachsenen und Kindern, ganz und teilweise obliterierte und auch entzündete Wurmfortsätze unter aller Vorsicht eingebettet und in verschiedenen Schnittrichtungen, Stufen- und Serienschnitten untersucht. Er konnte nachweisen, daß in den obliterierten Wurmfortsätzen lediglich die Schleimhaut zugrunde gegangen war, während alle anderen Bestandteile in normaler Weise erhalten waren.

Mit diesen Befunden ist die Annahme einer akuten oder chronischen Entzündung für alle Fälle unvereinbar, da meistens keinerlei Narbengewebe nachzuweisen ist und die Wandschichten keinerlei Verwerfung oder andere Zeichen abgelaufener Entzündung zeigen.

Die Annahme eines einfachen Involutionsvorganges stößt deshalb auf Schwierigkeiten, weil nur die Schleimhaut verloren geht, die anderen Darmwandschichten aber erhalten sind.

O. erklärt sich den Vorgang folgendermaßen: Infolge der Involution wird die Lichtung sehr eng, es findet eine Sekretstauung statt, die zu ödematöser Durchtränkung und schließlich zum Untergange der Schleimhaut führt. Danach kommt es zur Verwachsung der ihrer Schleimhaut beraubten Darmwandung.

Ein analoger Vorgang findet bei der Atresie des involvierenden Uterus statt.

Trappe (Breslau).

---

11) Pankow. Die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und weiblichen Genitalerkrankungen.

(Med. Klinik 1908. p. 1527.)

60 von Hundert aller der Freiburger Frauenklinik zugehenden Frauen haben in der Geschlechtsreife eine Blinddarmentzündung durchgemacht.

An der Hand eigener Erfahrungen werden die unterscheidenden Merkmale zwischen Appendicitis und gonorrhoischer, tuberkulöser, septisch-saprischer Pyosalpinx, Tubarschwangerschaft, Hämatokele, zwischen akuter appendicitischer Perforationsperitonitis und stielgedrehter Eierstocksgeschwulst, zwischen chronischer Wurmfortsatzentzündung und beweglicher Uterusretroflexion, Oophoritis, Eierstockssenkung, Endometritis, rechtsseitiger Wanderniere, allgemeiner Enteroptose und endlich Hysterie besprochen. Im letzteren Falle wurden einmal erst die runden Mutterbänder verkürzt und später der ganz gesunde Wurmfortsatz entfernt, ohne irgendwelchen Dauererfolg.

Georg Schmidt (Berlin).

---

12) H. Rendu. Les lésions hépatiques d'origine appendiculaire et leur retentissement gastrique.

Inaug.-Diss., Paris, 1908.

Verf. bespricht in seiner Arbeit den Zusammenhang zwischen den schweren Formen der Appendicitis und Schädigungen der Leber. An der Hand einer größeren Anzahl von selbst beobachteten Fällen und Tierexperimenten weist er darauf hin, daß man zweierlei Schädigungen des Lebergewebes in Betracht ziehen müsse, einmal eine direkte Bakterieninfektion, dann aber auch eine Schädigung der Leberzellen durch die Toxine. In seiner Arbeit weist R. darauf hin, daß der rechte Leberlappen häufiger von den Schädigungen getroffen wird wie der linke, eine Behauptung, die er durch Ergebnisse im Tierexperiment, durch Phosphorinjektionen in den Processus zu stützen sucht.

In dem zweiten Teile stellt R. die Behauptung auf, daß die so häufig beobachteten Störungen des Magens, auch Erbrechen blutiger Massen im Verlaufe einer Appendicitis ebenfalls auf Schädigungen der Leber zurückzuführen seien. Eine größere Anzahl von Krankengeschichten und Tierexperimenten werden zum Beweise und Erklärung angeführt.

L. Simon (Mannheim).

---

13) A. Mantle. Mucous colitis and its relationship to appendicitis and pericolitis, with remarks upon its treatment by irrigation (Plombières Bath).

(Brit. med. journ. 1908. Juli 11.)

M.'s Arbeit behandelt die Beziehungen zwischen der Colitis mucosa, die für ihn nur dem Grade nach von der Colitis membranacea

und haemorrhagica verschieden ist, und der Appendicitis. Verwechslungen sind zahlreich: Die Kolitis wird für Appendicitis gehalten und umgekehrt. Die Kolitis ist die Hauptursache für fortbestehende Beschwerden trotz der Appendektomie; sie kann sowohl Ursache wie Folge einer Appendicitis sein. M. führt Beispiele dafür an. Zur Behandlung im chirurgischen Sinne empfiehlt M. die Coecostomie oder die Appendikostomie als Mittel zur Ableitung des Stuhles bzw. zur Spülung. Die Spülbehandlung ohne operativen Eingriff ist seit Jahren besonders ausgebildet worden in Plombières und Harrogate. M. geht des näheren auf die dabei geübte Technik ein.

Weber (Dresden).

---

14) **E. S. Carmichael.** Some points in the anatomy and pathology of the hernial sac.

(Brit. med. journ. 1908. August 29.)

Die Erfahrungen an über 300 Bruchoperationen, vorwiegend bei Kindern, haben den Verf. überzeugt, daß die Zahl der angeborenen Bruchsäcke bei weitem höher ist als man bisher angenommen hat. Die Begründung für diese Behauptung muß in der Arbeit selbst eingesehen werden. Verf. geht sogar so weit, daß er in über 50% aller kleinen Kinder, wie sie zufällig gerade zur poliklinischen Beobachtung kommen, einen offenen Processus vaginalis annimmt, weil sich in der entsprechenden Zahl von Fällen der Samenstrang der einen Seite wesentlich verdickt anfühlt im Vergleiche zur anderen. Diese Verdickung sei fast immer zu deuten als ein offen gebliebener Scheidenfortsatz des Bauchfells.

Weber (Dresden).

---

15) **A. Brenner.** Radikaloperation der Nabelbrüche durch Lappendoppelung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt seine Operationsmethode der Nabelhernien, die ziemlich identisch mit der von Wreden ist; doch hat B. dieselbe unabhängig von letzterem ausgeführt. Die Operation wird in folgender Weise vorgenommen. Nach einem Längsschnitt über die Höhe des Bruches wird der Bruchsack ausgeschält, eröffnet, der Bruchinhalt versorgt und reponiert. Dann wird die Bruchpforte durch eine Bauchfell und Aponeurosenwand fassende Naht meist in querer Richtung verschlossen, darauf der Schnitt bis auf die Linea alba vertieft, die Fettmasse von der zwischen den Musc. recti liegenden Aponeurose abgelöst und der Innenrand des M. rectus beiderseits durch einen kleinen Fascienschnitt aufgesucht. Das elliptische Feld, das sich nun zwischen den beiden Recti zeigt, soll durch zwei Lappen aus der vorderen Rectusscheide verstärkt und dadurch die Bruchpforte verlegt werden. Die Fettlappen werden dann vom Innenrande der geraden Bauchmuskeln zurückpräpariert, dann wird jederseits ein halbmondförmiger Lappen aus der vorderen Rectusscheide gebildet. Die Enden des Lappenschnittes treffen oben und unten die Mittellinie. Die beiden

Lappen werden abgelöst und erst der eine nach der entgegengesetzten Seite umgeschlagen und mit der Scheide daselbst durch Naht vereinigt. Dann wird der andere Lappen ebenfalls umgeklappt und mit der Umschlagslinie des ersten vernäht. Es folgt Drainage und Hautnaht. Die doppelte Platte der Rectusscheiden soll für die Zukunft ein Hervortreten von Bruchinhalt verhüten. Die Entblößung der Recti in der großen Ausdehnung, wie sie die Lappenbildung verursacht, bringt keinen Schaden. Als Vorzug der Methode wird angesehen, daß sie sich den Verhältnissen des Dickbauches anpaßt und weder vor noch nach dem Eingriff eine Entfettungskur erfordert, die doch nicht immer durchzuführen ist. Von 26 Operierten sind drei gestorben. Alle anderen Fälle sind dauernd geheilt, so daß B. die Methode als unbedingt zuverlässig empfehlen kann. Am Schluß folgen die Krankengeschichten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

16) **V. Lieblein.** Der Galalithdarmknopf.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 289.)

Im Verlaufe von 12 Jahren wurden an der Wölfler'schen Klinik an 268 Fällen von Magen-Darmoperationen Erfahrungen über die Brauchbarkeit des Murphyknopfes gesammelt. Während dessen Verwendung anfänglich eine fast ausschließliche (ausgenommen Dickdarmoperationen) gewesen war, führte eine Anzahl von 25 tödlichen Knopfunfällen im Laufe der Jahre zu seiner völligen Verdrängung durch die Nahtanastomosen.

Eine Kritik der Todesfälle ergibt, daß zur Gastroenterostomie bei hypertrophischer und brüchiger Magenwand die Naht entschieden vorzuziehen ist, daß Unfälle bei der vorderen Gastroenterostomie und bei bösartigen Grundleiden häufiger sind als bei der hinteren Gastroenterostomie und bei gutartigen Magenaffektionen, weiter, daß die chronischen Dünndarmstenosen ein dankbareres Gebiet für die Knopfanwendung abgeben, als die akuten Ileusfälle und besonders die gangränösen Hernien.

Ursache aller Übelstände ist die Schwere, die enge Lichtung und die Nichtresorbierbarkeit des Knopfes.

Diese Nachteile vermeidet nun der Galalithknopf des Verf.s, der aus einer Verbindung des Formaldehyds mit Parakasein nach dem Muster des Murphyknopfes konstruiert und völlig resorbierbar ist bis auf die Federn aus Neusilber. Der Knopf wird von der Firma Schaerer in Bern in drei Größen hergestellt mit einer Lichtung von 7—11 mm und einem Gewicht von 2—4 g.

19 Tierversuche und die Anwendung am Menschen bei 19 Gastroenterostomien und 3 Dünndarmresektionen bei brandigen Brüchen fielen befriedigend aus.

Als vornehmliches Anwendungsgebiet bezeichnet Verf die Pylorusstenosen, bei denen eine Abkürzung der Operationsdauer sehr wünschenswert ist und zugleich die Infektionsgefahr verringert. Auszuschließen von der Verwendung des Knopfes sind auch hier Fälle mit

stark verdickter, brüchiger Magenwand und gangränöse Hernien. Außerdem soll man zur Sicherheit noch stets eine einfache Übernähung hinzufügen.

Die Knöpfe werden durch Kochen in Wasser sterilisiert, wobei sie etwas erweichen, und in Karbolglyzerin aufbewahrt, worin sie ihre brauchbare Konsistenz wieder erhalten und monatelang liegen bleiben können.

Reich (Tübingen).

---

17) **Lund.** The diagnosis at operation between chronic ulcer and cancer of the stomach.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. August 15.)

Selbst nach Eröffnung des Magens läßt sich die Diagnose in manchen Fällen sehr schwer stellen, besonders wenn es sich um beginnenden Krebs handelt, dessen operative Behandlung die meisten Aussichten bietet. Die vor der Operation gemachten Untersuchungen — namentlich die des Magensaftes — sind in solchen Fällen sehr wichtig. Verf. legt großen Wert auf das Verhalten der Salzsäure. Die Geschwüre, die Zweifel bieten, können sein: 1) verhärtet, meist an der kleinen Kurvatur gelegen, aber verschieblich. Diese müssen, selbst wenn gutartig, entfernt werden, da Gastroenterostomie keinen Erfolg bringt. Am besten ist eine teilweise Gastrektomie. 2) verhärtet mit Sitz am Pylorus. Sie erstrecken sich oft vom Duodenum auf diesen, sind mit dem linken Leberlappen und Pankreas verwachsen. Sie sind meist gutartig, Gastroenterostomie ist zweckmäßig, Exzision schwer und gefährlich. Im ersteren Fall ist das chemische Verhalten des Magensaftes weniger wichtig als im zweiten.

Trapp (Bückeburg).

---

18) **M. Moullin.** A clinical lecture on gastro-enterostomy for non-malignant disease.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 11.)

Der sehr bewanderte Chirurg gibt uns hier seine Erfahrungen über die Gastroenterostomie bei gutartigen Leiden wieder. Er anerkennt als Anzeige zur Operation die gutartige Verengerung durch Narbe, fibröse Stenose oder jahrelang bestehenden Krampf, das Magen- und Duodenalgeschwür selbst und die Blutung. Im allgemeinen zieht er die hintere Gastroenterostomie mit kurzer Schlinge (sog. no-loop method) der vorderen oder der Finney'schen Operation vor. Die Frage, wo die neue Öffnung angebracht werden soll, beantwortet er nach den neueren Forschungen von Cunningham. Danach besteht der Magen aus zwei Teilen, die während der Fortbewegung des Inhaltes völlig getrennt voneinander arbeiten. Ein sphinkterähnliches Band von Muskelfasern erstreckt sich von dem kardialen Ende der kleinen Kurvatur quer über den Magen und teilt diesen ein in einen annähernd senkrechten, kardialen, links gelegenen Anteil und den quer gelegenen, rechten, Pylorusschlauchteil. Meistens kann man diese Tei-

lung auch bei Operationen zur Darstellung bringen. Daß diese beiden Teile tatsächlich voneinander getrennt arbeiten, hat M. gelegentlich durch eine besondere Art des Erbrechens nach der Gastroenterostomie nachweisen können. Zuweilen erbrechen die Kranken einige Zeit nach der Operation, wenn das Narkosebrechen bereits vorüber ist, 2—3 Tage lang äußerst sauren Mageninhalt, dem aber niemals Nahrung beigemengt ist, auch wenn sie erst eine Viertelstunde vorher aufgenommen war. Ein Beweis dafür, daß der Magen in zwei voneinander getrennten Teilen arbeitet. Wenn die Verschwellung der neuen Fistel vorüber ist, hört auch dieses Säureerbrechen auf. An der Grenze dieser beiden Magenanteile soll die Fistel angelegt werden. — Die Ansicht, daß die heilende Wirkung der Gastroenterostomie auf ein Geschwür in der Neutralisierung des hyperaziden Mageninhaltes durch das Einfließen der alkalischen Säfte des Pankreas und der Leber beruht, vermag Verf. nicht zu teilen. Denn seiner Meinung nach findet man einige Zeit nach der Operation nur ausnahmsweise im Magen Galle, während sie allerdings in den ersten Tagen wegen der Verschwellung der Wundränder Gelegenheit hat, länger im Magen zu verweilen.

Wenn jahrelange Unterernährung und hochgradige sekundäre Neurasthenie vorhanden sind, kann der Erfolg der Operation begreiflicherweise nicht vollkommen sein. Auch nach der Operation ist sorgfältige Lebensweise und Diät unerläßlich, eine Regel, gegen die nur zu oft verstoßen wird. Auf diese Weise sind Mißerfolge nach der Gastroenterostomie oft zu erklären.

Weber (Dresden).

---

19) **H. Braun.** Entzündliche Geschwülste am Darm[1].

B. machte in dieser Mitteilung unter Hinweis auf einen vor 8 Jahren auf dem Chirurgenkongreß gehaltenen Vortrag über entzündliche Geschwülste des Netzes auf das Vorkommen analoger Prozesse in der Nähe des Kolon aufmerksam. Diese Geschwülste hängen so innig mit der Darmwand zusammen, daß sie bei unserer jetzigen geringen Kenntnis dieser entzündlichen Veränderungen für Karzinome gehalten und meist auch als solche exstirpiert werden. Um so leichter ist diese Verwechslung möglich, da diese Pseudotumoren meist mehr oder weniger schnell wachsen, ohne Fieber verlaufen, Stenosenerscheinungen des Darmes veranlassen und zur Kachexie führen können. B. teilt die Krankengeschichte eines derart verlaufenen und von ihm behandelten Falles von Tumor des Colon descendens bei einer 64 Jahre alten Frau mit; erst die mikroskopische Untersuchung ergab die Diagnose. Gewiß können aber diese Tumoren auch wieder verschwinden. So war B. ein älterer Herr mit Karzinom des Colon ascendens zuge-

---

[1] Dieser Selbstbericht über einen auf dem letzten Deutschen Chirurgenkongreß gehaltenen Vortrag hat zufällig keine Aufnahme in dem allgemeinen Kongreßbericht (cf. Beilage zu Nr. 35 dieser Zeitschrift) gefunden. Auf ihn bezieht sich die Diskussion auf p. 136, vor der er hätte stehen sollen. Red.

schickt worden, der in der rechten Seite des Leibes einen faustgroßen, harten, höckerigen Tumor hatte. Die in Aussicht genommene Operation wurde von dem Kranken aber entschieden verweigert, und bei einer 9 Jahre später vorgenommenen Untersuchung war nichts mehr von dem früher vorhandenen Tumor nachweisbar. Diese entzündlichen Geschwülste sind es, die vom Arzt für Karzinom erklärt und durch Kurpfuscher oder Geheimmittel geheilt werden können. Zur Heilung dieser Geschwülste ist wohl nur ausnahmsweise die Darmresektion notwendig, sondern es wird genügen, wenn die Diagnose während der Operation gestellt wird, die Geschwulstmassen bis in die Nähe der Darmwand abzutragen, oder Exzisionen aus ihr zu machen, oder die Enteroanastomose auszuführen. (Selbstbericht.)

---

20) **R. Lesk.** Über Gallensteinileus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 47.)

Die aus der Prof. Schnitzler unterstellten chirurgischen Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien hervorgegangene Arbeit berichtet über die einschlägigen Operationen Schnitzler's, nämlich sechs klinische Fälle, wovon die Hälfte genasen, und fünf anderweitig behandelte, welche sämtlich starben. Aus der Literatur (45 Nummern zählendes Verzeichnis derselben zum Schluß der Arbeit) hat sodann L. alle sonst publizierten Fälle gesammelt und in einer Tabelle zusammengestellt, um auf Grund der Ergebnisse dieses Materiales eine Allgemeinbesprechung des Gallensteinileus zu liefern.

Die Krankheit befällt vorzugsweise Frauen in vorgerückten Jahren. Die zur Darmpassagestörung führenden Steine scheinen meist nicht durch die natürlichen Wege, sondern durch pathologische Kommunikationen zwischen Gallenblase und Darm in letzteren zu gelangen, ein Vorgang, der fast symptomlos zu erfolgen pflegt. Anamnestisch finden sich aber meist sonstige Hinweise auf Bestehen von Cholelithiasis, sowie Angaben über frühere Anfälle von Darmkolik. Das Leiden beginnt meist mit einem plötzlichen Leibschmerz, der aber nicht so stark zu sein pflegt wie der Initialschmerz bei einem Strangulationsileus. Weiterhin ist ein gewisser Wechsel der Kolik und Ileussymptome bzw. von deren Heftigkeit charakteristisch, den L. also erklärt. Der Gallenstein wirkt passageerschwerend auf den Darminhalt, der durch ihn gestaut wird. Folge davon ist vermehrte Peristaltik, durch die der Stein auch ein Stück weit darmabwärts gefördert und der Darminhalt ebenfalls bewegt wird. Unter Erleichterungsgefühl und Nachlaß der Darmkrämpfe bleibt aber jetzt der Stein liegen und bewirkt neuerdings Stauung, desgleichen aber auch neue Darmkrämpfe, Erbrechen usw. Das Spiel wiederholt sich, bis eine Erschöpfung bzw. Lähmung der motorischen Darmkräfte eintritt. Sitz des Ileus bewirkenden Steines ist in der Hälfte der Fälle das untere Ileum; die Größe des Steines beträgt meist 2—4 cm. Die Dauer der Ileussymptome betrug durchschnittlich 2—6 Tage, die Prognose für die Ope-

ration ist nur in den ersten 4 Tagen günstig. Im ganzen wurden von 92 verzeichneten operierten Fällen 42 geheilt, 50 endeten tödlich. Bei kleinen Steinen empfiehlt sich die Enterotomie mit Längsschnitt und querer Naht (Körte), bei größeren Längsschnitt und Längsnaht. Eine Revision der Gallenwege wegen akut entzündlicher Erscheinungen kommt bei der Operation nicht in Betracht, dagegen kann, wenn man einen fazettierten Stein gefunden hat, eine Revision der Gallenblase und der geblähten Darmschlingen erforderlich sein; ebenso kommen bei Ulzeration und Perforation am Darm Resektionen, Darmanastomosierungen in Frage, die aber sehr schlechte Prognose haben. Da die sichere Diagnose des Gallensteinileus selten möglich ist (eine Geschwulst ist bei ihm der Regel nach nicht fühlbar) und Operationen an den Gallenwegen selten in Erwägung zu ziehen sind, ist als Schnittführung die in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse zumeist zu empfehlen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

21) **Hanes.** A new position for the diagnosis and treatment of diseases of the rectum and sigmoid flexure.

(Journ. amer. med. assoc. 1908. Oktober 3.)

• H. nennt die Lage die »übertriebene Knie-Ellbogenlage«. Der Kranke liegt mit den Beinen bis zur Leistenbeuge auf einem Operationstisch, der Rumpf hängt senkrecht herunter, und der Oberkörper stützt sich mit den Schultern auf zwei Stühle, zwischen denen der Kopf frei herabhängt; oder der Kopf ruht auf dem Fußboden auf den beiden Vorderarmen, die auf untergeschobene Kissen sich stützen. Es ist einleuchtend, daß durch diese Lage der gesamte Bauchinhalt gegen das Zwerchfell rückt und so der unterste Abschnitt des Darmes gerade gestreckt wird. Gleichzeitig strömt, oft unter hörbarem Geräusch, wenn man den Mastdarmspiegel einschiebt, Luft in den Darm und bringt ihn zur völligen Entfaltung, so daß die Schleimhaut weithin zu übersehen ist. Das Rektoskop läßt sich leichter und schonender einführen als bei allen anderen Arten von Lagerung. Eingießungen sind in erstaunlichen Mengen möglich, ebenso natürlich lokale Behandlung, wenn man Spiegel von genügender Weite anwendet. Die Lage soll bis zu 20 Minuten ertragen werden.

Das Verfahren scheint der Nachprüfung wert.

Trapp (Bückeburg).



Kleinere Mitteilungen.

Aus dem Elisabeth-Krankenhaus in Kassel.

Die Abstufung der Resorbierbarkeit ein Wesentliches in der Catgutfrage.

Von

Dr. Fr. Kuhn.

Nachdem die »Keimfreiheit« des Catgut, auf Grund dessen, was ich in der letzten Zeit an verschiedenen Orten mitgeteilt habe, erledigt sein dürfte, und wir in meinem Sterilcatgut, welches »händefrei« und »kontaktfrei« hergestellt, und »vor dem Drehen und während desselben zuverlässig desinfiziert (die Desinfektionskörper seien noch dahingestellt, Sublimat, Jod, Argentum usw.) wird«, ein im vollsten Sinne des Wortes »keimfreies« Präparat haben, benötigt es, eine andere große Seite der Catgutfrage zu besprechen, eine klinische Seite, die meines Erachtens mindestens nicht weniger wichtig ist als die Sterilität, nämlich

„die Resorption des Catgut".

Um uns nach dieser Richtung leichter zu verstehen, bitte ich mit mir mehrere Catgutfäden verschiedener Zubereitung zur Hand zu nehmen, etwa

1) ein Sublimatcatgut oder Cumolcatgut (Krönig),
2) ein Claudius'sches Jodcatgut,
3) mein Sterilcatgut.

Von jedem dieser Fäden wollen wir probeweise einige Stücke in der Haut eines Operierten vernähen. Bei der Verfolgung der Vorgänge während der nächsten Tage muß uns zunächst die verschiedene Dauer der Resorption auffallen: Der Faden gewöhnlicher Zubereitung braucht 8—10 Tage bis er aufgelöst worden ist bzw. abfällt, der Claudius'sche 15—20 Tage, mein Sterilcatgut 25—40 Tage.

Ganz entsprechend dieser mehr oder minder raschen Resorption geht die Sekretion im Stichkanal und die, wenn man es so nennen will, Eiterbildung parallel. Der weich gewordene Catgutfaden ist von eitrigem Sekret belegt, das sich auch auf Druck aus dem Kanal entleert; der ganz ungequollene, unveränderte Jodsterilcatgutfaden dagegen ist ganz trocken geblieben und reiner wie ein Seidenfaden.

In diesen Unterschieden nun bezüglich Resorption und Sekretion liegt der Fingerzeig, wie wir Catgut anzuwenden haben. Nicht ob Catgut oder ob Seide ist die Frage. Bei der Wahl des Nahtmaterials gilt es vielmehr zu entscheiden, nicht ob wir Catgut anwenden sollen, sondern welches Catgut, d. h. Catgut welcher Zubereitung.

Ich selbst war stets und zu frühestens mit ein überzeugter Anhänger der Seide; ich nähte viele Jahre alles, selbst gynäkologische Sachen, nur mit Seide.

Seitdem ich aber die Catgutfrage näher studiert und die Bedeutung der Unterschiedlichkeit der Resorption kennen gelernt habe und auch die Wege, eine solche zu erzielen, seit dieser Zeit weiß ich, daß man auch mit denselben Resultaten alles mit Catgut nähen kann. Dabei bleibt der Vorteil, daß der Faden früher verschwindet.

Worin besteht nun das Geheimnis bei der Verwendung von Catgut und worin der Kunstgriff seiner richtigen Verwendung?

Er beruht auf folgenden Tatsachen:

1) Behandelt man einen Rohdarm vom Hammel vor dem Drehen (wie für mein Sterilcatgut) mit Jodlösungen und dreht ihn in diesem Zustande zu Catgut, so erhält man ein ganz besonderes, durch und durch gegerbtes, höchst widerstands-

fähiges Material, das, ähnlich wie Leder, höchst schwer auflösbar und resorbierbar ist.

Ein solcher Faden bleibt in einer Wunde lange Zeit, eine Reihe von Wochen, fast unverändert; er liegt darin wie ein solider Faden von Gummi oder Metall. Dementsprechend ist er ganz passiv und greift nicht in die naturgemäßen Heilungsvorgänge in der Wunde rings um ihn ein. Er reizt durch nichts, macht keinerlei Sekretion, provoziert keine Leukocyten, stellt keine Anforderungen hinsichtlich Resorption; er quillt nicht und zerfällt nicht in Einzeldrähte.

Erst nach Wochen wird er langsam durchscheinender und nimmt ab, dies aber ohne Lockerung, von der Peripherie aus, durch Auflösung nach Art eines Zuckerbonbons im Munde.

Alle diese Einzelheiten, mit Ausnahme der letzteren, rücken den Faden dem Silberdrahte näher, dessen gutes Einheilen in Wunden bekannt ist.

2) Ähnlich steht es um den Claudius'schen Catgutfaden; behandelt man einen Rohcatgutfaden nach Claudius mit Jod, so entsteht um den Faden gleichsam eine Rinde, sichtlich ungefähr in der Art, wie es soeben vom Sterilcatgut geschildert wurde. Dementsprechend zeigt der Faden wenigstens im Beginne verlangsamte Resorption. Diese setzt dann mit einem Mal ein und vollzieht sich rasch weiter, wie beim gewöhnlichen Catgut.

3) Den soeben in 1) und 2) geschilderten Verhältnissen entgegen zeigt ein Catgutfaden gewöhnlicher Präparation (Cumolcatgut, Saul'sches Catgut usw.) eine rasche Quellung, Lockerung und Erweichung. Der Faden zerfällt in Lamellen, entsprechend seiner Entstehung. Diese werden einzeln angefressen. So entsteht alsbald ein weiches Gebilde, um dieses eine lebhafte Sekretion.

Vergleicht man nun die Vorgänge in und an einer Wunde nach einer frischen Naht, so ist folgender Unterschied in die Augen springend:

Der langsam resorbierbare Faden ist, wie ein Seiden- oder Drahtfaden, ganz passiv, chemisch inaktiv, reizlos; er ist glasartig massiv, nicht imbibierbar, ohne Kranz von Leukocyten; dagegen verwandelt sich der rasch zerfallende und rasch lösbare Faden alsbald in einen Klumpen weichen Breies artfremder Bestandteile von ziemlicher Masse (z. B. Catgut Nr. 4 hat den Querschnitt der Pellen von zwei Frankfurter Würstchen), die chemisch höchst aktiv auftreten, resorptionsbedürftig sind, Leukocyten anlocken und andere Reaktionen auslösen.

Die Schlußfolgerungen aus dem Gesagten ergeben sich von selbst:

Es ist leicht zu begreifen, daß im Innern einer sich gerade eben zur Heilung anschickenden Wunde, also z. B. bei versenkten Nähten, Bruchoperationen usw., nichts riskanter ist, als eine derartige Häufung artfremden, toten Tiermaterials. In einer solchen Wunde, namentlich zu Beginn der Heilung, muß dieses Material höchst störend wirken. Wie anders, wenn der Faden wenigstens die erste Zeit sich ganz passiv verhält, chemisch ganz inaktiv, ganz indifferent!

Andererseits begreift es sich, daß bei oberflächlicher Verwendung, bei ganz flachen Hautnähten, namentlich solchen, die von selbst abfallen sollen, ein leicht löslicher Faden schon eher angezeigt ist, und daß hier seine störende Wirkung event. viel weniger zur Geltung kommt.

Wir sehen also, welchen Unterschied wir mit unserem Catgut machen müssen: Wir müssen es mit Rücksicht auf seine Resorbierbarkeit verwenden, und e nachdem diese rascher oder weniger rasch vor sich geht.

Für tiefere Nähte und für Unterbindungen muß absolut an einem Catgut in der Art meines Sterilcatgut, das mit Jod präpariert und schwer löslich ist, festgehalten werden, und ihm für alle tieferen Zwecke, Bauchdecken-, Bruchoperationen usw., der Vorzug gegeben werden.

Für oberflächlichere Zwecke kann eher einmal eins, das den seitherigen Arten ähnelt, Verwendung finden. Ich habe für diesen Fall neben dem Sterilcatgut noch ein solches mit der Beibezeichnung leicht löslich, das mittels Sublimat, im übrigen aber wie das andere hergestellt wird, in Anregung gebracht.



22) **Stone.** Desmoid tumors of the abdominal wall.

(Annals of surgery 1908. August.)

Zu der Pfeiffer'schen Statistik von 400 Fällen der Desmoide der Bauchdecken (Beiträge zur klin. Chirurgie 1904), die bis zum Jahre 1904 reicht, hat S. bis heute noch 10 Fälle aus der Literatur gesammelt, die kurz näher beschrieben werden. Es wird dann die pathologische Anatomie dieser aus den Aponeurosen und Muskelscheiden der Bauchwand hervorgehenden Geschwülste besprochen. Mikroskopisch bestehen sie aus zellarmem Bindegewebe, das zuweilen sarkomatös oder myxomatös entartet. Sie kommen meistens beim weiblichen Geschlecht und vorwiegend bei Frauen vor, die geboren haben. Ihr Sitz ist gewöhnlich der rechte untere Quadrant des Bauches; sie gehen in erster Linie vom Rectus aus, dann folgen der Häufigkeit nach Obliquus externus, Fascia transversalis und Linea alba. Die Ätiologie ist dunkel. Klinische Symptome machen die Geschwülste besonders dann, wenn sie nach innen, nach der Bauchhöhle zu, wachsen, wobei sie dann leicht mit Leber-, Netzgeschwülsten usw. verwechselt werden können. Die benachbarten Lymphdrüsen schwellen erst dann an, wenn die Geschwulst bösartig geworden ist. Wegen der Neigung zu solcher Verwandlung soll möglichst früh operiert werden. Die Sterblichkeit beträgt, wenn die Bauchhöhle eröffnet wurde, 3,5%, ohne Eröffnung derselben 1,05%. Rezidive traten ein bei Männern in 68,1%, bei Frauen in 90%. Die endgültige Heilung erfolgte nach wiederholter Operation bei Männern in 50%, bei Frauen in 21,2%. **Herhold** (Brandenburg).

23) **P. Schroeter.** Ein kasuistischer Beitrag zu den Schußverletzungen des Magen-Darmtraktus und den Perforationen chronischer Magengeschwüre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 179.)

S. berichtet folgende, von ihm im Krankenhause zu Pabianice (Russisch-Polen) mit bestem Erfolg operativ versorgte Fälle: 1) 25jähriger Arbeiter, der einen Schuß mit Eingang am linken Steißbeinrand erhalten hat. 15 Stunden später wegen Zeichen beginnender Peritonitis Laparotomie. Es finden sich drei Darmschußlöcher, eins im Querkolon, zwei im S romanum. Darmnähte, Mikuliczdrainage des kleinen Beckens, Heilung. 2) 39jähriger Fabrikarbeiter, wegen Magengeschwür im Krankenhause befindlich, wo er plötzlich von Perforationssymptomen befallen wird. 5 Stunden später Laparotomie. Nachweis des Magenperforationsloches, für einen Finger durchlässig, an der Vorderwand nahe der kleinen Kurvatur bei der Cardia. Da Naht unmöglich, einfache Gazetamponade, Reinigung der infizierten und mit Mageninhalt verunreinigten Bauchhöhle mit trockenen und feuchten Tupfern. Die ersten 9 Tage ausschließliche Klysmenernährung, übrigens glatter Heilungsverlauf. 3) 44jähriger Arbeiter mit Schußwunde in der Magengegend, 3 km per Achse ins Spital gebracht. Laparotomie 8 Stunden nach der Verletzung. Ein Schußloch in der Magenvorderwand, nahe der oberen Kurvatur, 8 mm im Durchmesser haltend; Naht desselben. Anlegung eines Fensters im Lig. gastrocolicum, durch welches die Magenhinterwand eventriert wird. Sie zeigt eine 5 mm breite Durchlöcherung, die auch vernäht wird. Bauchhöhlenreinigung mit Kochsalzspülung, Gazedrains im oberen Bauchteile. Leichte Störung des Heilungsverlaufes durch linksseitiges seröses, eine Punktion erforderlich machendes Pleuraexsudat. Das Geschoß wurde am Rücken links hinten unten zwischen 11. und 12. Rippe exzidiert.

Den Krankengeschichten folgt ziemlich ausführliche epikritische Allgemeinbesprechung mit Anziehung neuerer einschlägiger, besonders kasuistischer Literatur. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Knowling.** Penetrating wound of abdomen, fracture of sacrum; abscess; recovery.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 25.)

Radfahrer erleidet beim Zusammenprallen mit einem Wagen einen heftigen Deichselstoß in die rechte Leistengegend und einen starken Bluterguß über dem

linken Gesäß durch den Sturz. Die vorgefallenen Därme werden zurückgebracht, die Wunde wird genäht. Nach Überwindung eines schweren Anfalles von Darmparese mit Koterbrechen entwickelt sich aus dem Bluterguß am Gesäß eine Phlegmone mit Emphysem, deren Eröffnung ein Stück Zeug von 8 : 7 cm Länge aus der Tiefe der Wunde zutage fördert. Für kurze Zeit entleert die Wunde viel Darminhalt neben dem freiliegenden, gebrochenen Kreuzbein. Volle Genesung in 3 Monaten. Der Fall ist bemerkenswert durch die seltene und erfolgreiche Wanderung des Zeugstückes von der rechten Leistengegend durch die Bauchhöhle hindurch nach hinten in den großen Bluterguß links vom gebrochenen Kreuzbein.

Weber (Dresden).

25) **Reinecke.** Isolierte, quere Mesenterialabreißung bei Kontusion des Abdomens. (Aus dem allg. Krankenhause St. Georg in Hamburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 36.)

Einem 41 jährigen Kutscher war, nachdem er von seinem Wagen gefallen und glatt auf den Boden zu liegen gekommen, ein ca. 10 Zentner schwerer Ballen gegen das Becken gestürzt; es traten sofort die Erscheinungen einer schweren intraabdominellen Verletzung und Blutung bei linksseitigem Beckenbruch auf. 9 Stunden später Laparotomie, bei der sich eine beginnende Gangrän des Ileum, hervorgerufen durch eine ziemlich ausgedehnte, durch Zugwirkung entstandene Abreißung des Mesenterium vom Darm ohne Verletzung des letzteren selbst fand. Resektion von 54 cm Darm, Einstülpung des kleinen nachbleibenden Ileumstumpfes am Blinddarm in diesen und Naht, Einpflanzung des Dünndarms in den aufsteigenden Dickdarm oberhalb der Bauhin'schen Klappe; Naht des Mesenterium. — Heilung ohne motorische Darmstörungen; normale Stuhlentleerungen und völlige Erholung des Pat. zu früherer Arbeitsfähigkeit. **Kramer** (Glogau).

26) **F. Kempf.** Über den Mechanismus der Darmberstung unter der Wirkung der Bauchpresse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 524.)

K. beschreibt einen einschlägigen, im Braunschweiger Krankenhause (Prof. Sprengel) beobachteten Fall und erläutert unter Beigabe gut verständlicher schematischer Abbildungen das mechanische Zustandekommen der hier eingetretenen Darmberstung. Ein 55jähriger Maurer, behaftet mit einem rechtsseitigen, stets mit Bruchband zurückgehaltenen Leistenbruch, hebt sehr schwere Zementsäcke, wobei er durch Anheben der Last mit dem rechten Knie nachhilft. Effekt: heftiger Schmerz am Bruche, dann starke Bauchbeschwerden; $6^1/_2$ Stunden später Laparotomie, bei der 70 cm oberhalb der Bauhin'schen Klappe am konvexen Dünndarmrand eine linsengroße Perforation mit Schleimhautausstülpung, sowie Peritonitis gefunden wurde. Tod trotz Darmnaht und Bauchhöhlenreinigung usw. Der bei der Operation nur von Exsudat gefüllte Bruchsack war zwerchsackförmig, indem er aus einem oberen, walnußgroßen und einem ungleich kleineren zylindrischen, unteren Fache bestand, die beide nur durch eine für eine dicke Sonde durchgängige Öffnung miteinander kommunizierten. Die Abbildungen zeigen, wie man sich etwa die Eindrängung des Darmes in den Bruchsack bis zum Platzen vorstellen kann. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **Hamman.** The statistics of tuberculous peritonitis from the clinical records of the Johns Hopkins hospital.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. September.)

H. berichtet über 150 Fälle von Peritonitis tuberculosa aus den ersten 15 Jahren des Bestehens des Hospitals.

Diese verteilen sich auf folgende Altersklassen: 7 von 1 bis 10 Jahren; 35 von 10 bis 20 Jahren; 54 von 20 bis 30 Jahren; 28 von 30 bis 40 Jahren; 11 von 40 bis 50 Jahren; 5 von 50 bis 60 Jahren; 4 von 60 bis 70 Jahren; je 3 von

70 bis 80 und von 80 bis 90 Jahren. Es sind also relativ wenig Kinder darunter. Über $^1/_3$ der Fälle betrifft das 3. Lebensjahrzehnt.

Neger werden weit häufiger befallen als Weise; obwohl viel mehr Weise das Hospital aufsuchen als Schwarze, befanden sich unter den 147 Kranken, deren Hautfarbe vermerkt ist, 77 Neger und nur 70 Weise.

69 Männer und 81 Frauen setzen die Gesamtziffer zusammen.

Das erste Symptom war bei 41% aller Pat. der Leibschmerz, in 15% der Fälle Anschwellung des Leibes, in 18% der Fälle allgemeine Gesundheitsstörungen, nur in 2 Fällen das Bemerken einer Geschwulst, in 7 Fällen dysmenorrhoische Beschwerden.

4 Pat. kamen mit appendicitischen, 2 mit cholecystitischen Beschwerden, 6 mit Darmverschluß ins Hospital.

Zur Zeit der Aufnahme hatten 104 Pat. über Leibschmerzen zu klagen, 42 über Erbrechen, 51 über Übelsein, 48 hatten Verstopfung, 33 Durchfall, 4 abwechselnd das eine und das andere. 6 hatten Blut im Stuhl, in einem Falle gelang der Tuberkelbazillennachweis im Kot. 47 litten an Husten.

Bei 62 Pat. ließ sich Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachweisen. In 56 Fällen, bei denen man gelegentlich der Operation oder Autopsie die Menge derselben messen konnte, betrug sie 27mal über 4 Liter, 15mal 1 bis 4 Liter, 14mal weniger als 1 Liter. 55mal ließen sich Geschwulstmassen im Leibe konstatieren; 43mal konnte man über die Natur derselben durch Autopsie am Lebenden bzw. am Toten Aufschluß gewinnen; 8mal handelte es sich um verklebte Darmschlingen, 9mal um aufgerolltes Netz, 6mal um abgesackte Flüssigkeit, je 1mal um vergrößerte Milz bzw. Leber, 18mal um veränderte Beckenorgane.

103 Pat. wurden operiert bzw. obduziert. Davon fand sich die ascitische Form in 35 Fällen, die fibröse in 63 und die eitrige in 5 Fällen.

Die Zählung der Leukocyten ergab in 70% weniger als 10000, in 83% weniger als 15000; die 11 Fälle mit höheren Ziffern betrafen stets Pat. mit schweren Komplikationen. Nur in einem einzigen Falle konnte man die tuberkulöse Peritonitis als primär ansehen. Selten nur war diese eine seröse Membran allein erkrankt.

Ein Fall bietet besonderes Interesse: ein Negerknabe wurde 6mal ins Hospital aufgenommen, zuerst wegen tuberkulöser Peritonitis, dann wegen Pleuritis, dann wegen Perikarditis. Die Obduktion zeigte eine alte fibröse Peritonitis, Pleuritis und Perikarditis; aber der einzige Herd im ganzen Körper war ein kleiner verkalkter Knoten in einer Lunge. Solche Fälle werden wohl hier und da als multiple Serositis bezeichnet, wohl auch einmal als »Zuckergußleber« oder als »perikarditische Pseudocirrhose«.

Die Prognose ist nicht gut. Geheilt wurden entlassen 16, gebessert 71, ungebessert 15, 48 starben; also 32% unmittelbare Sterblichkeit. Die Fälle der gynäkologischen Abteilung gaben die günstigste Ziffer, 10% Mortalität.

Über 43 der Entlassenen, die operiert worden waren, konnte Nachricht erhalten werden. 14 waren gestorben in den ersten 4 Jahren nach der Entlassung; 7 lebten noch, aber leidend, zum Teil noch über 10 Jahre; 22 lebten noch in voller Gesundheit, darunter 2 nach mehr als 10 Jahren, weitere 5 nach mehr als 5 Jahren.

Leider ist über den Heilerfolg des operativen Eingriffs sowie über die Prognose mit Bezug auf die vorliegende Form der Erkrankung, ob serös, fibrös oder eitrig, nichts bemerkt. **W. v. Brunn** (Rostock).

28) **Allessandri.** Pseudotuberculosi peritoneale nell' uomo de residui vegetali.

(Policlinico. Sez. chir. 1908. XV, 8.)

Verf. berichtet kurz über die bazillären und nicht bazillären Momente, die zu tuberkelartigen Gebilden führen können, und schildert dann ausführlich einen selbstbeobachteten Fall, bei dem es durch Aussaat vegetabilischer Substanzen zu einer miliaren Pseudotuberkulose des Bauchfells gekommen war. Es handelte sich um

eine 26jährige Frau, die bereits vor 17 Jahren an Magenleiden behandelt wurde und nun wiederum die Erscheinungen eines Magengeschwüres bot. Nach 4 Wochen klinischer Beobachtung und Behandlung waren die Symptome der akuten Erkrankung behoben; es bestanden aber noch Störungen, die auf Verwachsungen zwischen Dickdarm und Magen hinwiesen und einen operativen Eingriff nötig machten. Bei der Laparotomie fanden sich eine Reihe von Verwachsungen zwischen Magen, Netz, Milz und Dickdarm, die ohne Schwierigkeit gelöst werden konnten. Dann aber sah man auf der Oberfläche der genannten Organe eine Reihe von stecknadelkopf- bis linsengroßen Knötchen, die als Miliartuberkulose — von einem tuberkulösen Magengeschwür ausgehend — betrachtet wurden. Die mikroskopische Untersuchung ließ jedoch die Struktur des Tuberkels nicht erkennen. Es fanden sich lediglich unregelmäßige Riesenzellen, die eigenartige Gebilde umschlossen. Die Deutung dieser gelang erst durch den positiven Ausfall der Stärkereaktion. Es handelte sich demnach um vegetabilische Substanzen, wahrscheinlich Leguminosenzellen, die durch ein perforiertes Magengeschwür auf die Bauchfellserosa gelangt waren und hier zu Pseudotuberkulose führten.

Verf. betont die diagnostische und therapeutische Bedeutung des Falles, zu dem er lediglich vier Analoga aus der Literatur finden konnte.

Drei Abbildungen und ausführliche Literaturangaben ergänzen die Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

29) **Porter.** Chronic peritonitis with complete obstruction.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. August 29.)

Der Kranke war 35 Jahre alt, früher starker Trinker, seit Jahren abstinent. Seit Dezember 1906 hatte er mehrere Anfälle von Erbrechen mit Leibschmerzen und Verstopfung, die stets schnell vorübergingen. Bei der Aufnahme bestand anhaltendes Gallenerbrechen, Gasauftreibung und Stuhlverstopfung. Der Befund sprach für Peritonitis. Der Urin war sehr spärlich und hochgestellt, der Darm für Inhalt durchgängig (Holzkohlenprobe). Auf Tuberkulin reagierte er nicht. Im Erbrochenen fanden sich Bakterien, die in ihren Eigenschaften dem Typhusbazillus glichen, Agglutinationsprobe positiv. — Bei der Operation fand man bei ausgedehnter peritonitischer Verwachsung einander berührender Darmschlingen nur wenige nach der Bauchwand ziehende Stränge; der Dünndarm war augenfällig verkürzt, in seinem Durchmesser verdickt und fühlte sich an wie mit Regenwürmern gefüllt. Nach Einschneiden sah man, daß der ganze Darm von zusammenstoßenden, anscheinend stark hypertrophischen Schleimhautfalten derart angefüllt war, daß keine Sonde zwischen diese eingeführt werden konnte. Bei den über den ganzen Dünndarm verbreiteten Veränderungen war keinerlei Eingriff möglich, daher Schluß der Darm- und Bauchwunde. 72 Stunden später Tod unter Erscheinungen des Darmverschlusses und völliger Anurie.

Die Sektion ergab etwa folgendes: Der ganze Darm mit Ausnahme des Mastdarmes war mit hellgrauen, gleichmäßig verbreiteten, etwa 1.5 mm starken Schwielen ringsum bedeckt. Diese hatten durch ihre Zusammenziehung den Darm bedeutend verkürzt, dadurch die Schleimhautfalten eng aneinander gerückt, so daß sie dicht aufeinander stießen und die Lichtung des Darmes völlig ausfüllten. Schnitt man in gewisser Entfernung ringförmig die Schwarten durch, so konnte man das Darmrohr zu seiner natürlichen Länge ausziehen, wobei die Schleimhaut ihr regelrechtes Aussehen annahm. P. erklärt das Verhalten des Darmes und die Störungen aus diesem rein mechanischen Vorgange. Warum die Schwartenbildung fast ausschließlich das Darmrohr betraf und gerade die Zusammenziehung in der Längsrichtung bewirkte, konnte ebensowenig einwandsfrei festgestellt werden, wie die Ursache für die Entstehung der chronischen Peritonitis überhaupt. Irgendein dem beschriebenen auch nur entfernt ähnlicher Fall war in der Literatur nicht aufzufinden.

Trapp (Bückeburg).

30) **Blake.** The use of sterile oil to prevent intraperitoneal adhesions. (A clinical and experimental study.)

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VI. Hft. 6.)

Von der theoretischen Erwägung ausgehend, daß das Öl in dünner Schicht das ganze Bauchfell überzieht, wenn man es in die Bauchhöhle bringt und dadurch die Peritonealflächen voneinander trennt, stellte B. zunächst Versuche an Katzen an, wie größere Mengen von Öl in der Bauchhöhle vertragen werden. Er fand, daß bei der Katze 7,5 g steriles Olivenöl ohne irgendwelche Erscheinungen vertragen wurde. Setzte man künstliche Peritonealreize (Abschaben), so bildeten sich bei den nicht mit Öl behandelten Versuchstieren stets Verwachsungen, bei Ölanwendung blieben sie ganz aus oder waren doch sehr viel spärlicher. Bei sieben Kranken, bei denen sich Bildung von Verwachsungen erwarten ließ, wurden 4 bis 11 g steriles Öl in die Bauchhöhle gebracht. Nur einmal wurde eine Schädigung des Kranken beobachtet, wahrscheinlich durch ungenügend sterilisiertes Öl. Eine Kontrolle der Wirkung beim Menschen hat nicht stattgefunden. Das Öl muß mindestens 1 Stunde gekocht werden, um sicher keimfrei zu sein.

Trapp (Bückeburg).

31) **Buhlig.** So called phlebitis of the left leg following a case of appendicitis, not operated upon.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VII. Hft. 1.)

Die erwähnte Komplikation ist bei abwartend behandelter Appendicitis sehr selten: bisher ist nur ein Fall in der Literatur beschrieben.

Der akute Anfall bei dem 26jährigen Manne wurde abwartend, nur mit Bettruhe und teelöffelweiser Darreichung von Wasser behandelt. Im Anfange wurde ein Einlauf, nach Fieberabfall Rizinus gegeben. Am 10. Tage trat zuerst Schmerz im Rücken auf unter Temperaturanstieg, am nächsten Tage schwoll der Oberschenkel unterhalb der Leiste an, und in den nächsten Tagen verbreitete sich die Schwellung, die schließlich die Kniekehle erreichte, durchscheinend, aber nicht richtig ödematös war. Als Pat. aufstand, trat starke Anschwellung der Venen bis zum unteren Drittel des Oberschenkels ein. — Verf. knüpft an diesen Fall theoretische Erwägungen über die Entstehung dieses Zustandes, den er mit der Phlegmasia alba dolens vergleicht. Er hält ihn für eine auf dem Wege der Lymphbahnen entstandene Infektion. Daß solche Zustände häufiger nach Operation als nach abwartender Behandlung vorkommen, will er dadurch erklären, daß bei der Operation Lymphbahnen eröffnet werden, und nie so aseptisch operiert werden kann, daß nicht von den schon vorhandenen Keimen oder bei Eröffnung des Wurmes austretenden eine Anzahl in die Lymphspalten eindringen kann.

Trapp (Bückeburg).

32) **Seelig.** Haematuria as a complicating factor in appendicitis.

(Annals of surgery 1908. September.)

S. beschreibt drei Fälle, in welchen die Diagnose auf Nierensteinkolik gestellt war, während es sich bei der Operation erwies, daß eine Appendicitis vorlag. Im Fall I bestanden Blutharnen und kolikartige Schmerzen rechts; das Röntgenbild ergab ein negatives Resultat. Nach Exstirpation des entzündeten Wurmes schwanden alle Erscheinungen; allem Anschein nach lag eine Nephritis vor, die durch vom Appendix ausgehende Toxine hervorgerufen war. Im Fall II wurde ebenfalls Hämaturie beobachtet, die Obduktion ergab, daß der Blinddarm direkt nach vorn von der Niere und der gangränöse Wurm retrocoecal lag und mit der Niere verwachsen war. Im Fall III, wo ebenfalls Blutharnen bestand, zeigte das Röntgenbild bei verschiedenen Aufnahmen einen Schatten im Harnleiter, 2 Zoll oberhalb der Blasenmündungsstelle, ein Harnleiterkatheter stieß ebenfalls an dieser Stelle auf Widerstand. Bei der Operation (Lendenschnitt) fand man, daß der einen Kotstein enthaltende Wurm mit dem rechten Harnleiter verwachsen war und ihn knickte.

Herhold (Brandenburg).

33) **P. Guibal.** Entéro-colite et appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 10.)

Dieulafoi bestreitet die Möglichkeit, daß eine Kolitis gewöhnlich eine entzündliche Erkrankung des Wurmfortsatzes zur Folge haben könne; Reclus dagegen sieht nicht ein, warum die Entzündung des Dickdarmes nicht auch auf seinen Anhang übergehen könne und verweist auf die Erfahrungen von F. Bernard, der unter 1000 Kolitiden 76 Appendicitiden beobachtet hat. G. teilt die Krankengeschichte eines Mannes mit, die diesen ätiologischen Zusammenhang beweist.

Auch für die Frage, ob eine Blinddarmentzündung eine Kolitis erzeugen könne, bringt Verf. zwei Beiträge, welche diese im bejahenden Sinne beantworten.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

34) **Mandry.** Bericht über ein zweites Hundert Appendicitisoperationen.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1908. Oktober 17.)

Aus M.'s Zusammenfassung seiner Erfahrungen sei folgendes hervorgehoben: Abführmittel nach dem neuesten Vorschlage von Sonnenburg sind bedenklich und höchstens im Krankenhause, wo ständige Überwachung möglich ist, in einzelnen Fällen zulässig. Die operative Behandlung der allgemeinen Bauchfellentzündung hat in den letzten Jahren wesentlich bessere Resultate ergeben (bis zu 80% Heilungen); die rektalen Kochsalzeinläufe sind kein Ersatz für die Operation, nach derselben aber von guter Wirkung. An allgemeiner Bauchfellentzündung Leidende und Operierte sind sitzend zu lagern. Die Rezidivgefahr ist nach mit Abszeßspaltung zur Ausheilung gekommenen Blinddarmentzündungen keine große, namentlich wenn sich gleichzeitig ein Kotstein entleert hat; die sekundäre Wurmexstirpation kann deshalb in diesen Fällen auf Kinder und jugendliche Personen beschränkt werden. **Mohr** (Bielefeld).

35) **Barkley.** Some observations on acute and chronic appendicitis.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. VII. Nr. 1.)

B. hat 527 Fälle operiert; von diesen waren akut 189, und bei 69 von diesen fand sich Eiter. Alle akuten Fälle wurden beim ersten Anfall operiert, 132 vor dem 4. Krankheitstage. Chronisch waren 338 Fälle, bei 56 fand man Eiter, bei 228 lag der Wurm in Verwachsungen eingebettet. Das Alter der Kranken schwankte zwischen 5 und 83 Jahren, am häufigsten war die Erkrankung zwischen 15 und 45 Jahren. Männer waren häufiger als Frauen befallen (359 : 168). Die Symptome waren sehr wechselnd, besonders die Stärke des Schmerzes, die oft in keinem Verhältnis zur Schwere der Erkrankung stand. B. beobachtete zweimal völlige Schmerzlosigkeit bei tiefem Druck trotz Gangrän des Wurmfortsatzes. Druckempfindlichkeit der Lendengegend beobachtete er bei Eiterung (60%) oder schwerer Erkrankung des Wurmes. Muskelrigidität, besonders die rechtsseitige, ist fast das wichtigste Frühsymptom. Puls und Temperatur spielen keine so ausschlaggebende Rolle wie die genannten Symptome. Verf. erwähnt dann Komplikationen, wie tuberkulöse Peritonitis und Schwangerschaft. Posttyphöse Appendicitis ist nicht so selten. B. beobachtete 6 Fälle, alle mit Eiterung. Behandlung: Die einzelnen angewandten Verfahren der Baucheröffnung und der Versorgung des Fortsatzes selbst sind leider nur mit den Namen der Erfinder genannt, die bei uns meist unbekannt sind. B. bevorzugt für die Stumpfversorgung die einfache Abbindung, Abtragung und Sterilisation des Stumpfendes. Bei der Baucheröffnung hat er zweimal den Lendenschnitt gebraucht und bessere Drainage hierbei beobachtet. Von Zwischenfällen nach der Operation erwähnt er Blutung aus dem Stumpf (Tod, subphrenischer Abszeß (2 Fälle, 1 Tod), Phlebitis des rechten Beines, Eitersenkung in den Hodensack, Abszeß in der linken Darmbeingrube, Ileus (2mal, machte Wiedereröffnung der Bauchhöhle nötig), akute gelbe Leberatrophie, Tod. Fremdkörper fand B. nur 2mal (1 erbsengroßes Stück Lötzinn, 1 Stecknadel).

Todesfälle hatte er 18 zu verzeichnen, davon 13 bei akuten Fällen.

Trapp (Bückeburg).



36) **M. v. Brunn.** Weitere Erfahrungen über die Behandlung appendicitischer Abszesse mit Naht.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 250.)

Verf., der schon früher für die Rehn'sche Methode der Behandlung appendicitischer Eiterungen eingetreten ist, kann jetzt an 78 operierten Fällen die Vorzüge dieser Methode gegenüber der offenen Behandlung (71 Fälle) überzeugend nachweisen.

Die Methode besteht kurz in prinzipieller Entfernung des Wurms, konsequenter Lösung aller Verwachsungen, Ausspülung der ganzen Bauchhöhle und Etagennaht der Bauchwand bis auf eine Drainlücke. Auf eine Drainage der Abszeßhöhle selbst wird, wenn es sich nicht um ganz starre Höhlen handelt, verzichtet und nur in den Douglas'schen Raum eine Gummiröhre eingelegt, lediglich mit dem Zweck, die überschüssige Spülflüssigkeit abzuleiten; es wird deshalb sobald als möglich (am ersten Tage) entfernt. Die Mortalität betrug bei 71 offen behandelten Abszessen 15,5%, bei 38 mit Naht behandelten 5,1%. Kotfisteln sind erheblich seltener: 7,4% bei offen, 2,6% bei mit Naht behandelten Fällen, davon eine bei einem mit Bauchfelltuberkulose komplizierten Falle, und die andere nur ganz vorübergehend. Zwar kommt es in fast der Hälfte der Fälle zu Bauchdeckenabszessen; jedoch ist der Zustand, wie er durch Eröffnung und Drainage eines solchen oberflächlichen Abszesses geschaffen wird, der prinzipiellen Offenhaltung der ganzen Wunde bei weitem vorzuziehen. Die Zahl der Douglasabszesse wird bei der Methode durch die prinzipielle Ableitung alles infektiösen Materials nach dem Douglas nicht vermehrt; bei offener Behandlung entstanden drei Douglasabszesse (zwei inzidiert, einer spontan perforiert), bei Nahtbehandlung ein Douglasabszeß (inzidiert) und zwei Douglasinfiltrate (spontan zurückgebildet).

Sonstige intra- und extraabdominale Abszesse kommen bei beiden Methoden gleicherweise vor, meist bei veralteten Fällen. Die Operation ist um so leichter und ungefährlicher, je früher der Abszeß operiert wird. Eine besondere Gefährlichkeit des sog. Intermediärstadiums ist nach den Erfahrungen der v. Bruns-schen Klinik nicht erweislich.

Im ganzen ist die Behandlung appendicitischer Abszesse mit Naht der offenen Behandlung weit überlegen durch ihre Gründlichkeit und den leichten und kurzen Heilungsverlauf. **Reich** (Tübingen).

37) **Derlin.** Rückblick auf 100 Operationen wegen Erkrankung der Wurmfortsatzes.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1908. Hft. 15.)

Von den 100 Operationen wurden 22 im Frühstadium mit 2 Todesfällen, 19 im Intermediärstadium mit 4 und 52 im anfallsfreien Stadium ohne Todesfall ausgeführt. Die Operation wurde immer vorgeschlagen, sobald Bauchdeckenspannung oder beschleunigter Puls bei mehrmaligem Erbrechen auf eine Beteiligung des Bauchfells hinwies; in den übrigen, leichteren Fällen wurde zunächst abgewartet, ob in den folgenden Stunden Besserung eintrat. Sobald die Zahl der Leukocyten 25000 übertraf, wurde stets Eiter angetroffen. Von den Operierten blieben 69 dienstfähig (ein glänzendes Resultat! Ref.). Dienstbeschädigung wurde fast immer angenommen, sobald eine Schädigung durch Erkältung, Bajonettstoß vor den Bauch usw. als erwiesen angesehen werden konnte.

Herhold (Brandenburg).

38) **Tricot.** Pseudo-appendicite au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 106.)

Angeregt durch die einschlägige Mitteilung Küttner's bringt T. folgenden in einem Militärlazarett Algiers 1906 beobachteten Fall:

Ein 21jähriger Zuave klagte über allgemeine Abgeschlagenheit, Schmerzen rechts im Leibe und im Epigastrium. Am 13. Tage wurden die Leibschmerzen

sehr heftig; am 15. stieß Pat. laute Schreie aus, wenn sein Leib berührt wurde. Besonders empfindlich war die Blinddarmgegend. Als Erbrechen auftrat und die Peritonealerscheinungen sich steigerten, wurde operiert: in der Bauchhöhle etwas klare Flüssigkeit. Das Bauchfell war lebhaft injiziert. Wurm (wird entfernt) und Blinddarm frei! Im Bauche nichts Abnormes.

Das Befinden besserte sich etwas, aber das Fieber stieg, und nach wenigen Tagen brach ein akuter Gelenkrheumatismus aus. Ca. 6 Wochen danach wurde Pat. entlassen.

4 Wochen später erkrankte Pat. wieder: Zunächst traten die Leibschmerzen auf, dann brach der polyartikuläre Rheumatismus aus. Pat., durch den ersten Fall gewitzigt, nahm sofort Salizyl innerlich und äußerlich und genas »rapid«.

V. E. Mertens (Kiel).

39) **Letulle.** Nouvelle observation de cancer primitiv de l'appendice vermiforme du caecum.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 10.)

Bei einem jungen Manne wurde anläßlich einer Blinddarmentzündung der in einem Eitersacke schwimmende Wurmfortsatz entfernt. Eingehender histologischer Befund, auf Grund dessen ein primärer Zylinderzellenkrebs mit kolloider Degeneration diagnostiziert wurde. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

40) **Coons.** Primary carcinoma of the appendix.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. VII. Nr. 1.)

21jähriges Mädchen, dessen Vater an Lippenkrebs gestorben war, bei dem Schmerzen im Unterleibe bestanden, hatte eine Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend, die als Pyosalpinx gedeutet wurde und sich bei Operation auch als solche erwies. Der rechte Eierstock wies einen Abszeß auf, die Tube war mit Eiter gefüllt und mit dem Wurm verwachsen, so daß letzterer mit entfernt wurde. Der Wurmfortsatz war gänsekielstark, an der Spitze schien ein Konkrement zu liegen, beim Aufschneiden aber fand sich eine Infiltration an der Wand, deren histologische Untersuchung Krebszellen und Wucherung derselben in die Submucosa ergab. Der Wurmfortsatz war sonst gesund. Eine 3 Jahre später vorgenommene Operation wegen Blutung durch geplatzte Tubarschwangerschaft ergab Rückfallsfreiheit. **Trapp** (Bückeburg).

41) **L. Laroyenne** (Lyon). Hernie compliquée d'étranglement rétrograde de l'intestin.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 24.)

L. beobachtete in der Abteilung von Tixier folgenden Fall:

70jähriger, kachektischer Mann, zweifaustgroßer, rechtsseitiger Leistenbruch, seit dem Abend vorher eingeklemmt. Im Bruchsacke reichlich zitronengelbe Flüssigkeit. Außerdem enthielt er den Blinddarm mit dem untersten Teile des Dünndarmes und eine Dünndarmschlinge, die beide frei von Ernährungsstörungen waren. Mäßig starke Einschnürung des Bruchringes. Im Leib eine 2 m lange, vollkommen gangränöse Verbindungsschlinge und reichlich stinkende Jauche. Von einer Darmresektion wurde Abstand genommen. Man beschränkte sich auf Drainage des Leibes. Tod in der folgenden Nacht. L. glaubt, daß eine Drehung der Verbindungsschlinge um ihre Achse mit Schuld an der Gangrän gewesen sei.

C. Lauenstein (Hamburg).

42) **F. de Beule** (Gand). La hernie étranglée »en W« avec étranglement rétrograde de l'intestin. Étude critique et expérimentale.

(Bull. de l'acad. de méd. de Belgique. Bruxelles, **Hayez,** 1908. Nr. 7. p. 545.)

Bemerkenswerte Arbeit, enthaltend zwei neue Beobachtungen über das Thema der »zwei Darmschlingen im Bruchsacke« nebst ausführlicher kritischer Besprechung der bisher vorliegenden Literatur und des Ergebnisses von Tierexperimenten.



Erste Beobachtung: 62jähriger, elender Mann mit rechtsseitigem, kindskopfgroßem Skrotalbruch. Im Bruchsacke zwei dunkelblaue, ekchymosierte Dünndarmschlingen von 25 cm Länge, »ohne jede Verbindung untereinander«. Bruchring durch eine sagittal verwachsene Appendix epiploica in zwei Abteilungen geteilt. Im Leib eine 1,50 m lange gangränöse Verbindungsschlinge. Anlegung eines Kunstafters. Tod im Kollaps.

Zweite Beobachtung: 73jährige Frau, rechtsseitiger faustgroßer Schenkelbruch, 24 Stunden eingeklemmt; empfindliche, tief tympanitische Resistenz in der rechten Fossa iliaca. Daraus Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt auf Inkarzeration von zwei Schlingen im Bruchsacke mit retrograder Einklemmung der Verbindungsschlinge im Leibe. Die Diagnose stimmte. Im Bruchsacke zwei Dünndarmschlingen mit vereinzelten Ekchymosen, je 20 und 8 cm lang, und eine 25 cm lange, weinfarbene, am Mesenterium mit Ekchymosen versehene, aber lebensfähige Verbindungsschlinge. Reposition. Verlauf günstig.

Wegen aller Einzelheiten und besonders der interessanten kritischen Ausführungen sei auf das Original verwiesen.

Für die retrograde Inkarzeration des Mesenteriums im Bruchringe stellt de B. auf Grund seiner ersten klinischen Beobachtung die Teilung des Bruchringes durch einen sagittalen Strang in zwei Hälften als Ursache hin. Er nimmt nämlich an, daß eine Darmschlinge durch die eine Öffnung in den Bruchsack hinein- und durch die andere in den Leib zurücktrete, und daß dabei Repositionsmanöver eine Rolle spielen. Allerdings ist, abgesehen davon, daß die Repositionsmanöver in ihrer Bedeutung für die »Hernie en W« noch keineswegs hinreichend klargestellt worden sind, schwer einzusehen, wie eine auch nur lose eingeklemmte und mäßig geblähte Schlinge aus dem Bruchsacke, selbst unter der Einwirkung äußerer Handgriffe, durch die zweite, doch sicherlich nicht klaffende Bruchringöffnung in den Leib zurücktreten können soll.

In seinen Hundeexperimenten glaubt Verf. die Bestätigung gefunden zu haben, daß die Gangrän der Verbindungsschlinge in allen den Fällen, wo ihr Mesenterium nicht abgeschnürt ist, in der Überdehnung der Darmschlinge durch Zersetzung des Inhaltes und Gasauftreibung ihre Ursache habe. Wenn de B. an einem Hunde 1 Stunde lang durch Zug an zwei Dünndarmschlingen eine »Zugarkade« des Mesenteriums der Verbindungsschlinge im Sinne des Ref. hergestellt bzw. unterhalten hat, ohne daß an der Darmschlinge Zirkulationsstörungen aufgetreten sind, so sei dazu bemerkt, daß die »Zugarkade« des Mesenteriums allein schwerlich die Ernährung der Darmwand gefährdet, daß vielmehr die Abschnürung der Darmwand selbst hierfür unerläßliche Vorbedingung sein dürfte.

C. Lauenstein (Hamburg).

43) **Borelli.** Sopra una varietà rara d'ernia crurale.

(Policlinico. Sez. chir. 1908. XV, 9.)

Verf. schildert zunächst die Anatomie der sog. Hernia cruralis externa (Tillaux), d. i. jener außerordentlich seltenen und daher auch von einzelnen Autoren negierten Varietät, bei der sich der Bruchsack nach außen von der Scheide der Schenkelgefäße entwickelt. Ätiologisch muß ein zu schlaffer, schlecht entwickelter Schenkelbogen betont werden, der auch noch gleichzeitig zu anderen Brüchen Veranlassung geben kann. Von besonderer Bedeutung erscheint die erwähnte Varietät für die Operation, bei der eine Verletzung der großen Schenkelgefäße droht, zumal deren Lage vor der Operation oft schwer zu bestimmen ist. Nur bei kleinen Brüchen und fettlosen Pat. erscheint es möglich, den Sitz der Hernie vor der Operation zu bestimmen; es wird hervorgehoben, daß die äußeren Schenkelbrüche breitbasig entspringen und konisch endigen, so daß der Bruch bei vertikaler Haltung deutlicher ist als in liegender Stellung, in der die gewöhnlichen Brüche mehr hervortreten. Die schon bei den übrigen Schenkelbrüchen zu beachtenden Anomalien der Art. epigastrica und obturatoria erheischen bei den äußeren Schenkelbrüchen ganz besondere Vorsicht, so daß bei eingeklemmten Schenkelbrüchen prinzipiell die Einschnürung nach Anlegung von kleinen Einkerbungen stumpf zu beheben ist,

Zum Schluß wird ein Fall angeführt, der einen 51jährigen Mann mit gleichzeitiger Leisten- und Schenkelhernie betraf. Bei der Operation zeigten sich die oben angeführten Lageverhältnisse des Schenkelbruchsackes. Die Artt. epigastrica und obturatoria hatten ein gemeinsames Ursprungsgefäß, das parallel zum Arcus Fallopii verlief. **Strauss** (Nürnberg).

44) **Köppl.** Beiträge zur Kenntnis und Kasuistik der Hernia ischiadica an der Hand des ersten radikal operierten und geheilten Falles.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 314.)

Eine 42 Jahre alte Frau hatte seit 2 Jahren häufig sich wiederholende Ileusanfälle, die nach Dauer und Intensität in der letzten Zeit zugenommen hatten. Es bestanden dabei außer Stuhlverhaltung und Erbrechen Schmerzen in der Unterbauchgegend mit Ausstrahlung in das rechte Bein, weshalb Pat. im freien Stadium unter der Diagnose Hernia ischiadica in die Wölfler'sche Klinik kam.

Man konstatierte eine mannsfaustgroße, pralle, fluktuierende Geschwulst, die bei zweimaliger Punktion sanguinolente Flüssigkeit geliefert hatte und als vermutliche Geschwulst des N. ischiadicus angesprochen wurde. Während der Beobachtung traten wieder leichte Einklemmungs- und neuralgische Erscheinungen auf, letztere besonders bei Rückenlage und im Sitzen. Durch den Mastdarm fühlte man eine pralle Geschwulst in der Fossa ischiorectalis. Bei der Operation fand sich unter dem Glutaeus maximus ein Bruchsack, der außer reichlich blutigem Bruchwasser den rechten Eierstock und das abdominale Tubenende enthielt. Der Bruchsackhals war eben für einen Finger durchgängig, und als Durchtrittsstelle ergab sich das Foramen infrapyriforme. Tube und Eierstock wurden reseziert, der Bruchsack nach Abbindung abgetragen und die Bruchpforte durch Vernähung des Musc. pyriformis mit dem Lig. sacrospinosum geschlossen. Es erfolgte glatte Heilung.

Im Anschluß hieran gibt Verf. eine Übersicht über die Topographie und Varietäten der ischiadischen Brüche und eine Kasuistik von 23 Fällen.

5mal war der Bruch angeboren; sonst kamen 5mal indirekte Traumen (Anstrengung in gebückter Stellung), 5mal Zug von Geschwülsten ätiologisch in Betracht, während Erschlaffung der Bänder und Muskeln, sowie habituelle Verstopfung häufiger disponierende Momente bilden.

Bruchinhalt war meist Dünndarm, außerdem der Eierstock (4mal), die Harnblase (1mal) und Netz (1mal). 56% der Fälle kamen in eingeklemmtem Zustand in Beobachtung. Die Diagnose stützt sich vor allem auf den Nachweis einer Schwellung in der Glutäalgegend und ischiadischer Neuralgien und hat vor allem Abszesse und Geschwülste auszuschließen. Immerhin ist sie sehr schwierig und wurde nur in den wenigsten Fällen vor der Operation oder Autopsie gestellt. Besonderer Wert ist auf rektale und vaginale Untersuchung zu legen.

Von den 9 eingeklemmten Brüchen endeten 6 tödlich, davon 2 trotz, 1 an der Operation und 3 ohne Operation. Von den 4 Pat. mit temporär eingeklemmten Brüchen starben 2, 1 wurde gebessert und 1 geheilt. Mit freien Brüchen wurden 3 operiert, wobei es 1mal zu einer Harnfistel und 1mal zur Heilung kam, während in 1 Falle das Resultat unbekannt blieb.

Bezüglich der Operationsmethode bestehen noch keine Regeln. Schwierigkeiten bereitet der Verschluß der Bruchpforte, der sich in jedem einzelnen Falle nach der Topographie des Bruches unter Rücksichtnahme auf die austretenden Nerven und Gefäße zu richten hat. Der beschriebene Fall ist der erste erfolgreich radikal operierte. **Reich** (Tübingen).

45) **G. Solaro.** Ein neuer elastischer Darmschließer. (Aus der chirurgischen Abteilung, Pavillon Ponti, des Ospedale Maggiore, Mailand. Prof. B. Rossi.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 34.)

Die eine der beiden Zungen des in Form und Größe den üblichen ähnelnden Darmschließers ist breit gehalten und fensterartig durchlöchert, in der Mitte eine



Fuge aufweisend, in die die zweite schmale Zunge beim Schließen ein- und über die Oberfläche der ersteren durchgreift. Die gefensterte Zunge wird mit einem Gummischlauch überzogen, der an der Spitze geschlossen ist. Der Abschluß des Darmstückes ist ein vollständiger und kräftiger, ohne daß die Darmwand gequetscht wird. (Bezugsquelle: G. Marelli in Mailand.) **Kramer** (Glogau).

46) **M. B. Stewart.** Fibrolysin in cicatricial pyloric obstruction.

(Brit. med. journ. 1908. August 29.)

Bericht über einen Fall von Narbenstenose am Pylorus, wahrscheinlich verbunden mit Perigastritis, dem wegen erfolgloser Behandlung seiner Magenerweiterung und hochgradiger motorischer Störung die Operation vorgeschlagen wurde. Wegen Ablehnung Versuch mit Fibrolysineinspritzungen in der Magengegend unter gleichzeitiger Massage, die schon nach einer Woche bei täglicher Einspritzung von 2 ccm deutliche und fortschreitende Besserung brachten. Schnelle Gewichtszunahme, Schwinden aller Symptome, volle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die bislang — über 1/2 Jahr — andauert. **Weber** (Dresden).

47) **E. Maylard.** Congenital narrowness of the pyloric orifice a cause of chronic gastric disease in the adult, illustrated by twelve additional cases.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 11.)

Bereits 1904 hat Verf. in den »Transactions« und im »Brit. med. journal«, gestützt auf sieben Fälle, hingewiesen auf das Vorkommen einfacher Pylorusverengerungen ohne Geschwür, Narbe oder Krebs beim Erwachsenen, und sie in ursächlichen Zusammenhang gebracht mit der angeborenen Pylorusstenose. Es sind Fälle, in denen bei der Operation der durch eine Öffnung im Magen in den Pylorus eingeführte Finger den Eingang ins Duodenum kaum findet oder, wenn eingeführt, wie von einem festschließenden Ring umkrampft wird. Dabei dürfen sich keine Anzeichen von innerer Narbe oder äußerer Pylorusverdickung finden. Jenen dort beschriebenen Fällen fügt Verf. jetzt zwölf neue hinzu. Alle seine Fälle kamen nach langdauernder innerer Behandlung zur Operation in der Annahme eines Geschwüres oder einer verengernden Narbe oder zum Zweck eines Probebauchschnittes. Jedesmal wurde eine Gastroenterostomie angelegt. — Über die Dauerergebnisse ist folgendes zu sagen: Von den sieben Fällen der ersten Reihe konnten sechs jahrelang nachbeobachtet werden. Einer erkrankte nach 5 Jahren wiederum unter Magenerscheinungen, zwei waren nach 6 Jahren wesentlich gebessert, einer starb nach 2 Jahren an anderer Krankheit, war aber dauernd magengesund geblieben, zwei waren nach 5 Jahren völlig gesund. Von den zwölf Fällen der zweiten Reihe scheiden vier aus wegen zu kurzer Beobachtungszeit. Von den übrigen acht wurden zwei nicht gebessert, vier geheilt und zwei wesentlich gebessert. Warum die Operation nicht in allen Fällen den gehegten Erwartungen entsprochen hat, erklärt Verf. auf doppelte Weise: Bei älteren Leuten mit jahrzehntelangem Leiden ist die Magentätigkeit unheilbar gestört, und zweitens verengert sich in einigen Fällen die neue Fistel wegen Nichtgebrauch wieder, ja verschließt sich wohl gar. Wegen dieser Fehlerfolge glaubt M., daß man in Zukunft mehr die Pyloroplastik bevorzugen soll! **Weber** (Dresden).

49) **W. Russell.** Remarks of congenital stenosis of the pylorus in the adult.

(Brit. med. journ. 1908. Juli 11.)

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Lehre von der angeborenen Pylorusstenose weist Verf. hin auf die bemerkenswerte Lücke, die sich in den Arbeiten der Internen wie Chirurgen vorfindet über das weitere Schicksal derjenigen Kinder mit angeborener Pylorusstenose, die diese Anomalie ihres Magens überwinden. Nach seiner Meinung gibt es nun in der Tat eine Pylorusverengerung beim Erwachsenen, die auf angeborene Zustände zurückweist. Er berichtet aus

den letzten 2 Jahren seiner Tätigkeit über drei solcher Fälle im Alter von 34, 42 und 51 Jahren. Die Diagnose stützt sich auf Anamnese und Befund einer Magenerweiterung bei Pylorusverengerung, freie Salzsäure, Ausschluß von Geschwür, Krebs und Narbe. Wenn einmal die Möglichkeit der angeborenen Verengerung in solchen Fällen in Erwägung gezogen wird, so ist auch die Möglichkeit der Diagnose gegeben. Sie wird sicherlich in Zukunft öfters gestellt werden. Helfen diätetische und arzneiliche Maßnahmen nicht, so ist die Operation angezeigt.

Weber (Dresden).

49) **Mayo.** Anemic spot on the duodenum which may be taken for ulcer.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. VI. Nr. 6.)

Bei Vorziehen des Duodenum zur Untersuchung hat M. mehrmals an demselben weiße, blutlose Stellen dicht unterhalb des Pylorus gesehen. Zweimal hat er sie eingeschnitten wegen Verdachtes, es läge ein Geschwür vor. Dabei lernte er die wahre Natur erkennen. Er erklärt die Entstehung aus dem Gefäßverlauf; wenn das Duodenum angezogen wird, werden dadurch die Gefäße gezerrt und ihre Lichtung geschlossen. **Trapp** (Bückeburg).

50) **W. J. Mayo.** Ulcer of the duodenum.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. August 15.)

M. hat schon früher nachgewiesen, daß das Duodenalgeschwür viel häufiger ist als man bisher annahm. $^3/_5$, alle Magen- und Duodenalgeschwüre zusammengerechnet, sitzen im Duodenum. Daß man früher dies nicht wußte, hatte hauptsächlich seine Ursache darin, daß man größtenteils auf die Diagnose bei der Sektion angewiesen war, deren Genauigkeit durch Leichenerscheinungen beeinträchtigt wurde. Erst die Chirurgie enthüllte den wahren Sachverhalt; aber auch am Lebenden ist die Differentialdiagnose oft recht schwer, da viele Duodenalgeschwüre solche des Pylorus vortäuschen können. Ein absolut sicheres Zeichen für die Lage des Pylorus sind die Venen desselben, die ringförmig verlaufen. Verf. geht dann noch näher auf die anatomischen Verhältnisse ein.

1906/07 hat er zusammen mit C. H. Mayo im ganzen 193 Kranke mit Magen- und Duodenalgeschwüren operiert, und zwar waren darunter 119 = 61,7% mit reinem Duodenal-, 60 = 31% mit reinem Magengeschwür, während bei 14 = 7,3% in beiden Organen Geschwüre vorlagen. Von den Operierten haben sich 106 wieder vorgestellt. 82% waren geheilt, 9,5% gebessert, 5,7% ungeheilt und ungebessert; die Mortalität infolge der Operation betrug 2,8%. **Trapp** (Bückeburg).

51) **Stavely.** Acute and chronic gastromesenteric ileus, with cure in a chronic case by duodeno-jejunostomy.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. September.)

Bericht über zwei Fälle, von denen der erste ohne, der zweite mit operativer Hilfe zur Heilung kam.

Im ersten Falle handelte es sich um einen Mann von 30 Jahren, bei dem eine Exstirpation des Wurmfortsatzes wegen chronischer Appendicitis, eine Radikaloperation eines freien Leistenbruches und die Operation einer Varikokele vorgenommen worden war: die Dauer der Operation hatte etwa 1 Stunde betragen. Unmittelbar danach begann er zu erbrechen, heftige Leibschmerzen stellten sich ein, besonders im Epigastrium, das leicht aufgetrieben erschien; 3 Tage hielt der Zustand an, dann hörten die Schmerzen auf, das Erbrechen wurde seltener, aber Pat. verfiel zusehends. Am 4. Tage wollte Verf. eine Magenspülung vornehmen lassen, doch scheiterte das am Widerstand des Pat. Am Abend dieses 4. Tages förderte ein Einlauf große Gasmengen zutage, ohne aber sonst etwas zu bessern; da wurde Pat. auf die rechte Seite gelagert und das Fußende des Bettes erhöht, und sofort verschwanden alle jene Symptome. Pat. erholte sich rasch und ist genesen.



Die zweite Pat. war eine Dame von 36 Jahren. 7 Jahre zuvor hatte sie einen Abort gehabt, es war eine Infektion zustande gekommen und ein Beckenabszeß entstanden. Von der Scheide aus wurde er durch Punktion entleert, und unmittelbar danach hat Pat. 5 Tage lang große Mengen grünlicher Flüssigkeit erbrochen; sie wurde damals geheilt, weiß aber nicht mehr, wodurch. Innerhalb der folgenden 7 Jahre hat sie nun ungefähr 20mal Anfälle gehabt. Im Anschluß an die Nahrungsaufnahme kam es zu Erbrechen, die Oberbauchgegend wölbte sich unter großen Schmerzen vor, stundenlang hielt der Zustand an, das Erbrochene schmeckte bitter und hatte grüne Farbe, Pat. wurde durch die Schmerzen mehrmals bewußtlos.

Bei der Operation fand sich der Magen stark erweitert, ebenso das Duodenum, das in seiner ganzen Ausdehnung gut 9 cm Durchmesser hatte und einen großen U-förmigen Bogen unter der Leber beschrieb. Der Pylorus war für vier Finger bequem durchgängig. Die Dilatation hörte genau am Mesenterialansatz, wo die Gefäße vorn über den Darm herunterziehen, auf. S. legte nun vor dem Mesenterialansatz eine Anastomose zwischen dem durch seine Erweiterung bequem zu erreichenden Duodenum und dem Jejunum, etwa 30 cm distal vom Anfang, an. Pat. wurde zunächst $1^1/_2$ Tage nur rektal ernährt, allmählich bekam sie etwas Salzwasser, dann Eiweißwasser durch den Mund, und erst nach 10 Tagen konsistentere Nahrung. Sie ist noch 6 Monate nach dem Eingriff ganz gesund und hat 20 Pfund zugenommen. **W. v. Brunn** (Rostock).

52) **B. Fischer.** Über Ileus durch Entspannungsnähte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 107.)

F. berichtet über drei Sektionsbefunde, Pat. betreffend, die, von bekannten hervorragenden, verschiedenen Chirurgen laparotomiert, an Ileus zugrunde gegangen waren, und bei denen die Obduktion zeigte, daß bei den tiefen Entspannungsnähten (mit Silberdraht) Darmschlingen mitgefaßt und eingebunden waren — zur nicht geringen Überraschung der Operateure (vgl. eine beigegebene Abbildung). F. hält es für möglich, daß dieser bedauernswerte Kunstfehler, von dem bislang noch nichts vermeldet ist, vielleicht öfter vorkommen könnte als man dachte. Werden gestorbene Laparotomierte in der gewöhnlichen Weise seziert, daß die genähte Operationswunde zunächst durch Lösung der Nähte geöffnet wird, so wird die Darmeinnähung leicht übersehen — dagegen kann sie nicht dem Nachweis entgehen, wenn man, wie F. es tat, den Bauch seitlich von der genähten Wunde öffnet und letztere zunächst von ihrer Bauchseite her untersucht. F. teilt mit, daß er bei anderen Laparotomiesektionen auch Nahtanspießungen von Därmen gefunden hat (!). **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

53) **v. Khautz jun.** Darmstenose durch submuköse Hämatome bei Hämophilie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichte eines 24jährigen Pat., der wegen Darmstenose zur Operation kam. Die dominierenden Symptome bestanden in einer Blähung des Darmes, in peritonealer Reizung, Fühlbarkeit einer Geschwulst und Blutabgang durch den After. Pat. gab selbst an, daß er Bluter sei. Trotzdem mußte man sich bei der lebensgefährdenden Erkrankung zu dem operativen Eingriff entschließen. Bei demselben fanden sich im Dünndarm an verschiedenen Stellen Blutungen in die Darmwand. Der pathologisch-anatomische Befund bei der nach dem Tode erfolgenden Sektion ergab die typischen Zeichen der Hämophilie, vielfache Blutaustritte in die Gewebe und serösen Höhlen, auffallende Zartwandigkeit der Blutgefäße und ausgesprochene Enge der Aorta. Bezüglich eines 3 Wochen vor der Operation erlittenen Traumas stellt sich v. K. auf den Standpunkt, daß bei der hämophilen Konstitution des Pat. eine selbst unbedeutende Verletzung genügt haben mag, um allmählich den schweren, tödlich verlaufenden Symptomenkomplex hervorzurufen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

54) **McCallum.** Right meso-jejunal hernia.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. August.)

Ein Neger von 41 Jahren erkrankte an heftigen Leibschmerzen, Stuhlverhaltung und Erbrechen und wurde 1 Woche später operiert.

Bei der Laparotomie fand man in der Bauchhöhle eine allseitig frei bewegliche kugelige Geschwulst, deren Stiel vom Epigastrium herunterkam. Sie bestand aus einem großen Dünndarmschlingenkonvolut, das in einer papierdünnen transparenten Hülle steckte. Nach Hochschlagen des Dickdarmes entdeckte man ungefähr in der Mittellinie die Öffnung, durch welche der Darm in die große Gekröstasche hineingeschlüpft war, zog ihn heraus, schloß die Öffnung durch Nähte und dann die Bauchhöhle, da der Darm nirgends verdächtig aussah.

Pat. hatte nachher noch 9mal spontanen Stuhl, erbrach noch einigemal und starb an Herzschwäche tags darauf.

Die Obduktion zeigte, daß der Sack durch Einstülpung des einen Gekrösblattes gebildet worden war; er hatte bei seinem Wachstum die Gekrösblätter auseinandergedrängt und war imstande, den ganzen Dünndarm in sich zu bergen.

W. v. Brunn (Rostock).

55) **Kingsford.** Case of acute intestinal obstruction in a haemophilic.

(Brit. med. journ. 1908. August 29.)

Bericht über einen tödlich verlaufenden Ileus durch Intussuszeption des Ileum bis 8 cm oberhalb des Blinddarmes bei einem 10jährigen Bluter. Dicht unterhalb der Spitze des eingeschobenen Darmstückes mündete ein langes Meckel'sches Divertikel, dessen blindes Ende nach außen hervorragte. Verf. rechnet den Fall zu jenen seltenen Ileusformen, in denen ein Meckel'sches Divertikel die indirekte Ursache zur Darmeinschiebung abgibt. **Weber** (Dresden).

56) **Canon.** Komplette Ausschaltung des Dickdarmes wegen hartnäckiger Darmblutungen bei Syphilis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 85.)

Der in der Arbeit ausführlich erzählte, vom Verf. operierte Fall ist von diesem bereits auf dem Chirurgenkongreß publiziert, und verweisen wir auf das bezügliche Referat in unserem Blatte 1908, Kongreßberichtsbeilage p. 138. Der Zustand des eine Fistel tragenden Pat. ist zwar ein leidlicher, doch lehrt C.'s Operation, ebenso wie die spärlichen gleichen Operationen anderer Chirurgen, daß die komplette Dickdarmausschaltung, abgesehen von ihren technischen Schwierigkeiten und Gefahren, ihrer bedeutenden direkten Folgen wegen ein so schwerer Eingriff ist, daß er nur in äußersten Notfällen als erlaubt anzusehen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

57) **H. Strehl.** Kongenitale Retroposition des Dickdarmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt einen Fall, bei dem er bei der Operation die Diagnose einer Retroposition des Dickdarmes stellen konnte. Aus der Beschreibung des nachher durch die Sektion gewonnenen Präparates ergibt sich, daß die Anomalie jedenfalls durch eine falsche Drehung der Nabelschleife erfolgt ist. Dieselbe hat wohl im Sinne der Drehung des Uhrzeigers stattgefunden statt umgekehrt. Die Ursache für die falsche Drehung der Nabelschleife ist nicht recht ersichtlich; vielleicht ist sie in der mächtigen Duodenalschlinge zu suchen. Als einen richtigen Fall von Retroposition des Dickdarmes läßt S. nur den Tscherning'schen gelten nicht auch den von Clairmont. Die Diagnose wird wohl auch in Zukunft am Krankenbette nicht gelingen, da es erst durch irgendwelche Gelegenheitsursache zu Ileuserscheinungen kommt, die sich in nichts von sonstigen derartigen Symptomen unterscheiden. Bei dem Eingriff wird wohl die Form des Duodenum und die des Colon transversum auf Entwicklungsstörungen hinweisen. Eine radikale Beseitigung der Lageanomalie ist nicht möglich; zur Beseitigung der Stenoseerscheinungen kommen nur Anastomose und Anus coecalis in Betracht.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

58) Brewer. Acute diverticulitis of the sigmoid, with operation before rupture.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. August 15.)

B. hat schon früher, auf dem amerikanischen Chirurgenkongreß, über Eiterungen in der linken Bauchseite, die er mehrfach auf gangränös gewordene Divertikel des S romanum zurückführen konnte, gesprochen. Einer seiner damals vorgeführten Pat. erlitt später einen Rückfall, bei dem die Diagnose — das erstemal nach B. — richtig gestellt werden konnte. — Es handelte sich um einen 45jährigen Mann; dessen erster Anfall war folgendermaßen verlaufen: Er wurde während des Essens von heftigstem Schmerz in der linken Unterbauchseite befallen, der sich zunächst verlor, nachts wiederkehrte und von Übelkeit, Erbrechen und großer Körperschwäche begleitet war. Es bestand linksseitige Muskelrigidität, und man fühlte in der linken Darmbeingrube eine weiche Masse, die sich bei der Operation als Abszeß mit kotigem Inhalt aufklärte. Er enthielt auch einen Kotstein. In der Flexura sigmoidea fand man eine Öffnung, aus der sich Kot entleerte. Es entstand zunächst eine Kotfistel, die allmählich ausheilte, so daß in 6 Wochen volle Heilung eintrat. Der Operierte war dann 5 Jahre und 4 Monate beschwerdefrei. — Der zweite Anfall glich vollständig in seinen Erscheinungen dem ersten, die Geschwulst saß unterhalb der alten Narbe. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man zahlreiche alte Verwachsungen, an der Flexur saß eine etwa 8—10 cm im Durchmesser große, entzündliche Geschwulst, die aus einem Divertikel bestand, das mit ödematösem Bauchfell und stark angeschwollenen Appendices epiploicae überzogen war. Diese Geschwulst wurde in die Bauchwunde eingestellt und gegen die Bauchhöhle abgeschlossen. Nach 48 Stunden entleerte sich Eiter, die Wände des Divertikels stießen sich unter Bildung einer kleinen, von selbst heilenden Kotfistel ab. Später Sekundärnaht. — Die Symptome, die solche Divertikel machen, sind ganz zu vergleichen mit denen der Appendicitis in ihren verschiedenen Graden und dementsprechend zu behandeln. Die sofortige Abtragung wird sich nur dann machen lassen, wenn der Stiel des Divertikels schmal genug ist. Sonst empfiehlt Verf., wenn Eiterung vorhanden, die bei dem beschriebenen Fall ausgeführte Operationsmethode. **Trapp** (Bückeburg).

59) Burckhardt. Kombination von Aktinomykose und Adenokarzinom des Dickdarmes.

(Zentralblatt f. Bakteriologie u. Parasitenkunde Abt. I. Bd. XLVI. Hft. 5.)

Makro- und mikroskopische Beschreibung eines operativ gewonnenen Präparates, daß die jedenfalls ebenso seltene wie interessante Vergesellschaftung einer Darmaktinomykose mit einem beginnenden Adenokarzinom des Colon descendens nahe der linken Niere zeigt. Dem färberischen Verhalten des Pilzes, der Form des Präparates, den geringen Verwachsungen und dem Fehlen jeglicher Ausbreitungsneigung nach scheint es sich um einen im Erlöschen begriffenen, aber sicheren aktinomykotischen Prozeß zu handeln. Die im übrigen ja oft genug resultatlose kulturelle Untersuchung des Pilzes hat allerdings nicht stattgefunden. Die Frage, ob Karzinom oder Aktinomykose das Primäre gewesen ist, glaubt Verf. unentschieden lassen zu müssen. **W. Goebel** (Köln).

60) Schenck. Über die Darstellung von Dickdarmstenose durch das Röntgenverfahren.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 5.)

Verf. kann — anscheinend als einer der ersten — eine Stenosenbildung des Darmes am Röntgenbilde demonstrieren.

Eine 54jährige Pat. hat sich vor 6 Wochen angeblich verhoben und leidet seitdem an Schmerzen im Leibe. Appetit und Körpergewicht nahmen ab, Durchfälle und Erbrechen traten auf. Deutlicher Meteorismus. In der linken Seite unterhalb des Rippenbogens eine harte, höckrige Geschwulst, die man für Karzinom hielt, deren Lage man aber nicht genau feststellen konnte. Mit Hilfe der

Röntgendurchleuchtung nach vorausgegangenen Wismuteinläufen gelang es, den genauen Sitz und die Ausdehnung der Geschwulst, ihren zentralen Zerfall und ihren primären Ausgangspunkt festzustellen; ferner konnte man deutlich die Verlagerung des Colon ascendens und transversum diagnostizieren.

Das beigegebene Röntgenbild zeigt sehr deutlich am Colon descendens zwei Verengerungen und zwischen beiden eine kugelige Auftreibung mit einem Hohlraum in der Mitte.

Pat. wurde nicht operiert, die spätere Sektion ergab »ausgedehntes ulzeröses stenosierendes Gallertkarzinom im Colon descendens«. **Gaugele** (Zwickau).

61) **R. Torikata.** Beitrag zur kombinierten Exstirpation der hochsitzenden bzw. hoch hinaufreichenden Mastdarmkarzinome bei Männern.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 162.)

Die Arbeit ist aus der Klinik in Kyoto hervorgegangen, aus welcher früher schon über drei kombinierte Mastdarmkrebsoperationen bei Männern mit zwei Todesfällen berichtet worden ist (vgl. unser Blatt 1904 p. 1079). Seitdem sind in genannter Klinik fünf weitere Fälle bei Männern mit kombinierter Methode exstirpiert, von welchen nur einer an der Operation starb, die übrigen geheilt sind. Betreffs der Technik ist von Wichtigkeit, daß an der abdominalen Durchtrennungsstelle des Colon descendens bzw. sigmoideum das orale Darmende stets als Kunstafter in die linke Leistengegend eingenäht wurde, während das aborale durch Naht verschlossen und nach möglichst tiefer Auslösung des Mastdarmes aus dem kleinen Becken in dieses versenkt ist, um dann nach Abschluß der Bauchhöhle gegen das Becken durch Peritonealnähte (»Peritonisation des Beckens«) unten von einem Sakral- bzw. Parasakralschnitt aus mitsamt dem zuvor zugenähten After und Sphinkter total entfernt zu werden. Die entfernten Darmstücke hatten eine Länge von 29–50 cm. Viermal wurde die Operation mit dem Bauchschnitt in Beckenhochlagerung begonnen, dann der Eingriff vom Kreuzbein her bei rechter Seitenlage hinzugefügt, und zwar einmal, da der Kranke stark mitgenommen, erst 1 Woche später. Provisorische Unterbindung der Iliaca int. und sacralis media wurde nicht regelmäßig vorgenommen. Am Kunstafter wurde der eingepflanzte Darm ca. 4 cm lang vor die Bauchdecken vorgenäht und entweder für die ersten Tage ganz verschlossen gehalten oder mit einem eingeführten starken Gummirohr sicher verbunden.

T. erklärt, und wohl mit Recht, das in der Kyotoschen Klinik ausgearbeitete Verfahren anderen Methoden, insbesondere denjenigen mit Anlegung sakraler After, durch Sicherheit der Aseptik für überlegen. Angaben über die Zeitdauer der Operationen finden sich leider nicht. Bei dem tödlich verlaufenen Falle trat nach anfänglich gutem Verlaufe Peritonitis infolge zu früher Nahtlösung am Kunstafter auf. Die genesenen Fälle betreffend, ist zu bemerken, daß bei einem die Nephrektomie einer an Abszedierungen erkrankten Niere nötig wurde, bei einem anderen Fall ist die lange Heilungsdauer (Spitalentlassung erst 344 Tage nach der Operation) auffallend. Endlich ist bei zwei Geheilten Rezidiv bzw. Metastase sicher festgestellt, bei einem als wahrscheinlich zu betrachten.

Die Arbeit tritt ebenso wie jene vom Jahre 1901 energisch für die kombinierte Operationsmethode der hohen Mastdarmkrebse ein und referiert über deren Statistik bis zur Jetztzeit. An ihrem Schluß steht ein 33 Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Berichtigung. In Nr. 48 p. 1418 Z. 12 v. u. lies »Corticalis« statt Spongiosa.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 51. Sonnabend, den 19. Dezember 1908.

Inhalt.

1) **K. v. Bardeleben** und **H. Haeckel.** Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 4. verbesserte und vermehrte Auflage. Herausgegeben unter Mitwirkung von Dr. Fritz Frohse, mit Beiträgen von Prof. Dr. Th. Ziehen. 208 größtenteils mehrfarbige Holzschnitte, 1 lithographische Doppeltafel und erläuternder Text.

Jena, **Gustav Fischer**, 1908.

Die Autoren ruhen nicht auf ihren Lorbeeren aus; diese neue Auflage, das 10. bis 12. Tausend des Atlasses umfassend, haben sie wieder dadurch verbessert, daß sie in einer Anzahl der Tafeln früher schwarz gehaltene Teile gefärbt und dadurch, ohne je grell zu wirken, den schnellen Überblick über das Dargestellte erleichtert haben. Neu eingefügt sind einige Tafeln, so Nr. 124 mit der Darstellung des von der Rückseite freigelegten Mediastinum, drei Tafeln über die vordere Bauchwand, eine über die Blinddarmgegend; endlich sind eine Anzahl Bilder der Topographie des Fußes durch bessere ersetzt, wobei natürlich auch der Text entsprechend bearbeitet ist.

Ref. kennt keinen Atlas der topographischen Anatomie, der diesem vorzuziehen wäre.

Richter (Breslau).

2) **Freiherr v. Kuester.** Grundzüge der allgemeinen Chirurgie und chirurgischen Technik für Ärzte und Studierende. 414 Seiten, 291 Abbildungen.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1908.

Die Meinung des Verf.s, daß es heute noch an einem Buche der allgemeinen Chirurgie fehlt, welches in knapper Form alles Wichtige schildert, die Bedürfnisse des praktischen Arztes vollständig berücksichtigt, auch dem Studenten der klinischen Semester ein Begleiter und ein Repetitorium, dem Medizinalpraktikanten ein treuer Helfer in der Not sein soll, wird wohl angesichts der vielen Neuerscheinungen auf diesem Gebiete nicht von vielen Seiten geteilt werden; im Gegenteil wird man den Mut der Verleger bewundern müssen, noch neue Werke auf den Markt zu bringen.

Ref. wenigstens glaubt, daß der praktische Arzt, dem besonders doch geholfen werden soll, sich immer in einem Buche Rat holen wird, das er bereits in jungen Jahren kennen und schätzen gelernt hat; die Tatsache, daß alle bekannten älteren Lehrbücher in regelmäßigen Zwischenräumen Neuauflagen erleben, beweist dies.

Nach einer ausführlichen Schilderung der allgemeinen chirurgischen Technik (p. 1—185) behandelt Verf. die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in fünf Abschnitten: 1) Geschwülste p. 199 bis 252; 2) Verletzungen der Weichteile, Knochen und Gelenke p. 254 bis 313; 3) Wundinfektionen und chirurgische Infektionskrankheiten p. 314—379; 4) ätiologisch verschiedene, chirurgisch wichtige Erkrankungen p. 386—399; 5) Wundheilung p. 400—405). Das Buch ist flott geschrieben, gut ausgestattet und berücksichtigt kritisch alle Fortschritte, die uns das letzte Jahrzehnt gebracht hat. Als einen Vorzug betrachtet es Ref., daß der Diagnose ein verhältnismäßig breiter Raum überall zugewiesen ist; die nicht tuberkulösen Gelenkerkrankungen hätten dagegen — im Vergleich zu der Geschwulstlehre — ausführlicher abgehandelt werden können; auch für eine Schilderung der Bardenheuer'schen Extensionsbehandlung hätte sich Platz finden müssen.

Dem durch seine Mitarbeit an der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung in weiteren Kreisen bekannten Verf. wünscht Ref., daß seine oben erwähnten Befürchtungen sich als nicht begründet erweisen möchten.

Lessing (Hamburg).

3) **Müller.** Die Stärkekleisterplatte ein einfaches Hilfsmittel zum Studium diastatischer Fermentwirkungen.

(Zentralblatt für innere Medizin 1908. Nr. 16.)

In Anlehnung an sein Verfahren zum Nachweis eiweißlösender Fermente durch die Serumplatte hat Verf. Stärkekleisterplatten zum

Studium diastatischer Fermentwirkungen benutzt. Durch die mühelose und wenig Materialaufwand erfordernde, dabei recht anschauliche Methode ließ sich feststellen, daß im menschlichen Mundspeichel weder unter normalen, noch unter krankhaften Bedingungen (Fieber, Diabetes, Morbus Basedowii, Magenkrsbs, Magengeschwür, Nieren- und Blutkrankheiten u. ä.) gröbere Veränderungen in der diastatischen Fermentwirkung auftreten, und weiter, daß der absolute Ptyalingehalt unter normalen und anormalen Bedingungen im wesentlichen von der Speichelmenge abhängig ist; bei Trockenheit des Mundes, bei Fieber, bei Diabetes z. B. ist also der absolute Ptyalingehalt geringer als bei reichlicher Speichelsekretion. In gleicher Weise läßt sich natürlich die Stärkeplatte zum Studium des Diastasengehaltes des Magen- und Darminhaltes, des Urins, des Blutserums, des Eiters, des Sputums, der Trans- und Exsudate usw. verwenden. **W. Goebel** (Köln).

---

4) **Müller** und **Jochmann.** Zur Kenntnis des proteolytischen Leukocytenferments und seines Antiferments.

(Verhandlungen des 24. Kongresses für innere Medizin 1907.)

Bringt man ein Tröpfchen Eiter oder Blut eines an myelogener Leukämie Erkrankten, überhaupt eine Spur einer stark leukocytenhaltigen Körperflüssigkeit auf eine erstarrte Hammel- oder Rinderserumplatte (sog. Löfflerplatte), so findet man nach mehrstündigem Aufenthalt der Platte im Brutschrank bei 50—60° an der Stelle des Tropfens eine Delle. Diese Delle ist die Wirkung eines durch Zerfall der gelapptkernigen Leukocyten freiwerdenden eiweißlösenden Ferments. Das einfache Verfahren kann klinisch zu verschiedenen diagnostischen Zwecken, u. a. auch zur Unterscheidung von heißem Kokkeneiter von tuberkulösem Eiter gebraucht werden, vorausgesetzt, daß es sich bei der Tuberkulose noch nicht um eine Mischinfektion oder um einen mit Jodoform behandelten Prozeß handelt. Einfacher ist allerdings für diesen Zweck die Verwendung von Millon's Reagens nach dem von M. in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Verfahren. Im Körper kreist ein dem proteolytischen Ferment entgegenwirkendes Antiferment, das bei Körpertemperatur voll wirksam ist und die Proteolyse hemmt, bei 50—60° aber unwirksam gemacht wird. Außer beim Menschen fanden Verff. das Leukocytenferment nur noch bei hochstehenden Affen und beim Hunde. Das Serumplattenverfahren eignet sich unbestreitbar vorzüglich zum Nachweis und Studium der beiden Fermente und ihrer Wechselbeziehungen und scheint in seinem weiteren Ausbau vollen Ersatz für die bisherigen umständlichen chemischen Methoden zur Untersuchung der Proteolyse zu bieten. **W. Goebel** (Köln).

---

5) **Konradi.** Ist die erworbene Immunität vererbbar?
(Zentralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde I. Abt. Bd. XLVI. Hft. 1.)

Die Frage ist nicht neu und hat besonders zahlreiche und eifrige Bearbeiter gefunden, seitdem die als Träger der Immunität geltenden Schutzstoffe bekannt sind. Während alle Untersucher zu der Überzeugung gekommen sind, daß die Nachkommen von Eltern mit erworbener Immunität fast in allen Fällen einen kürzer oder länger dauernden Schutz mit zur Welt bringen, war man in der Erklärung dieser Erscheinung durchaus uneinig. Tizzoni und Centanni, Ribbert u. a. vertraten den Standpunkt, daß bei der paternellen Vererbung, bei der Übertragung der erworbenen Immunität durch das Sperma die Immunität dauernd ist. Die durch Diffusion im Placentarkreislauf oder durch die Milch übertragenen Schutzstoffe sollten nur zu einer vorübergehenden Festigkeit, jedenfalls zu keinem dauernden Schutze der Nachkommen führen. Dem gegenüber standen die Untersuchungsergebnisse von Ehrlich und Morgenroth u. a., die behaupteten, daß die Nachkommen immunisierter Mütter nur infolge der Mitgabe von Antikörpern durch das Blut und die Milch immun seien, daß diese Immunität aber auch nur von beschränkter Dauer sei. Bei den Versuchen sowohl über die paternelle Immunität, als auch über die Übertragung der Immunität durch Placenta und Milch ist die Möglichkeit eines Überganges von Infektionserregern mit sekundärer aktiver Immunisierung der Nachkommenschaft nicht ausgeschlossen. Zahlreiche zur Umgehung dieser Fehlerquelle angestellte Versuche ergaben, daß der Mutter injizierte Antitoxine und die diesen in biologischer Hinsicht ähnlichen Agglutinine im fötalen Serum nachweisbar waren, und daß auch, wie namentlich aus den Arbeiten Ehrlich's und Wassermann's, Stäubli's u. a. hervorgeht, die Milch und besonders das Kolostrum so immunisierter Tiere und Menschen Antitoxine und Agglutinine enthalten kann. Im Gegensatze zu der v. Behring'schen Schule, die eine unter normalen Verhältnissen vor sich gehende placentare Übertragung von Antitoxinen leugnet, fand Polano, daß auch die intakte Placenta sowohl bei passiver als auch bei aktiver und bei natürlicher Immunität einen regelmäßigen Übergang von Antitoxinstoffen von der Mutter auf das Kind gestattet. Die durchaus nicht seltenen Widersprüche in den bisherigen Erfahrungen veranlaßten den Verf. zu einer Reihe von Versuchen an künstlich mit Hundswutvirus immunisierten Hunden. Das Ergebnis war, daß die Nachkommen einer während der Tragzeit immunisierten Hündin sich innerhalb gewisser Grenzen als immun erwiesen, daß ihre Immunität sogar von längerer Dauer war, als die künstlich erworbene aktive anderer Hunde. Aber auch die geraume Zeit vor der Konzeption erworbene Lyssaimmunität beider Eltern vererbte sich auf die Nachkommenschaft, wenn auch nicht regelmäßig. Die Enkel schließlich ererbten keinerlei Schutz, auch dann nicht, wenn der Vater eine aktive Immunität besaß. Für die Art der Übertragung, ob durch die Milch oder auf placentarem Wege, geben die Versuche leider keinen

Aufschluß, doch neigt Verf. am meisten der Annahme der intrauterinen Übertragung der in Frage kommenden Stoffe zu. Einzelheiten der Versuche lassen die Möglichkeit des Schlusses zu, daß die Produktion von Antikörpern im jungen Organismus energischer vor sich geht als im mütterlichen. **W. Goebel** (Köln).

6) **T. Rovsing** (Kopenhagen). Über die Sicherheit der histologischen Geschwulstdiagnose als Basis radikaler chirurgischer Eingriffe.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 38.)

R. warnt in eindringlichen Worten vor der Überschätzung histologisch-mikroskopischer Geschwulstdiagnosen und gibt einzelne seiner mit diesen gemachten üblen Erfahrungen wieder. Von pathologischen Anatomen als gutartig bezeichnete Geschwülste (Papillome, Adenome) erwiesen sich klinisch und durch die Operation als Karzinome, und umgekehrt wurden gutartige Granulationsgeschwülste mikroskopisch als bösartig angesehen. Sehr lehrreich sind in dieser letzteren Beziehung einige Fälle von Osteomyelitis, in denen der mikroskopiker Sarkom diagnostiziert hatte, während sie von dem Kliniker nach dem ganzen Krankheitsverlauf und besonders auch nach dem Röntgenbilde als Osteomyelitis richtig erkannt worden waren. **Kramer** (Glogau).

7) **M. O. Wyss.** Zur Entstehung primärer Karzinome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 537.)

W. erklärt zwar, nicht etwa eine neue Karzinomtheorie aufstellen zu wollen, indes ist doch, was er bringt, wenigstens ein sehr interessierender origineller Beitrag zur Karzinomtheorie, insbesondere zu derjenigen von Ribbert, der das Karzinom aus Epithelzellen entstehen läßt, die »ausgeschaltet« werden, um dann auf eigene Faust auf Kosten des Körpers schrankenlos weiter zu wachsen. Der Kern von W.'s Auseinandersetzungen ist die Annahme, daß diese Ribbertsche Epithelausschaltung unter anderen einerseits durch angiosklerotische Gefäßveränderungen, andererseits durch kleinzellige Bindegewebsinfiltrationen geleistet werden kann, indem vorausgesetzt oder als leicht verständlich angenommen wird, daß diese beiden pathologischen Prozesse durch allmählichen Ausschluß von der normalen Blutzufuhr das Epithel »auszuschalten« imstande sind. Nach der Ausschaltung aus der normalen Bluternährung ist die Weiterexistenz und das Wuchern des Epithels dadurch ermöglicht, daß gerade das Epithel eigentümliche biologische Fähigkeiten besitzt, die sich bei der Transplantation von normalem Epithel beim Menschen, sowie im Tierexperiment durch die Transplantationsfähigkeit von Karzinomen als vorhanden ausweisen. Man muß annehmen, daß die Epithelzellen unter abnormen Verhältnissen ähnlich der Eizelle sich lediglich aus Gewebsflüssigkeit zu nähren imstande sind. Haben solche abnorme Er-

nährungsverhältnisse Platz gegriffen, so, nimmt W. weiter an, beschränken sich die veränderten Epithelzellen nicht nur auf die sie umgebenden Flüssigkeiten, sondern zerstören auch Bindegewebs- und andere Zellen und gelangen schließlich zu dem parasitären Wachstum, das der Karzinomzelle eigen ist.

Das erste Karzinom, an dem W. lokale Arteriosklerosen fand, war ein Röntgenkarzinom, und gerade das Röntgenkarzinom (sozusagen »das erste experimentelle Karzinom, das wir kennen«) war es auch, an dem W. zuerst in einer in den Bruns'schen Beiträgen veröffentlichten Arbeit seine Ideen über die Karzinomgenese entwickelte (vgl. dieses Blatt 1906, p. 1203). Die in vorliegender Arbeit verwerteten neuen histologischen Karzinomuntersuchungen W.'s betreffen 50 exzidierte kleine Geschwülste, meistenteils karzinomatöser Art, deren Flächendurchmesser von 25 mm bis zu Zellhaufen von Bruchteilen von Millimetern herabging. Genaueres über die Einzelheiten der mikroskopischen Befundaufnahmen möge im Original eingesehen werden, dem auch eine Reihe Abbildungen, die verengenden Gefäßdegenerationen sowie die kleinzellige Bindegewebsinfiltration darstellend, beigegeben sind. Dagegen werden betreffs der Häufigkeit der spezifischen Befunde W.'s folgende Zahlen auch hier interessieren: Untersuchte Karzinome (einschließlich der Röntgenkarzinome) 36. Davon zeigten Gefäßveränderungen unter der Geschwulst 27, Infiltration des subepithelialen Bindegewebes 28, gleichzeitig beide Veränderungen 22, irgendeine Veränderung unter dem Epithel, die einen Ausschluß vom Blutstrome bedingt haben kann, 33. — Also irgendeinen positiven Befund im Sinne W.'s 91% der Fälle.

Diese Andeutungen über den Inhalt von W.'s Arbeit mögen genügen. Dieselbe enthält aber noch mancherlei andere zur Sache gehörige, interessante Betrachtungen, sowie Bezugnahme auf die neuere theoretische Karzinomliteratur, die zum Schluß in einem 94 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **Williams.** Early treatment of some superficial cancers, especially epitheliomas with radium.

(Journ. amer. med. assoc. 1908. September 12.)

1) Die Strahlung des Radiums bleibt stets gleichmäßig. Radium wirkt sicherer und ist ungefährlicher als Röntgenstrahlen. 2) Die γ-Strahlen wirken schmerzstillend. Bei ihrer Anwendung muß man zur Vermeidung von Verbrennungen die β-Strahlen ausschalten. 3) Die β-Strahlen wirken auf die Epitheliome, Ulcus rodens usw. und sind auch bei derartigen Erkrankungen der Schleimhäute im Mund usw. anwendbar. 4) Radium soll frühzeitig und kräftig genug angewandt werden. Schmerzen entstehen dabei nicht, die Narbe ist äußerst geringfügig. 5) Nach operativem Vorgehen soll man Radium nicht anwenden. 6) Die Heilung folgt der Radiumbehandlung schneller als

der Röntgenbehandlung. Manchmal heilt Radium noch Neubildungen, die vergeblich mit Röntgenstrahlen behandelt waren. 7) Die Rückfälle nach Radiumbehandlung sind selten. 8) Sein einziger Nachteil sind die großen Anschaffungskosten. **Trapp** (Bückeburg).

---

9) **E. Saroumian.** Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques.

Thèse de Lausanne 1908.

S. berichtet über 19 Beobachtungen (18 Männer, 1 Frau) von symmetrischen, multiplen Lipomen. Die Anamnese ergab in 15 Fällen (14 Männer, 1 Frau) Alkoholismus; in den übrigen 4 Fällen war nicht danach geforscht worden. Im Gegensatz hierzu war bei 7 Beobachtungen multipler, nicht symmetrischer Lipome nie Alkoholismus vorhanden gewesen. S. bemerkt, daß die multiplen symmetrischen Lipome meist erst bei Erwachsenen (25—60 Jahre) auftreten, die multiplen nicht symmetrischen Fettgeschwülste dagegen oft schon seit der Jugend bestehen. Bei Frauen ist das Erscheinen multipler, nicht symmetrischer Lipome zur Zeit der Menopause ein häufiges Vorkommnis; bei der Pat. mit mehrfachen symmetrischen Fettgeschwülsten waren diese schon einige Jahre vorher aufgetreten. S. räumt dem Alkoholismus eine große ätiologische Bedeutung für das Entstehen dieser Geschwülste ein. **Schumacher** (Zürich).

---

10) **v. Wasielewski** und **Hirschfeld.** Über den Einfluß der Fulguration auf die Lebensfähigkeit von Zellen. (Aus dem Institut für Krebsforschung in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 37.)

Gewisse Bakterien (Bakterium typhi, coli, Mikrokokkus neoformans, Staphylokokkus aureus usw.) und Hefen ertragen die Beblitzung, ohne abgetötet zu werden; dagegen werden Amöben und Ciliaten in ihren vegetativen Formen schwerer geschädigt. Die Widerstandsfähigkeit der Metazoenzellen gegen die Fulguration wurde an Mäusekrebsgewebe geprüft und durch nachträgliche Verimpfung desselben festgestellt, ob die Stücke noch lebensfähig seien. Eine intensive Beblitzung 3—4 mm dicker Geschwulstscheiben von Fünfpfennigstückgröße wurde 10—15 Minuten lang gut vertragen; bei längerer Bestrahlung ging die Transplantationsfähigkeit zurück (Erwärmung und Austrocknung wurden durch gleichzeitige CO_2-Anwendung auszuschalten gesucht). Durch gleichzeitige CO_2-Einwirkung wurde die Fulgurationswirkung abgeschwächt; doch nahm auch bei 30 Minuten langer Beblitzung die Impfausbeute ab. **Kramer** (Glogau).

---

11) **K. Hartmann** (Koblenz). Thiosinamin bzw. Fibrolysin und ihre therapeutische Anwendung. 89 S.
Bonn, **Carl Georgi**, 1908.

In der vorliegenden Arbeit hat Verf. nach einer Einleitung über die Eigenschaften und Anwendung des Thiosinamins und Fibrolysins alle Veröffentlichungen zusammengestellt, in denen über Anwendungsweise und Erfolge bzw. Mißerfolge bei Thiosinaminbehandlung berichtet wurde. Die Zusammenstellung, die über 230 einzelne Arbeiten berücksichtigt, läßt erkennen, daß Thiosinaminpräparate — und Fibrolysin ist eine Vereinigung von 1 Molekül Thiosinamin mit 1/2 Molekül Natr. salicyl. — überall da mit Aussicht auf Erfolg angewendet werden können, wo nicht allzu altes, von Entzündungserscheinungen freies Narbengewebe erweicht und gedehnt werden soll. Unter den 24 verschiedenen Krankheitsgebieten, in denen die Anwendung von Thiosinamin und Fibrolysin besprochen wird, interessieren am meisten die guten Erfolge bei Dupuytren'scher Fingerkontraktur, narbiger Kehlkopfstenose, Speiseröhrenstenose, gutartiger Pylorusstenose, Harnröhrenstriktur und in der Gynäkologie.

Das Fibrolysin wird allgemein in der von E. Merck gebrauchsfertig hergestellten Lösung subkutan angewandt, während das Thiosinamin am meisten in der durch v. Hebra angegebenen 15%igen alkoholischen Lösung injiziert wird. **L. Simon** (Mannheim).

---

12) **O. Koerner**. Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Nachträge zur III. Auflage.
Wiesbaden 1908.

Mit bekannter Genauigkeit hat Verf. die Errungenschaften der letzten 5 Jahre in diesem Nachtrag als erfahrener Kliniker und Operateur kritisch behandelt. Nichts Wesentliches, was die intrakraniellen Komplikationen betrifft, scheint zu fehlen. Die beschränkte diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion wird ausführlich begründet; im Hinblick auf die geheilten Fälle »erfolggekrönter Operateure« entwickelt Verf. seine gewiß berechtigten Bedenken und nimmt hierfür eine Vorstufe der eitrigen Leptomeningitis an, bei der virulente Mikroben sich in den Subarachnoidealräumen vermehren, den Liquor überschwemmen und die sie begleitenden toxischen Substanzen meningitische Symptome hervorrufen können, ohne daß die Sektion eine Entzündung der weichen Hirnhäute aufdecke. Ein operativ geheilter Fall, bei dem Eiter in den Piamaschen gefunden, stehe noch aus. Die Osteophlebitispyämie B.'s wird, durch einige neuere Beobachtungen gestützt, aufrecht erhalten. Der Notwendigkeit der Grunert'schen Bulbusoperation steht B. noch etwas skeptisch gegenüber, da der Nachweis fehlt, daß »der Kranke nicht auch durch die Sinus jugularis-Operation ohne Freilegung des Bulbus am Leben erhalten worden wäre«. So sind überall die wichtigsten Streitfragen eingehend berücksichtigt; die Verwertung der Literatur ist geradezu

mustergültig; und mit vollem Recht beklagt es K., daß von anderer Seite der otologischen Literatur nicht die gleiche Würdigung zuteil werde. Schultze's »Hirnhäuteerkrankungen« und Lenhartz' »Septische Erkrankungen« im Nothnagel'schen Handbuche zeugten von einer sehr mangelhaften Berücksichtigung einschlägiger otologischer Publikationen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

13) **Ruge.** Zur Erleichterung der Meningokokkendiagnose.

(Zentralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde I. Abt. Bd. XLVII. Hft. 5.)

Wo der mikroskopische Nachweis der Kokken in der Zerebrospinalflüssigkeit nicht gelingt und die oft recht schwierige kulturelle Untersuchung nicht angängig ist, kann man sich so helfen, daß man 6—8 Tropfen der zu untersuchenden verdächtigen Lumbalflüssigkeit auf einen zuvor abgeglühten Objektträger bringt. Nach 10—12stündigem Aufenthalt des Präparates bei Zimmertemperatur unter einer Petrischale ist die kleine Flüssigkeitsmenge eingetrocknet. Inzwischen hat aber eine so starke Anreicherung der etwa vorhandenen Keime stattgefunden, daß der mikroskopische Nachweis nunmehr ohne weiteres gelingt. Die gleiche Anreicherung hat Verf. auch bei Streptokokken beobachtet. **W. Goebel** (Köln).

---

14) **E. v. Hippel.** Die Palliativtrepanation bei Stauungspapille.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 37.)

Nach den von v. H. gemachten statistischen Feststellungen sind die Aussichten für das Sehvermögen günstige, wenn in einem relativ frühen Stadium, d. h. bei noch brauchbarem Sehvermögen die Palliativtrepanation vorgenommen wird, dagegen ungünstiger, bzw. absolut schlechter, wenn zur Zeit der Operation das Sehvermögen schon praktisch unbrauchbar geworden, bzw. erloschen ist. Die Möglichkeit der Spontanheilung der Stauungspapille beim chronischen Hydrocephalus, dem sog. Pseudotumor und der Gehirnschwellung spricht nicht gegen die Vornahme der Palliativtrepanation, weil diese Krankheiten bisher nicht mit Sicherheit differentialdignostisch von Hirngeschwulst zu unterscheiden sind, und es vorkommen kann, daß sonst völlige Heilung, aber mit Erblindung eintritt. Ob die beim Turmschädel vorkommende Stauungspapille durch Trepanation geheilt werden kann, steht noch nicht fest. Trotzdem der Eingriff mit Gefahren verknüpft ist, ist er entschieden anzuraten, weil, abgesehen von der Besserung des Sehvermögens, oft das Leben verlängert und vor allen Dingen erträglich gemacht, sogar nicht selten durch ihn die Krankheit geheilt wird.

Kramer (Glogau).

15) **Kühne und Plagmann.** Die Röntgenuntersuchung des Processus mastoideus bei Ostitis media.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 5.)

Systematische röntgenographische Untersuchungen des Prozesses des Warzenfortsatzes an einer größeren Anzahl von normalen und pathologischen Fällen sind in der Literatur nur wenig zu finden. Verff. haben nun eine große Anzahl von Fällen mit akuter und chronischer Mittelohrentzündung ohne besondere Auswahl, mit und ohne klinisch nachweisbare Mastoiditis mit Röntgenstrahlen untersucht.

Da die Schrägaufnahmen oft hochgradige Verzeichnungen geben und die stereoskopischen Aufnahmen der Schädelbasis nicht allein viel Zeit und Geduld, sondern auch viel Geld kosten, so wurde allmählich ausschließlich die Sagittalaufnahme der ganzen Schädelbasis unter Anwendung der Albers-Schönberg'schen Zylinderblende ausgeführt. Diese Aufnahme gewährt zugleich das Bild beider Warzenfortsätze und beider Felsenbeine. Die Fixierung des Kopfes geschieht nur durch Sandsäcke.

Die Resultate, die zugleich durch Aufnahmen am normalen Menschen kontrolliert wurden, waren:

Während beim Gesunden die Struktur des Warzenfortsatzes auf beiden Seiten fast ausnahmslos die gleiche ist, so daß beide entweder vorwiegend Hohlräume oder eine kompaktere Knochenstruktur zeigen, gibt es unter pathologischen Verhältnissen deutliche Unterschiede zwischen den Bildern beider Seiten. — Ein dichter strukturloser Knochenschatten auf der kranken Seite spricht nahezu sicher für das Bestehen einer Osteosklerose, wie sie sich im Anschluß an chronische Mittelohreiterung auszubilden pflegt.

Bei einseitiger akuter Mittelohreiterung zeigt das Röntgenogramm eine diffuse Schleierbildung im Bereiche des Fortsatzes, die nach Abheilung der Mittelohreiterung bald zurückgeht. Diese Verschleierung tritt sowohl bei einfachen Schleimhauterkrankungen in den gesamten Mittelohrräumen auf, als auch bei der akuten Ostitis media, bei der es bereits zu einer beginnenden Knochenzerstörung im Warzenfortsatz gekommen ist. Die Differentialdiagnose zwischen der akuten Ostitis media und der akuten Mastoiditis ist also auf Grund des Röntgenbildes nicht zu stellen. Da aber Warzenfortsätze mit ausgesprochener Höhlenbildung viel leichter zu Knocheneinschmelzungen neigen, ist das Röntgenbild für die prognostische Beurteilung von großem Wert.

Gaugele (Zwickau i. S.).

---

16) **Wassermann.** Die Bedeutung des Röntgenverfahrens auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 5.)

Selbst dem geübtesten Fachmann unterlaufen bei der Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen diagnostische Irrtümer. Selbst bei der relativ am einfachsten erkennbaren Erkrankung des Kieferhöhlen-

empyems versagt selbst die Probepunktion dann, wenn eine zweigeteilte Kieferhöhle vorhanden ist. Noch schwieriger ist die Diagnose der Stirnhöhleneiterung, namentlich bei Verschluß des Ductus nasofrontalis. Das lange Suchen nach eitrigem Sekret ist oft geeignet, das Vertrauen zwischen Pat. und Arzt zu stören. Mit Freuden ist es daher zu begrüßen, daß Verf. in dem Röntgenverfahren eine ziemlich zuverlässige Methode gewonnen hat, uns auf einmal einen Überblick über die Nebenhöhlen zu verschaffen und in Kombination mit unseren bisherigen Methoden die Diagnose zu sichern, zu vereinfachen und insbesondere zu beschleunigen. Die Beobachtungen des Verf.s erstrecken sich auf 40 Fälle, die alle durch operative Eingriffe hinsichtlich der Befunddeutung kontrolliert werden konnten.

Die Aufnahmen wurden ausschließlich im occipitofrontalen Durchmesser des Schädels, also von hinten nach vorn her, bewerkstelligt.

Das Röntgenbild ergibt natürlich nur eine Trübung der Höhlen, ohne über die Art der Höhlenausfüllung Aufschluß zu geben; hier haben wir zur Unterstützung die bisherigen klinischen Untersuchungsmittel zuzuziehen.

Ganz besonders wertvoll erscheint das Röntgenverfahren für die Diagnose der Siebbeinerkrankungen. Oft tritt äußerlich nur eine Kieferhöhleneiterung in den Vordergrund, oder eine Eiterung des mittleren Nasenganges, bei denen erst das Röntgenogramm eine isolierte Erkrankung des Siebbeines ohne Beteiligung der Stirn- oder Kieferhöhle erkennen ließ.

Nicht nur hinsichtlich der örtlichen Wahl des Eingriffes ist aber die Röntgenographie von großer, praktischer Bedeutung, sondern auch hinsichtlich der Methode desselben, besonders bei Stirnhöhlenoperationen, da sie uns über Tiefe und Höhe, Buchten, Septen und Kammerungen der Höhle Aufschluß gibt.

Das Röntgenogramm ist endlich berufen, auch die Operationsresultate zu kontrollieren, da mit dem Nachlaß der klinischen Symptome wiederum eine Aufhellung der früher konstatierten Trübungen eintritt; nur bei der Kieferhöhleneiterung bleibt eine Verdunkelung auch nach Ablauf des Prozesses zurück.

Auf jeden Fall ist das Röntgenverfahren zuverlässiger als die Durchleuchtung mit der elektrischen Glühlampe.

Technik: Notwendig ist absolute Fixation des Kopfes, am besten mit dem von Grashey angegebenen Kopfstücke. Pat. liegt mit dem Gesicht auf der teilweise mit Kompressen gepolsterten Platte. Auf das Hinterhaupt wird die Kompressionsblende von Albers-Schönberg eingestellt; Pat. muß tiefes Atmen und Schlucken während der Aufnahme vermeiden. Halbweiche Röhre. Die der Arbeit beigegebenen Photogramme zeigen zum Teil mit überraschender Deutlichkeit Eiterungen der Kieferhöhle, der Stirnhöhle, des Siebbeines.

Gaugele (Zwickau i. S.).

17) **W. Uffenorde.** Die Erkrankungen des Siebbeines.
Jena, Gustav Fischer, 1907.

Es läßt sich darüber streiten, ob es zweckmäßig ist, die Spezialisierung so weit zu treiben, daß man die Erkrankungen eines Nebenhöhlenkomplexes für sich monographisch darstellt. Die Zersplitterung wird dadurch immer größer und zeitigt dann auch Monographien über so kleine Gebiete wie z. B. die Erkrankungen der Nasenscheidewand. Überdies liegt gerade das Siebbeinlabyrinth so im Zentrum der übrigen Nebenhöhlen, und weist so innige Beziehungen mit demselben auf, daß es ganz unmöglich sein dürfte, sich strikte an das Thema zu halten. Und dieser Gefahr konnte der Verf. auch nicht ausweichen; allenthalben finden sich Abschnitte über die anderen Nebenhöhlen, speziell die Kieferhöhlen. Sieht man von diesen prinzipiellen Bedenken ab, so verdient die Arbeit des Verf.s doch ein hohes Lob. U. hat sich bemüht, in manche Streitfragen Klarheit zu bringen, so besonders in die Frage über die Beziehungen zwischen Nebenhöhleneiterung und Polypen, er unterscheidet: 1) typisches Empyem ohne Polypenbildung; 2) typische hyperplastische (polypöse) Entzündung ohne Eiterung, und 3) Polypenbildung mit sekundärer Eiterung. Bei 1) bestehe meist Atrophie, bei 2) Hypertrophie der unteren Muschel. Bei 3) nimmt Verf. eine sekundäre Infektion an. Diagnostisch bevorzugt er mit Recht die Rhinoscopia media, die er durch Infraktion der mittleren Muschel sich erleichtert. Dagegen scheut er im Gegensatze zu zahlreichen anderen Autoren die Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel und geht unseres Erachtens hierin etwas zu weit. Eine ausführliche Darstellung ist den Komplikationen des Endokraniums und der Orbita mit ihrem Inhalte gewidmet. Endlich werden ausführlich die mannigfachen Beziehungen zu Magenaffektionen der verschiedensten Art, Pharyngitis, Laryngitis, Bronchitis, Asthma usw. erörtert, und mit vollem Recht betont, wie oft im mittleren Nasengang versteckt liegende Veränderungen übersehen werden, und wie vieles als vasomotorische, nervöse usw. Sekretion mit Unrecht angesehen wird. Therapeutisch wird die Galvanokaustik nur noch angewandt, um die operativ hergestellten Öffnungen vor hartnäckiger Neigung zur Verengerung zu schützen. Sonst bevorzugt Verf. vornehmlich schneidende Instrumente, Stanzen, Conchotome usw. und wendet mit Recht wenig den scharfen Löffel an. Die Grenzen endonasalen Vorgehens steckt er nicht so weit wie Kramm und dürfte darin des Beifalls der meisten Fachgenossen sicher sein. Naturgemäß ist es nicht zu umgehen, daß in dieser Siebbeinmonographie die Operationsmethoden von Kiefer- und Stirnhöhle abgehandelt werden. Die lateralen Siebbeinzellen, die bekanntlich der Ausheilung von Siebbein- und Stirnhöhleneiterung am meisten hindernd im Wege stehen, werden gebührend gewürdigt. Recht gelungen erscheint uns das Kapitel über die Geschwülste; hier bevorzugt Verf. die Methoden von **Preysing** und **Gussenbauer.**

Im ganzen eine äußerst fleißige Arbeit, die überall das Bemühen verrät, kritisch eigene wie fremde Beobachtungen und Publikationen zu verwerten. Die Abbildungen sind teils anderen anerkannten Werken (besonders Hajek) entlehnt, teils liegen eigene Präparate des Verf.s zugrunde. Die Ausstattung ist eine sehr gute.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

18) **Hopmann.** Die Furcht vor Mandeloperationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 38.)

H. faßt seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen: Gaumenmandeln und alle Wucherungen des lymphatischen Rachenringes überhaupt, welche Störungen verursachen, müssen gründlich beseitigt werden, wenn Dauerheilung erzielt werden soll. Alle in Betracht kommenden Mandeln können gründlich in einer Operation (bei der die Gaumenbögen sorgfältig zu schonen, die Mandeln möglichst stumpf herauszuschälen sind), doch nur unter Anwendung allgemeiner Narkose entfernt werden. Diese Operation, sorgsam ausgeführt, ist nicht angreifender und gefährlicher als eins der üblichen Verfahren zur »Exstirpation« der Mandeln, welches in der Regel nur teilweise Entfernung der Mandeln erreicht oder bezweckt.

Kramer (Glogau).

19) **Roberts.** The surgical importance of cervical ribs to the general practitioner.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Oktober 10.)

Kurzer Überblick über die Geschichte der Halsrippen. Die Diagnose ist heute sehr erleichtert durch die Röntgenuntersuchung; man findet infolgedessen Halsrippen viel häufiger wie früher. Verf. bespricht dann die verschiedenen Formen der Halsrippen unter eingehender Würdigung der aus ihrer Lage sich ergebenden anatomischen Anomalien der Weichteile. Abbildungen veranschaulichen diese Verhältnisse. Die Krankheitserscheinungen treten häufig erst später auf, obwohl die Halsrippen stets angeboren sind. Verf. führt dies auf die anfängliche größere Elastizität, die später durch Verkalkung von Knorpeln schwindet, auf Abmagerung infolge von Krankheiten, Verletzungen, die in späterem Alter die Rippe stärker schädigen als in jugendlichem, zurück. Die Behandlung kann in ernsteren Fällen mit schweren Störungen nur in Entfernung bestehen, während man bei leichteren alle möglichen, die Zirkulation und die Tätigkeit der Nerven befördernde Mittel anwendet.

Trapp (Bückeburg).

20) **Lucass.** Geschichte der Laryngologie an der Universität Heidelberg seit der Erfindung des Kehlkopfspiegels bis zum 1. Oktober 1908. Preis 3 Mk.

Würzburg, **Curt Kabitzsch**, 1908.

Verf. gibt in seiner kleinen Monographie sine ira et studio einen Überblick über seine vergeblichen, durch die jährlich steigende Kranken-

frequenz wohlbegründeten Bemühungen, der Laryngologie an der Universität Heidelberg durch Einrichtung einer stationären Klinik die ihr gebührende Stellung zu verschaffen, eine Frage, die jetzt durch Vereinigung der Laryngologie mit der Ohrenheilkunde endgültig gelöst ist.

Engelhardt (Kassel).

---

21) **Rehn.** Die Fortschritte der Brustchirurgie.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 12 u. 13.)

In einer übersichtlichen Darstellung des jetzigen Standes der Brustchirurgie bringt R. nachstehende Erklärung der schweren Folgen des einseitigen Pneumothorax: Nicht das Flattern der Mediastinalpleuren, die Verkleinerung des restierenden Lungenvolumens und die Hyperämie der kollabierten Lunge, sondern die Verlegung der zur gesunden Lunge führenden Luftwege bildet die Hauptgefahr. Zwerchfell und Herzbeutel rücken abwärts. Das vom Lungenhilus zum Zwerchfell herabziehende Lig. pulmonale wird gespannt, die Hauptäste der Lungenschlagader und der Aortenbogen, die die Hauptbronchien innig umschlingen, werden gestreckt und halten den Lungenhilus noch fester, während die Luftröhre mit dem Mediastinum sich bei tiefer Inspiration nach der gesunden Seite bewegt. Dadurch wird eine Knickung zwischen Luftröhre und Hauptbronchus bewirkt, am linken Bronchus, der enger, von der Aorta umschlungen und stärker von der Luftröhre abbiegt, noch leichter als am rechten. Durch Anziehen der kollabierten Lunge oder Lagerung des Kranken auf die Pneumothoraxseite wird die Knickung der Luftwege aufgehoben und der Zugang zur gesunden Lunge wieder frei.

Gutzeit (Neidenburg).

---

22) **Simmonds.** Über den Nachweis von Verkalkungen am Herzen durch das Röntgenverfahren.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 6.)

Deutliche Röntgenbilder von Verkalkungen am Herzen sind bis jetzt noch nicht vorhanden. Verf. zeigt uns nun sehr scharfe Bilder von derartigen Fällen, allerdings nur von Sektionspräparaten, und zwar Fälle von Verkalkung der Coronararterien, der Aortenklappen, der Mitralis, weiter Fälle von Kalkablagerung im Herzbeutel nach vorausgegangener Entzündung, Fälle von chronischer Sklerose der Mitralis und Aorta mit Kalkablagerung usw.

Die praktische Verwertung solcher Befunde am lebenden Herzen scheitert zurzeit noch an der langen Expositionszeit. (Ref. sah vor kurzem bei der Sektion einer 80jährigen Frau eine totale Verkalkung des Annulus fibrosus in Kleinfingerstärke; es ist zu hoffen, daß in Zukunft durch Momentaufnahmen solche Befunde auch am Lebenden festgestellt werden können.)

Gaugele (Zwickau).



23) **E. Quénu.** De la cholécystite typhique au cours et pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et spécialement de son traitement opératoire. Revue critique.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 6.)

Die Leber ist das Hauptausscheidungsorgan für die Typhusbazillen; Infektionen der Gallenblase beim Typhus sind daher sehr häufig. Sie können sowohl im Verlauf wie in der Rekonvaleszenz oder auch erst lange Zeit nach überstandener Krankheit, bei chronischen Bazillenträgern, auftreten und nicht selten zur Gallensteinbildung führen bzw. ein vorhandenes Gallensteinleiden verschlimmern. Auch die Weil-sche Krankheit und viele infektiöse Ikteri ist Q. geneigt, auf den Typhuserreger zurückzuführen. Die typhöse Infektion der intrahepatischen Gallenwege mit oder ohne Abszeßbildung ist seltener.

Während des Typhus bleibt die Beteiligung des Gallensystems infolge des schweren allgemeinen Krankheitszustandes in vielen Fällen unbemerkt, zumal Gelbsucht oft fehlt und die geschwürigen Vorgänge im Darm im Vordergrunde des Interesses stehen. Geringfügige Gallenblasenerkrankungen während der Genesung sind häufig als leichte Typhusrückfälle angesehen worden. In beiden Stadien erfordern die eitrigen Entzündungen und die Perforationen der Gallenblase unbedingt chirurgisches Eingreifen. Die Cholecystostomie ist die Operation der Wahl an den schon durch das Grundleiden geschwächten Kranken. Nur bei Perforationen oder stark brüchiger Blasenwand ist die Ektomie am Platze.

Kritischer Bericht über 44 Fälle der Literatur und kurze Mitteilung einer bisher unveröffentlichten Beobachtung von Cavaillon und Leriche.

Gutzeit (Neidenburg).

---

24) **Zerfing.** Benign and malignant diseases of the pancreas, with report of cases.

(Southern California practitioner 1908. Mai.)

Verf. bespricht zuerst die anatomischen Verhältnisse des Ausführungsganges des Pankreas. Nach den Untersuchungen von Opie genügte der kleine Gang, Ductus Santorini, der etwa 1 Zoll über der Vater'schen Papille ausmündet, wenn er überhaupt vorhanden ist, in 30% der untersuchten Fälle, bei denen es zu totalem Verschluß des Ductus pancreaticus gekommen war, nicht, um den Pankreassaft dem Darme zuzuführen.

Bei dem Choledochus unterscheidet Z. einen supraduodenalen, retroduodenalen, pankreatischen und intraparietalen Teil. Der pankreatische Teil ist in 62% vollständig von Pankreasgewebe umgeben, und in 38% lag er in einer besonderen Grube des Pankreas.

An die Histologie und Physiologie des Pankreas schließt sich die Pathologie. Der Symptomenkomplex der akuten hämorrhagischen Pankreatitis wird eingehend besprochen, sowie die Differentialdiagnose der chronischen Pankreatitis.

Zum Schluß bringt Verf. die Krankengeschichten eines Falles von chronischer interstitieller Pankreatitis und eines primären Pankreaskarzinoms.

Deetz (Arolsen).

25) **L. Sauvé.** Des pancréatectomies et specialement de la pancréatectomie céphalique.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 2 u. 3.)

S. setzt in dieser auf breiter anatomisch-physiologischer wie experimentell und klinisch chirurgischer Grundlage angelegten Arbeit auseinander, wie die Aufgabe, den Pankreaskopf zu exstirpieren, allein durch die Duodenopankreatektomie gelöst werden kann, und beschreibt ihre durch 20 Leichenversuche gewonnene Technik an der Hand von vier Abbildungen. Abgesehen davon, daß das zurückgelassene Duodenum infolge der für die Amputation des Bauchspeicheldrüsenkopfes erforderlichen Durchtrennung seiner ernährenden Gefäße brandig wird, bietet die gemeinsame Abtragung von Duodenum und Pankreas den großen Vorteil, daß sich das abgelöste »Duodenopankreas« vor die Bauchwunde ziehen läßt; hierdurch werden die großen Gefahren der Operation (Verletzung der Pfortader, der Vasa mesenterica superiora und A. colica dextra) wesentlich leichter gemieden, auch ist die für Pankreasoperationen unumgänglich notwendige Asepsis besser zu wahren, als wenn man in der Tiefe arbeiten muß.

Ein weiterer Grund für die Berechtigung der Duodenopankreatektomie ist der, daß die meisten Pankreaskrebse Krebse des Pankreaskopfes sind und zunächst auf Duodenum und Pylorus und die Lymphknoten am oberen und unteren Rande der Bauchspeicheldrüse übergreifen.

Für die chirurgische Behandlung kommt vor allem der tiefgelegene Krebs des Pankreaskopfes in Betracht, der durch Druck auf das Sonnengeflecht und den Wirsung'schen Gang frühzeitig Schmerzen und Kachexie hervorruft. Der Pankreaskrebs in der Nähe der Papilla Vateri wird wegen des beständig fortschreitenden Ikterus häufig zunächst unter falscher Diagnose behandelt, bis die mangelnde Fettspaltung und Verdauung auf eine Insuffizienz der Bauchspeicheldrüse hinweisen. Der oberflächliche Krebs des Pankreaskopfes entwickelt sich meist so unbemerkt, daß die von ihm befallenen Kranken selten rechtzeitig zum Chirurgen kommen.

S. führt die Operation zweizeitig aus: zuerst die Y-förmige Gastrojejunostomie, nach ihrer Heilung die Duodenopankreatektomie und Choledochoenterostomie. Den Pankreasstumpf näht er in die Hautwunde ein, da er die Einpflanzung des Wirsung'schen Ganges in den Darm für technisch nicht möglich hält, und die Versenkung der ganzen Schnittfläche des Pankreasstumpfes in den Darm, am Tier wenigstens, mit Sicherheit akuteste Pankreatitis mit Blutungen veranlaßt.

In die Zusammenstellung der bis jetzt ausgeführten Exstirpationen



des Pankreas sind auch drei noch nicht veröffentlichte Fälle von Tuffier, Duval und Michaux aufgenommen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

26) **Przewalski.** Über das große Netz.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 27.)

Nach kurzer Mitteilung des bisher über die physiologische Funktion des Netzes Bekannten wird als Ergebnis von 40 Tierversuchen (Netzresektionen mit Unterbindung aller Milzblutgefäße) ausgeführt, daß bei 25% eine Umdrehung einer Dünndarmschlinge auf 180—360° gefunden wurde, der Netzmangel also unter bestimmten Bedingungen die Darmtorsion tatsächlich begünstigt.

Das Netz reguliert die Peristaltik der Dünndärme, indem es während peristaltischer Bewegungen der letzteren sie zu einem Konvolut verbindet.

Langemak (Erfurt).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Basel.
Direktor: Prof. Dr. Wilms.

Wismutvergiftung durch Injektionsbehandlung nach Beck.

Von

Dr. Hans Eggenberger,
Assistenzarzt.

Nachtrag zur Mitteilung in Nr. 44 p. 1309 d. Bl.

Kürzlich haben Novak und Gütig (Berliner klin. Wochenschrift 1908 p. 1764) einige letal verlaufene Intoxikationen nach Darreichung von Bismuthum subnitricum zusammengestellt, die nicht als Metallvergiftungen — mit Stomatitis und Enteritis —, sondern als Nitritvergiftungen sichergestellt wurden. Deren Krankheitsbild war charakterisiert durch das Auftreten einer eigentümlichen fahlen Cyanose der Haut und der Schleimhäute, durch raschen, kleinen Puls und die Bildung von Methämoglobin im Blute.

Nach Kobert sind die drei Hauptsymptome der Nitritvergiftung: 1) zentrale Lähmungen, 2) zentrale Reizerscheinungen, 3) Umwandlung des Oxyhämoglobins der roten Blutkörperchen in Methämoglobin. In unserem Falle wurde eine Blutuntersuchung kurz vor dem Tode versäumt; es fiel aber die fahle Cyanose auf. Die zentralen Reizerscheinungen, die bisher in ähnlichen Fällen nie beschrieben sind, waren sehr ausgesprochen. Sie begannen mit einzelnen Zuckungen und endeten in einem allgemeinen, tonischen Krampfzustande. Der Exitus trat unter primärem Atemstillstand ein. — Die Autopsie ergab, wie schon früher (p. 1310) bemerkt wurde, eine deutliche Hyperämie des Zentralnervensystems. An mikroskopischen Veränderungen fand man in den Tubuli contorti der Nieren zahlreiche hyaline und einige gekörnte Zylinder, in den Tubuli recti einige Desquamationen. In der Leber zeigte sich eine geringe Infiltration der Glisson'schen Scheiden mit Lymphocyten. In der Milz war stellenweise etwas braunes Pigment. (Prof. Hedinger-Basel.)

Maassen stellte fest, daß verschiedene, besonders in Kinderfäces enthaltene Bakterien imstande sind, aus Bismuthum subnitricum in erheblichen Mengen Nitrite

zu erzeugen. Die Nitrite wurden in unserem Falle wahrscheinlich durch vom Darm her eingewanderte Bakterien gebildet.

Gleichzeitig gab sich bei unserem Pat. die Schwermetallvergiftung an der Stomatitis und dem Coecalgeschwür deutlich zu erkennen. Es mußte sich also hier um eine Kombination von Metall- und Nitritvergiftung handeln.

Nach externer und subkutaner Applikation treten vorwiegend die Wismutmetallvergiftungen auf, wie sie früher beobachtet wurden, während nach interner Darreichung die eben beschriebenen Nitritvergiftungen vorwiegen. Die letzteren nehmen häufiger einen tödlichen Verlauf als die ersteren.

Erich Meyer (Therapeutische Monatshefte 1908 p. 388) empfiehlt, bei der Wismutbehandlung stets das Bismuthum subnitricum durch Bismuthum carbonicum zu ersetzen, was bei der Injektionsbehandlung nach Beck sehr empfohlen werden muß.

Berichtigungen: Nr. 44 d. Bl., p. 1310, Z. 31 lies: Wismut nicht nachgewiesen, statt Wismut nachgewiesen; daselbst Z. 43: Münchener med. Wochenschrift 1906, statt 1905.

---

27) A. Eckermann. Über Narbenkarzinome.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 39 u. 40.)

Verf. bespricht zunächst die Literatur und beschreibt dann mehrere interessante Fälle aus der Klinik Trendelenburg's. In allen fünf Fällen handelte es sich um Narbenkarzinome, einmal auf dem Boden einer Narbe nach Frostgangrän.

Schmieden (Berlin).

28) A. Castellani. The treatment of elephantiasis.

(Indian med. gazette 1908. Juni.)

C. empfiehlt subkutane Injektion von Fibrolysin, die täglich oder zweitägig in einer Dosis von 2 ccm anzuwenden ist. Die Behandlung wird durch Bettruhe, Massage und Druckverband vorbereitet und unterstützt und wenigstens 5—6 Monate fortgesetzt. Hat die Spannnng nachgelassen, so werden Streifen der Haut und des Unterhautzellgewebes exzidiert. In einigen Fällen wurde ein glänzendes Resultat erzielt. Doch ließ sich ein Urteil darüber noch nicht abgeben, ob das hartnäckige Leiden wirlich dauernd geheilt war. **Revenstorf** (Hamburg).

29) Kirschner. Über zwei Fälle von traumatischer motorischer Aphasie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 94.)

Die beiden Fälle sind in der Greifswalder Klinik Payr's beobachtet und betreffen Männer, die durch Maschinen am Kopfe verletzt waren. Beim Fehlen sonstiger schwerer Gehirnerscheinungen war das Symptom einer subcorticalen motorischen Aphasie das bemerkenswerteste. Beide Male wurde der Schädel in der linken Schläfenbeingegend, wo auch eine Wunde bzw. ein Hämatom vorlag, freigelegt, wonach Schädelbrüche mit deprimierten Bruchstücken gefunden und letztere entfernt sind. Der entfernte Knochensplitter war im ersten Falle 6 cm lang und mit seiner vorderen unteren Spitze etwa 4 mm unter der Tabula externa gelegen, derart, daß er über dem hinteren Teil der 3. Stirnwindung und dem unteren Teil der Zentralfurche gelegen haben muß. In Fall 2 war das Fragment fast 5markstückgroß und etwa 1 cm in die Tiefe verlagert; nach Entfernung des wichtigsten 2markstückgroßen Splitters kam noch ein mäßiges extradurales Hämatom zur Ausräumung. Der Splitter scheint ebenfalls die untere Stirnwindung und oben hinten gerade noch die Zentralfurche gedeckt bzw. gedrückt zu haben. In beiden Fällen glatte Wundheilung und allmähliche Rückkehr fast normaler Sprachfähigkeit. In Fall 1, der eine leichtere Störung darbot, nimmt K. nur eine lokale Hirnerschütterung mit chokartiger Lähmung der betroffenen Nervensubstanz an,

in Fall 2 vielleicht auch Blutung oder noch schwerere Veränderung in der Hirnsubstanz.

Betreffs interessanter Einzelheiten (u. a. sog. Telegrammsprachstil bei Rückkehr der Sprache) sowie der kurzen Allgemeinbemerkungen zur Sache wird auf das Original verwiesen, das übrigens außer Photogrammen zu Fall 1 auch ein 13 Nummern zählendes Literaturverzeichnis bringt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) **H. Bouquet.** Hémorragie méningée curable chez un enfant.

(Province méd. 1908. Nr. 38.)

Ein 14jähriger Junge wurde im Anschluß an eine Insolation von den Symptomen einer Meningitis befallen. Die lumbale Punktion ergab Blut. Heilung in ca. 6 Wochen.

Verf. glaubt, daß die Insolation eine Hämorrhagie der weichen Hirnhäute hervorgerufen hat. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

31) **Deane.** Thrombosis of superior, longitudinal and lateral sinuses complicated by pregnancy.

(Journ. amer. med. assoc. 1908. September 19.)

Die 18jährige Pat. war im 5. Monat schwanger, litt seit Jahren an Ohrenfluß. Augenblicklich bestand Fieber, rechtsseitiger Ohrenschmerz und die Zeichen von Eiterung in den Mastoideuszellen. — Die Polypen im rechten Gehörgange wurden entfernt, das Antrum mastoideum eröffnet, dabei ein Teil der hinteren kariösen Gehörgangswand fortgenommen. Der absichtlich freigelegte Sinus sigmoideus zeigte gangränöse Wand und enthielt Eiter. Von peripherer Blutung nach Einführung einer Sonde nach hinten selbst bei tiefem Eindringen keine Blutung. Die geplante Unterbindung der Jugularis konnte wegen Kollaps der Pat. erst 5 Tage später ausgeführt werden. Im weiteren Verlaufe traten hauptsächlich Schüttelfröste, Erbrechen und Kollapserscheinungen hervor. Da den Frösten nie nachweisbare Metastasen an inneren Organen folgten, wurde Fortschreiten der Thrombose auf die anderen Hirnblutleiter angenommen, zumal da vervollständigte Unterbindung der rechten Jugularis und Resektion die Fröste nicht beeinflußte. D. nahm an, daß die Thrombose auf die Sinus übergegriffen habe, die sich im Confluens sinuum vereinigen. Er trepanierte mit dem Meißel 1,5 cm rechts und nach unten von der Protuberantia occipitalis, fand den Sinus lateralis dexter zusammengefallen und verfärbt. Er wurde bis in das Torcular Herophili gespalten, eine stumpfe Curette bis zum linken Sinus lateralis vorgeschoben, was ohne Blutung möglich war. Nach Vorschieben der Curette 8 cm in den Sinus longit. sup. entleerte sich übelriechender Eiter, nach Curettement des linken Sinus lateralis ein kräftiger Blutstrom. Darauf Tamponade. In dem weiteren Verlaufe wurde noch mehrmals die Curette angewandt, und D. ließ reichlich Blut austreten, um Gerinnsel infektiöser Natur fortzuschwemmen. Die häufigen und schweren Kollapszustände wurden, wie schon vor der letzten Operation, erfolgreich mit Whiskeyklistieren, Digitalis, Nitroglyzerin und anderen Analepticis bekämpft. Die Temperatur fiel 2 Tage nach der letzten Operation ab, und es trat allmählich Heilung und Erholung ein. 4 Monate nach der letzten Operation gebar Pat. ein kräftiges und gesundes Kind. Später wurde noch die Radikaloperation der Paukenhöhle gemacht. — Eine operative Eröffnung des Confluens sinuum am Lebenden ist bisher noch nicht beschrieben. **Trapp** (Bückeburg).

32) **Esau.** Angeborene Mißbildung der Nase (Doggennase) und spangenförmige Verknöcherung des knorpligen Septums.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 5.)

Es handelt sich um einen Pat. mit Spaltnase. Im Röntgenogramm sieht man vom freien Rande der Ossa nasalis, da wo sich sonst das knorplige Nasengerüst ansetzt, eine ziemlich breite Knochenspanne beinahe halbkreisförmig zur Spina nasalis inferior sich herunterziehen.

Im Gegensatz zu manchen anderen, hält Verf. die geschilderte abnorme Nase für eine Hemmungsmißbildung unbekannter Ursache, aber wahrscheinlich nicht auf amniogenem Wege entstanden. Er kommt zu dieser Ansicht durch den Vergleich mit Nasen von Föten in den ersten Lebenswochen. Bei diesen sind die Nasenlöcher noch durch ein breites Septum getrennt und stehen weit auseinander. Die Nase ist platt und niedrig. Störungen von seiten der Nase liegen nicht vor.

Gaugele (Zwickau i. S.).

33) **E. Hagenbach.** Symmetrische Lymphangiome der Mundspeicheldrüsen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 478.)

Interessante kasuistische Mitteilung aus dem Baseler Kinderspitale, betreffend ein 5 Monate altes Kind, das, behaftet mit symmetrischen Geschwülsten der Speicheldrüsen, äußerlich an die Mikulicz'sche Krankheit erinnerte. Am größten war die Anschwellung der linken Submaxillardrüse, die ebenso wie die übrigen Geschwülste schon gleich nach der Geburt bemerkt worden und nicht gewachsen, ca. apfelgroß war (s. Photogramm). Beschwerden waren geringfügig, und nur zwecks Behebung der Entstellung wurde die Submaxillarisgeschwulst, die bei Probepunktion klare, gelbe, etwas fadenziehende Flüssigkeit ergeben hatte, exstirpiert, wobei die Maxillaris externa und der Hypoglossus durchtrennt werden mußten, die Blutung übrigens gering war. Verlauf anfänglich gut, später aber traten zunehmende Diarrhöen und unter Kräfteverfall der Tod ein. Die histologische Befundaufnahme der operierten Geschwulst (Lymphangiom) und das Sektionsresultat werden mitgeteilt, zwei mikroskopische Abbildungen beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **R. W. Laufer.** Über einen sicheren Fall von Implantationskarzinom.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 40.)

L. beschreibt einen Fall von primärem Karzinom des Zungengrundes ohne Beteiligung irgendwelcher Lymphdrüsen. Exstirpation der Geschwulst im Gesunden, nachdem das Operationsgebiet durch einen Wangenschnitt zugänglich gemacht worden ist. Nach $^1/_2$ Jahre Exstirpation einer taubeneigroßen Geschwulst, die die ganze Dicke der Wange durchsetzt hat. Verf. nimmt an, daß beim Durchziehen der primären Geschwulst durch die Wangenwunde sich Krebszellen abgelöst haben, die dann in der frischen Operationswunde sich festsetzten. Verf. kann sich das Auftreten der Metastase an einem Orte, der von Lymph- und Blutmetastasen verschont bleibt, nur durch den Akt einer Implantation erklären.

A. Hofmann (Karlsruhe).

35) **W. Braun.** Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Rückenmarksschüsse. Nebst neurologischen Bemerkungen zu einem operierten Falle von M. Lewandowsky.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 115.)

Einen eigenen ungewöhnlich interessanten und bedeutsamen Fall von im Juni 1904 bei einem 13jährigen Knaben vorgenommener Exzision einer im Brustrückenmark eingeheilten 5 mm-Teschingpistolenkugel hat B. bereits auf dem Chirurgenkongreß von 1906 vorgetragen, und verweisen wir diesbezüglich, ebenso wie betreffs der schon damals berichteten Resultate bei Geschoßexzisionen aus dem Marke von Versuchstieren und betreffs der vom Verf. aufgestellten operativen Indikationen bei Rückenmarksschüssen auf sein Referat im Jahrgange 1906 dieses Blattes, Kongreßbeilage p. 60. Die vorliegende Arbeit bringt jetzt die der Bedeutung des Falles würdige genaue Wiedergabe der Krankengeschichte, wobei eine gute schematische Zeichnung des Rückenmarksquerschnittes die topographischen Verhälthältnisse des Geschoßlagers zeigt, eingehende neurologisch-klinische Epikrise der

Beobachtung und die detaillierte Berichterstattung über die Tierversuche und deren Resultate, desgleichen gründliche Besprechung der Operationsindikationen. Hierüber auf das Original verweisend, wollen wir nur berichten, daß der gegenwärtige Zustand des Operierten im allgemeinen gut ist. Der Knabe ist stark gewachsen, hat männlichen Typus bekommen. Er kann in einem Schienenapparate an zwei Stöcken sich leidlich fortbewegen, etwa 50 m weit in 75 Sekunden. Er kann auch ohne Stock im Apparat aufrecht, ohne zu schwanken, stehen und Treppen auf- und absteigen. Ohne Prothese ist er leistungsunfähig. Der Verlauf des Falles läßt schließen, daß im menschlichen Rückenmark die Möglichkeit eines Ersatzes der leitenden Bahnen durch einander gegeben ist. Doch wird bei dem Pat. auch nicht zum wenigsten seine Jugend es gewesen sein, die das günstige Resultat ermöglichte.

Zum Schluß der Arbeit steht ein 30 Nummern zählendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen 1908.

Würzburg, **Curt Kabitzsch**, 1908.

Die Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen enthalten eine Fülle chirurgisch interessanten Materials. Erwähnt sei nur ein Vortrag von v. Eichborn, Über Anwendung der Fulguration in der Laryngologie, der besonders die Laryngologen für die neue Behandlungsmethode zu interessieren sucht und beweist, daß inoperable Nasen-Rachengeschwülste mit Hilfe dieser Methode wenigstens einer zeitweisen Besserung zugänglich sind. Ein Vortrag von Killian beschäftigt sich mit der auch chirurgisch wichtigen Diagnose der komplizierten Scharlachsinusitis und ein in kurzem Referat nicht wiederzugebender von v. Eicken behandelt die Komplikationen bei Erkrankung der Nasennebenhöhlen, die nicht so ganz selten sind, wie man vielfach annimmt, und weitere Arbeit erfordert.

Engelhardt (Kassel).

37) Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1908.

Würzburg, **Curt Kabitzsch**, 1908.

Der Bericht über die Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen, der von jetzt ab in dem Verein deutscher Laryngologen aufgeht, wird eingeleitet durch einen sehr lesenswerten Aufsatz von Brünings, welcher den Nachweis führt, daß für die »syringoskopische« Beleuchtung, d. h. für die Beleuchtung röhrenförmiger Organabschnitte, die Außenlampe, event. mit verdeckter Lichtleitung — wie bei dem von ihm angegebenen Endoskop — den Vorzug verdient. Die übrigen Vorträge bewegen sich größtenteils auf dem Gebiete der Geschwulstbildungen der Nasennebenhöhlen und des Nasenrachens, die durch die verfeinerte Untersuchungstechnik und frühzeitige Diagnose ein nicht undankbares Arbeitsfeld des Spezialarztes zu werden versprechen. **Engelhardt** (Kassel).

38) **H. Küttner.** Zur Behandlung schwerer Schußverletzungen der Lunge mit primärer Naht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 1.)

Die in der Arbeit enthaltene energische Empfehlung einer interventionistisch-operativen Behandlung schwerer Schußverletzungen der Lunge fußt auf dem vortrefflichen Erfolg eines von K. derart versorgten Falles, den derselbe dieses Jahr bereits kurz auf dem Chirurgenkongreß in seinem Vortrag »Erfahrungen über Operationen bei Unter- und Überdruck« erwähnt hat (vgl. unser Blatt Kongreßbericht 1908 p. 97). K. gibt jetzt die ausführliche Krankengeschichte seines Falles nebst Photogramm des Brustkorbes des genesenen Pat. mit seinen Operationsnarben. Es handelt sich um den Selbstmordversuch eines 20jährigen Fabrikarbeiters, der sich mit einem 9 mm-Revolver 3 cm unterhalb der Mammillarlinie in die linke Brustseite geschossen hatte. Zunehmende Atemnot des von auswärts nach Breslau geschafften Mannes infolge fast komplett gewordenen Hämothorax

mit Cyanose usw. indizierten den in der Sauerbruch'schen Kammer vorgenommenen Eingriff. 12 cm langer Schnitt durch die Axillarlinie auf der 6. Rippe, die 10 cm lang reseziert wird. Mächtiges Vorstürzen des Blutes, das nach Einsetzung der Mikulicz'schen Rippensperre exakt entfernt wird. Die kollabiert gewesene Lunge bläht sich unter dem Minusdrucke der Kammer gut auf und gewinnt ihre gelbrote Farbe wieder. Lösungen leichter Pleuraverklebungen; zur Sichtbarmachung der Lungenschußlöcher bedarf es noch eines Querschnittes auf den schon gemachten Schnitt, sowie neuerlicher Resektion von 6 cm der 5. und 6. Rippe nebst Unterbindung der Interkostalarterie. Die voluminösen, zerfetzten Lungenlöcher am Unterlappen und der Lungenbasis werden mit Seide vernäht, auch eine Streifwunde des Zwerchfells mit Nähten geschlossen, die Brustwand über der aufgeblähten und die Pleurahöhle völlig füllenden Lunge ohne Drains zugenäht. Frappierend guter Erfolg, am 11. Tage Verlassen des Bettes. Ein zunächst wieder auftretender, offenbar entzündlicher Erguß ging rasch zurück.

Zwei gleichzeitig behandelte, weit leichtere Lungenschüsse zeigten eine viel verzögertere Rekonvaleszenz. Dem eigenen Falle kann K. nur fünf anderer Autoren, die ebenfalls mit Naht operativ behandelt sind, zur Seite stellen. Zwei derselben zeichnen sich ebenfalls durch sehr gut verlaufene Heilung aus.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

39) **Mc Lennan.** An unusual form of mediastinal tumour.

(Glasgow med. journ. 1908. Juli.)

Ein Mädchen von 28 Jahren wurde wegen einer Schwellung am Halse eingeliefert. Die Diagnose wurde auf eine inoperable Mediastinalgeschwulst gestellt; Pat. starb und wurde obduziert.

Die Geschwulst schien von der Thyreoidea auszugehen und hatte doppelte Struktur; zum größten Teil bestand sie aus Rund- und Spindelzellensarkom, zum kleineren aus Adenokarzinom. Beide Geschwulstarten hingen unmittelbar zusammen. Die Metastasen wurden nur von Sarkomgewebe gebildet.

W. v. Brunn (Rostock).

40) **Alessandri.** Cisticercus cellulosae della mammella simulante un epitelioma.

(Bull. della Reale Accad. med. di Roma Anno XXXII.)

Der seltene Fall betraf eine 49jährige Frau mit einer nußgroßen Geschwulst, deren Deckhaut mit ihr verwachsen war und durch sie eingezogen wurde. Außerdem ließ das Vorhandensein von Achseldrüsen die klinische Diagnose »Karzinom« als sicher annehmen, die erst nach der Operation richtig gestellt werden konnte. Klinisch war es die einzige Lokalisation der Parasiten im Körper der Kranken.

A. Most (Breslau).

41) **Dehner** (Ludwigshafen). Mastopexie zur Beseitigung der Hängebrust.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 36.)

Die Operation wurde durch ein hartnäckiges, jeder Behandlung trotzendes und recht schmerzhaftes intertriginöses Ekzem veranlaßt und bestand in Ausschneidung eines großen Stückes der Haut samt Unterhautzellgewebe an der oberen Peripherie der hypertrophischen Brustdrüse bis auf die Fascie des M. pectoralis major und in Befestigung des Drüsengewebes am Periost der dritten Rippe mittels Catgutnähten. Die Operation, beiderseits ausgeführt, hatte vollen Erfolg.

Kramer (Glogau).

42) **Knott.** Primary sarcoma of the liver.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. VII. Nr. 3.)

K. entfernte bei einem 62jährigen Farmer ein Lebersarkom. Der Kranke hatte $^1/_4$ Jahr vor der Operation zuerst Schmerz in der Lebergegend gespürt. Bald darauf trat andauernder blutiger Durchfall auf, dem eine Kachexie folgte, die den ungewöhnlich muskelkräftigen Mann unter Verlust von 60 Pfund Körpergewicht (300 Pfund

vorher) aufs äußerste herunterbrachte. Es fand sich in der Lebergegend eine kindskopfgroße Geschwulst, deren Ursprung nicht feststellbar war. Erst bei der Laparotomie wurde sie erkannt, nachdem viele feste Verwachsungen gelöst waren. Sie entsprang mit kurzem, dickem Stiel (7,5 × 2,5 × 2,5 cm) vom rechten Leberlappen. Der Stiel wurde, wegen des bedenklichen Zustandes des Kranken, abgeklemmt, die Geschwulst abgetragen. Die Klemmen blieben 48 Stunden liegen, Tamponade. Nach schwerem Kollaps erholte sich der Kranke in 48 Stunden. Heilung. Die Geschwulst war ein großzelliges Rundzellensarkom. Bei der Operation waren keine Metastasen zu entdecken.

K. knüpft hieran eine ausführliche Abhandlung über primäre Lebersarkome und bringt im Auszug Kranken- und Sektionsgeschichten von allen 74 ihm zugänglichen Fällen. Reiches Literaturverzeichnis (95 Nummern). Verf. beschreibt eine von ihm angegebene Lebernaht. **Trapp** (Bückeburg).

43) **Hofmeister.** Über Gallensteinerkrankung.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Okt. 10.)

Bericht über 78 Operierte. In sämtlichen Fällen von akuter infektiöser Cholecystitis (14) und chronischer Cholecystitis (44) wurde die Gallenblase exstirpiert; bei den 34 Fällen von chronischer Cholecystitis ohne Verschluß wurde außerdem wegen Beteiligung der Gallengänge 11mal die Hepaticusdrainage ausgeführt. Die 12 Fälle von Steinverschluß des Ductus choledochus wurden sämtlich mit Exstirpation der Gallenblase, Choledochotomie und Hepaticusdrainage behandelt. 9 Pat., bei denen außer der Gallensteinoperation auch noch Eingriffe am Magen, an der Leber, den Nieren und dem Wurmfortsatz vorgenommen werden mußten, sind sämtlich geheilt. Dauerresultate: von den 68 Geheilten sind 64 beschwerdefrei geblieben, davon 62 von der Operation an; die übrigen 4, die an jahrelang angeblich behandelter Cholelithiasis mit ausgedehnten Verwachsungen gelitten hatten, behielten auch später Verwachsungsbeschwerden. In 9 Fällen entwickelten sich nach der Operation Folgezustände, an welchen die Kranken zugrunde gingen, am häufigsten biliäre Leberdegeneration und hämorrhagische Diathese. Hat die biliäre Leberdegeneration höhere Grade erreicht, so nützt es dem Pat. nichts mehr, wenn die Beseitigung des Choledochusverschlusses gelingt. Dem Zweck einer raschen, sicheren und rezidivfreien Heilung genügt am idealsten die Exstirpation der Gallenblase, die für H. das Normalverfahren darstellt. **Mohr** (Bielefeld).

44) **N. Stern.** Ein Fall von Perforation eines Gallenblasenabszesses in das Nierenbecken.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 29. [Russisch.])

Eine 64 Jahre alte Frau leidet seit 7 Jahren an Magenschmerzen, die etwa 3 Tage dauern. Mai 1906 ein schwerer Anfall von Cholelithiasis mit Pericholecystitis. Im Oktober beginnt ein neuer Anfall, zuerst ziemlich leicht, doch am 2. November stieg die Temperatur bis 39,8°, zeigte 15 Tage lang reine Intermissionen (vom Typus der F. tertiana), und nahm darauf pyämischen Charakter an; starke Schüttelfröste. Von seiten der Leber anfangs nur geringe Schmerzhaftigkeit, erst am 20. November fand S. die Gallenblase vergrößert (Empyem der Blase und eitrige Pericholecystitis). Operation wird verweigert. Am 30. November wurde mit dem Urin viel Eiter entleert ($^2/_3$ der ganzen Harnmenge). Reaktion auf Gallenpigmente und Hämoglobin positiv. Am 2. Dezember neue starke Koliken rechts, worauf nach 3 Stunden im Harn viel Gallensteine entleert werden. Noch 5 Wochen lang wurde Eiter entleert, darauf vollständige Heilung.

E. Gückel (Spassk, Rjasan).

45) **Goldammer.** Beitrag zur Frage der Beckenflecke.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 5.)

Robinsohn wies vor kurzem auf häufiges Zusammentreffen von Ischias und Beckenflecken hin und sieht letztere an als den radiologisch sichtbaren Ausdruck einer mit der Ischias vergesellschafteten Beckenschleimbeutelerkrankung, in erster

Linie der Bursa musculi obturatorii und der Bursa musculi glutaei maximi. Robinsohn denkt dabei an Bursensteine, Calculi bursarii.

G. beschreibt 17 Fälle, und zwar sind nur solche in Betracht gezogen, bei denen der Nachweis von Ischias in Anamnese und Befund besonders berücksichtigt worden sind. Von allen Pat. wurden Blendenaufnahmen des Gesamtbeckeninnern aufgenommen.

Das Bemerkenswerte an diesen 17 Beobachtungen ist zunächst, daß bei keiner einzigen trotz genauer darauf gerichteten Beobachtung Ischias festgestellt werden konnte. Dagegen bestanden bei zwei Fällen arthritische Veränderungen im Hüftgelenk; und zwar waren dabei einmal Gelenkbeschwerden und Beckenfleckbefund gleichseitig, während das andere Mal die kranke Seite nur einen, die andere, absolut gesunde Seite acht Beckenflecke aufwies. Zu bemerken ist dazu, daß bei einer großen Zahl von Aufnahmen wegen chronischer Arthritis des Hüftgelenkes und einer kleineren wegen Ischias oder Ischiasverdacht sich keine Beckenflecke fanden. Besonders beachtenswert war ein Fall, bei dem klinisch eine die chronische Arthritis begleitende Schleimbeutelentzündung festgestellt war, ohne den geringsten röntgenographisch nachweisbaren Schleimbeutelsteinbefund.

Auffallend ist ferner, daß von den 17 Fällen bei fünf eine steinbildende Diathese mit Sicherheit nachgewiesen wurde, und bei sieben anderen nach den klinischen Erscheinungen der Verdacht auf eine solche nahe lag.

Von den 17 Pat. waren 15 Männer, nur zwei Frauen; einer befand sich mit 27 Jahren im 3. Jahrzehnt, 5 im 4., 7 im 5., je einer im 6. und 7., 2 im 8.

Die Beckenflecke fanden sich 10mal doppelseitig, 5mal nur rechts, 2mal nur links. Ihren typischen Sitz bildet der auf dem Beckenbilde kreissegmentförmige Raum zwischen der Spin. isch. und der Symphyse, nach außen begrenzt von der Pars pubica der Linea terminalis; und zwar liegen sie hier, wenn multipel vorhanden, in der Regel perlschnurartig angeordnet in einem nach außen konvexen Bogen.

Diese Lagerungsverhältnisse sind von großer diagnostischer Bedeutung hinsichtlich der Verwechslung mit Harnleitersteinen. Nach den sehr zahlreichen Beckenbildern, die Verf. bei liegender Harnleitersonde gemacht hat, verläuft der normale Harnleiter weit mehr medial, als sich die Beckenflecke gewöhnlich finden, und zwar liegt er über dem Lig. sacro-spinosum, ungefähr zwischen Kreuzbein und Spin. isch., um von dort in nach außen konvexem Bogen weiter zu verlaufen und ca. querfingerbreit lateral von der Symphysis sacro-iliaca in den Knochenschatten des Darmbeines überzugehen.

Die Größe der Flecke ist verschieden, bis zu Bohnengröße. Trotz alledem ist man oft noch großen Täuschungen ausgesetzt. So wurden in einem Falle gewöhnliche Phlebolithen trotz Anwendung aller verfeinerten Untersuchungsmethoden für Harnleitersteine gehalten und durch Operation entfernt.

Nach G. handelt es sich bei den Beckenflecken um Venensteine aus phosphorsaurem Kalk, nicht aber um Bursensteine. **Gaugele** (Zwickau i. S.).

46) H. Hinterstoisser. Über einen kongenitalen, teratoiden Sakraltumor mit Metastasierung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 1.)

Nach Exstirpation einer teratoiden Sakralgeschwulst trat im nächsten Jahre schon eine Rezidivgeschwulst auf mit Drüsen im Retroperitonealraum und in den Schenkelbeugen. Die histologische Untersuchung des Rezidivs wie der Metastasen ergab das Bild eines großzelligen, alveolaren Sarkoms. Neben diesem Falle konnte Verf. nur einen einzigen von Metastasierung bei sakraler Mischgeschwulst auffinden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Berichtigung. P. 1421 u. 1422 lies Brentano statt Borchardt.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 52. Sonnabend, den 26. Dezember 1908.

Inhalt.

1) E. v. Felegyhazi. Beiträge zur Erklärung der Wirkungsweise der Bier'schen Stauung im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 459.)

v. F. hat seit $1^1/_2$ Jahren in der Klinik von Prof. Makara in Klausenburg histologische Untersuchungen tuberkulöser Gewebe, Fisteln, Lymphome, Granulationen, an denen die Saug- und Stauungsbehandlung durchgeführt wurde, vorgenommen. Die exzidierten und fixierten Gewebsstückchen wurden mit Hämatoxylin-Eosin oder Pikrofuchsin, teilweise auch auf Tuberkelbazillen gefärbt. In einigen Fällen ist durch Saugen gewonnene Gewebsflüssigkeit ferner auf Blutbestandteile und Bakterien untersucht. Unter Beigabe von fünf mikroskopischen Abbildungen beschreibt v. F. die Befunde einer Reihe auserlesener Fälle, die die Wirkung der Saugbehandlung, der gemeinsamen Saug- und Stauungsbehandlung und Stauungsbehandlung allein betreffen und zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung aufgenommen sind. Die unmittelbaren Wirkungen des Saugens bestehen in Hyperämie, Transsudation und Auswanderung von Leukocyten; auch finden sich in dem

abgesogenen Sekret von eröffneten kalten Abszessen reichliche pyogene Kokken. Nach v. F.'s Ansicht nützt also bei tuberkulösen Fisteln das Saugen durch die Entfernung des Eiters und der Gewebstrümmer, sowie durch die Entleerung der auf sekundäre Weise hineingelangten Kokken, ist mithin hauptsächlich behufs Vermeidung sekundärer Infektionen wichtig. An den längere Zeit hindurch mit Saug- und Stauungsbehandlung versorgten Geweben hebt v. F. als wichtigsten Befund die auf Bindegewebsneubildung deutenden Veränderungen hervor. Man findet neugebildete Bindegewebszellenbündel mit Mitosen und neugebildeten Blutgefäßen. Letztere sind um einige Tuberkel dicht aneinander gelagert und vermehrt, ihre Wand verdickt und die Endothelbekleidung geschwollen. Zahlreiche Tuberkel sind von dünnen Bindegewebsschichten begrenzt oder eingekapselt. Klinisch entspricht diesen Vorgängen eine wahrnehmbare Verhärtung des ganzen Stauungsgebietes. Es ist also anzunehmen, daß, ähnlich wie bei der Stauungsinduration der Lunge durch Herzfehler, durch die wiederholte passive Hyperämisierung das Bindegewebe vermehrt und sklerosiert wird, wobei die Tuberkel durch bindegewebige Einkapselung ausgeschaltet, kleine Abszesse zur Obliteration gebracht werden. Bei akuten Prozessen liegt die Sache anders. Hier kommt im Staugebiet besonders die lokale Leukocytose mit Mobilisierung der durch Phagocytose nützlich werdenden polynukleären Leukocyten in Frage, wie v. F. unter Heranziehung der einschlägigen Literatur ausführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Lockwood.** Bier's hyperaemia, or the use of the elastic bandage in the treatment of diseases.

(Southern California practitioner 1908. April.)

L. begründet zunächst das Rationelle der Behandlung, gibt dann die Vorschriften über die übliche Art der Anwendung, sowie einige Vorsichtsmaßregeln bei der Ausführung. Insonderheit warnt er, die Stauung bei Herzkranken, Diabetikern und Arteriosklerotikern zu benutzen.

Deetz (Arolsen).

---

3) **Pavone.** Il tachiolo come antisettico dell vie urinarie e come mezzo di disinfezione dei cateteri di gomma.

(I. Congr. delle soc. ital. di urologia 1908.)
(Morgagni 1908. Nr. 39.)

Kranke mit eiterhaltigem Urin, die abwechselnd 8 Tage lang Urotropin und Tachiol (Silbersalz der Fluorwasserstoffsäure), letzteres in der Dosis eines Liters einer $^1/_{10}$ $^0/_{00}$igen Lösung pro Tag, einnahmen, schieden regelmäßig im letzteren Zeitraum weniger Bakterien aus als während der Urotropinwoche (1,5 pro die). Das Tachiol wurde nicht als Silbersalz, sondern in der Natrium- und Kaliumverbindung ausgeschieden. Mit Tachiollösungen (1 : 5000) konnten Sonden und Katheter desinfiziert werden, ohne daß die Reste der Lösung eine Reizung der Schleimhäute hervorriefen.

Dreyer (Köln).

---

4) **Ransohoff.** A new and rapid method of perineal drainage in suprapubic prostatectomy.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. September 12.)

R. ist im allgemeinen Anhänger der suprapubischen Methode; nur in ganz bestimmten Fällen wendet er die perineale an. Um aber den Vorteil der Drainage vom Damm aus zu haben, ohne eine Urethrotomie machen zu müssen, führt er nach Entfernung der Prostata in den tiefsten Teil der gesetzten sackförmigen Wunde einen sehr starken, besonders gekrümmten Trokar ein, während der Zeigefinger der linken Hand vom Damm aus, kurz vor dem After, gegendrückt. Durch die Trokarhülse wird ein sehr starker, am oberen Ende trichterförmiger Katheter (36 Charrière) eingeführt und am Damme befestigt. Auf diese Weise hat man den Vorteil, ohne die Nachteile der Urethrotomie in Kauf nehmen zu müssen. Der Bulbus urethrae läßt sich leicht vermeiden; die Fasern des Sphincter ani werden überhaupt nicht berührt. Die suprapubische Blasenwunde wird ganz, die Bauchdeckenwunde bis auf einen dünnen Drain geschlossen, der als Sicherheitsventil zur Blasenwunde reicht.

Trapp (Bückeburg).

5) **Onorato.** Sulla cura operativa del cancro della vescica.

(Accad. med. di Genova. Sitzung vom 27. Juli.)
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 116.)

O. schildert an der Hand eines glücklich operierten Blasenkarzinoms die Technik des eröffnenden Querschnittes mit Abmeißelung eines Knochenlappens, der später wieder am Knochen fixiert wird. Eine Infektion des Bauchfells wird bei der Blasenexstirpation durch Vernähung der parietalen Serosa mit dem visceralen Bauchfell absolut vermieden, was bei der Frau leicht gelingt. Wegen der Gefahr der aufsteigenden Nephritis bei Einpflanzung der Harnleiter in Mastdarm oder Haut wird eine sekundäre Anlegung zweier Nierenfisteln empfohlen.

Dreyer (Köln).

6) **Berg.** The radical treatment of carcinoma of the bladder.

(Annals of surgery 1908. September.)

Nach B. treten nach Operationen wegen Blasenkrebs dann Rezidive auf, wenn erkrankte Lymphdrüsen zurückgelassen werden oder wenn das Karzinom der Blase ein sekundäres ist und der nicht entdeckte Herd in der Prostata, der Gebärmutter oder im Mastdarm sitzt. Bei jeder derartigen Operation sollen daher die vergrößerten Lymphdrüsen mit entfernt werden. Verf. spricht sich gegen den radikalen Standpunkt Watson's aus, der in jedem Falle von Blasenkrebs die Blase total entfernt und in beiden Nierengegenden eine Nierenfistel anlegt. In geeigneten Fällen ist die Operation der Wahl die partielle Resektion der Blase und Einpflanzen des Harnleiters der erkrankten Seite in den Scheitel der Blase. Seine Operationstechnik ist folgende: Nach Freilegen der Blase wird das Bauchfell nur dann eröffnet, wenn es mit erkrankt ist. Die erkrankten Drüsen werden

entlang den Gefäßen — Arteria und V. iliaca — gesucht und exstirpiert; nach Abschneiden des Harnleiters der erkrankten Seite wird das Becken mit Jodoformgaze austamponiert, um Infektionen während der Operation zu vermeiden. Nunmehr wird der erkrankte Teil der Blase mit dem Thermokauter entfernt und dann der Harnleiter in den Blasenscheitel eingepflanzt. Die Blasenwunde wird mit durchgreifenden Catgutnähten verschlossen, darüber kommen feine Silknähte, welche nur die Muscularis mitfassen. Drainiert wird nur mit Katheter durch die Harnröhre mit fleißigen Ausspülungen.

Herhold (Brandenburg).

7) **Casper.** Zur Pathologie und Therapie der Pyelitis.

(Med. Klinik 1908. p. 1521.)

An der Hand von fünf Fällen, von denen zwei durch Streptokokken, einer durch Grippeerreger, einer durch Tripperkokken, einer durch Colibazillen verursacht waren, werden Erkennung, Heilungsaussicht und Behandlung der Pyelitis besprochen. In irgendwie zweifelhaften Fällen muß der Harn unmittelbar aus dem Nierenbecken aufgefangen werden. Waschungen des letzteren mit Höllensteinlösung 1 : 1000 bis 300 sind bei Pyelitiden angebracht, deren Ursache Gonokokken, Coli- oder Eiterbazillen sind, verboten dagegen bei Tuberkulose, Steinbildung (Röntgenaufnahme!), Pyelonephritis; die letztere wird durch eine gegenüber der zweiten Niere erkennbare Schwächung der Arbeitsleistung erkannt. Mit der Nephrotomie darf zunächst, aber nicht zu lange zugewartet werden; die Operation ist wenig gefährlich und wirkt fast immer sicher günstig. Einer der obigen Streptokokkenfälle wurde mit glänzendem Erfolge nephrotomiert.

Georg Schmidt (Berlin).

8) **F. Kreiss.** Über die plastischen Operationen am Nierenbecken und oberen Ureterabschnitt bei den Retentionsgeschwülsten der Niere.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 423.)

Eine Übersicht über die Stellungnahme der Chirurgen zu den konservativen plastischen Operationen in der Therapie der Hydronephrosen zeigt, daß die meisten Autoren der Berechtigung dieser Operationen bedingt zustimmen, eine allgemeinere Anwendung aber von einem Ausbau der Technik und einer überzeugenden Statistik abhängig machen. Einerseits wird anerkannt, daß die plastischen Operationen, weil sie die Harnstauung beseitigen und gleichzeitig die Niere erhalten, dem Ideal einer Hydronephrosenoperation entsprechen, andererseits wird vor allem die Tatsache betont, daß diese Operationen recht langdauernd und schwierig sind, häufig sekundäre Eingriffe notwendig machen und im definitiven Erfolg nicht absolut sicher sind. Bei Pyonephrosen dagegen konkurrieren bisher fast ausschließlich die Nephrotomie und Nephrektomie.

Verf. hat nun 102 Fälle von plastischen Operationen am Nierenbecken und Harnleiter, inkl. drei Fällen der Schloffer'schen Klinik zusammengestellt. Er unterscheidet drei Grundtypen abnormer Passageverhältnisse am Nierenbeckenausgang: 1) Veränderungen in Wand und Lichtung des Harnleiters und Nierenbeckens bei normaler Lage der Niere (die zirkuläre Striktur am Harnleiterursprung bzw. Beckenausgang, Formveränderungen des Nierenbeckens mit Verlegung der Abgangsstelle des Harnleiters).

2) Aus Lageveränderungen von Niere, Nierenbecken und Ureter hervorgegangene Verhältnisse.

3) Formen wie in 1) und 2), die aber durch entzündliche Vorgänge, wie Sklerosierung, Verwachsungen des Nierenbeckens und des Harnleiters untereinander und mit der Umgebung zu besonderen Typen ausgebildet erscheinen. An schematischen Abbildungen werden die verschiedenen Formen dieser Typen erläutert.

Die zur Beseitigung dieser Hindernisse ausgeführten plastischen Operationen zerfallen in fünf Gruppen:

1) Bei echter Striktur führte Fenger eine Plastik nach Art der Heinike-v. Mikulicz'schen Pyloroplastik und Küster eine Resektion mit Anastomose nach Art der Kocher'schen Gastroduodenostomie nach Pylorusresektion aus.

2) Bei Sporn- und Klappenbildung am Orificium pelvicum des Harnleiters wurde von Trendelenburg die transpelvische, von Fenger die extrapelvische Klappenbildung (Spaltung des Sporns und V-förmige Naht) ausgeführt.

3) Die laterale Anastomose nach Albarran zwischen Harnleiter und tiefstem Punkte des Hydronephrosensackes.

4) Die Pyeloplicatio (nach Art der Gastroplicatio) und die Resektion des Blindsackes.

5) Die direkte Vereinigung des Nierensackes mit der Harnblase.

Was den Zugang zum Nierenbecken betrifft, so wurde unter den 102 Fällen nur zwölfmal der abdominale, sonst stets der lumbale Weg beschritten; doch hält Verf. den transperitonealen Weg für besser, weil er bessere Übersicht gibt und nicht zuvor die Auslösung eines großen, meist verwachsenen Nierensackes erfordert.

Die präliminare Anlegung einer Nephrostomie soll in erster Linie vom Inhalt der Geschwulst abhängen in dem Sinne, daß die Nephrostomie bei Pyonephrose und Fällen, in welchen die Funktionsfähigkeit der zu operierenden Niere in Frage steht, das einzig korrekte Verfahren darstellt; sie kann aber bei aseptischen Fällen meist wegfallen. Bei leicht infizierten Nieren sind die Erfolge mit und ohne präliminare Nephrostomie bisher noch gleich; hier muß vor allem der Allgemeinzustand des Pat. entscheiden. Weiteres über die operativen Einzelheiten der Methoden ist aus dem Original zu ersehen. Den Schluß der Operation bildet stets die Drainage des Sackes und die Nephropexie. Weiterhin setzt Verf. die Indikationen zu den einzelnen Operationsverfahren auseinander, die wesentlich von den anatomischen

Verhältnissen abhängig zu machen sind, ohne daß sich allgemein gültige Regeln aufstellen ließen.

Was den Ausgang der 102 an 97 Fällen vorgenommenen Operationen betrifft, so sind sieben Todesfälle zu verzeichnen, darunter einer an Urämie bei einer Solitärniere. Im übrigen ist der Erfolg, der bei plastischen Operationen in der Erhaltung eines brauchbaren Organes unter Vermeidung einer Dauerfistel bestehen soll, nur bei $^{1}/_{3}$ der Fälle exakt, d. h. cystoskopisch festgestellt, doch sind auch sogenannte klinische Heilungen mit großer Wahrscheinlichkeit als echte Heilungen zu betrachten, da der Fortbestand abnormer Verhältnisse sich sonst durch Pyurie, Cystitis und Resistenz von Fisteln bemerkbar macht. Mit dieser Einschränkung ergab sich folgende Statistik:

	Zahl der Operationen	Mißerfolge	Heilung
Transpelvische Klappenoperationen	10	20%	80%
Fenger'sche Operation	26	23%	76,9%
Reine Uretero-Pyelo-Neostomie	14	28,5%	71,4%
Pyeloplicatio	9	22,2%	77,7%
Beckenresektion	6	—	100%
Laterale Anastomose	11	36,5%	63%
Obige Operationen in Kombination mit beckenverengernden Operationen	10	2 Mißerfolge	8 Erfolge
Blasenanastomose	4	—	100%

Insgesamt ergaben sich also auf 102 Operationen 6,8% Todesfälle, 68,6% Erfolge und 19,6% Mißerfolge. Die Güte der Resultate fordert demnach dazu auf, die plastischen Operationen in geeigneten Fällen anzuwenden.

Reich (Tübingen).

---

9) **P. Delbet** et **M. Chevassu.** Les oblitérations blennorrhagiques de l'épididyme et leur traitement chirurgical.

(Revue de chir. XXVIII. année. Nr. 5.)

Nach schwerer oder öfters rückfälliger doppelseitiger gonorrhoischer Nebenhodenentzündung tritt in mehr als der Hälfte der Fälle Azoospermie ein. Sie ist dann als dauernd anzusehen, wenn sie länger als 1 Jahr nach Ablauf der Entzündung besteht, und ein derber Knoten im Nebenhodenschwanze zurückgeblieben ist. Nur wenn dieser später noch verschwinden sollte, ist zu erwarten, daß die Samenwege noch einmal gangbar werden. Die pathologische Anatomie gibt die Erklärung hierfür. Es handelt sich bei der Tripperentzündung des Nebenhodens um eine peri- und intraepididymäre Lymphangoitis, die von der Harnröhre längs der Lymphgefäße des Samenstranges zum Nebenhoden fortgeschritten ist. Subepitheliale Leukocytenanhäufungen in den Kanälchen führen zur Wucherung oder zur Drucknekrose des



Epithels; die Kanälchen veröden oder werden durch das Narbengewebe in ihrer Umgebung bis zur Undurchgängigkeit eingeengt.

Da der Hoden fast stets funktionsfähig bleibt, höchstens in einen Zustand funktioneller Ruhe gelangt, läßt sich das Hindernis für die Samenentleerung operativ durch eine Anastomose zwischen Vas deferens und dem Nebenhodenkopfe (Spermatokele!) oder dem Mediastinum testis umgehen. Wenn möglich, wird nur eine Seitenverbindung zwischen Nebenhodenkopf und Vas deferens hergestellt; die obliterierten Teile des Nebenhodens sollen nur in frischeren Fällen, in denen man im allgemeinen aber nicht operiert, reseziert werden, wenn noch ein Rezidiv zu befürchten ist. Da der Hodenscheidenraum meist verödet, ist der Zugang von hinten der leichtere.

Bericht über sieben operierte Fälle. Der funtionelle Erfolg konnte in keinem ermittelt werden. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

10) **Starr.** Operation for undescended testicle.

(Annals of surgery 1908. September.)

Verf.s Operationsmethode für den Leistenhoden ist folgende. Inzision, 1 Zoll lang, über dem äußeren Leistenringe, Befreien des Hodens von seinen Verwachsungen und Bohren eines Kanales in den Hodensack stumpf mit dem Finger. Nun wird der Samenstrang ausgelöst, wobei einige Arterien, mit Ausnahme der das Vas deferens versorgenden, geopfert werden können. Bevor nun der Hoden in den Hodensack gebracht wird, wird die hintere Faserhaut des Hodens an einen doppelt geflochtenen Silberdraht mit Catgut genäht. Nun wird von oben der Hoden mit diesem Draht in den Boden des Hodensackes versenkt, die Enden des Silberdrahtes sind vorher auseinander gebogen und werden durch die Haut des Hodensackes nach außen gestoßen und hier durch je eine Catgutnaht gehalten. Nach 12 Tagen werden diese Nähte entfernt, und nunmehr läßt sich der Silberdraht aus der in der Leistenbeuge befindlichen Öffnung herausziehen. Der Hoden ist während dieser Zeit fest angewachsen. **Herhold** (Brandenburg).

---

11) **Coley.** The treatment of the undescended or maldescended testis associated with inguinal hernia.

(Annals of surgery 1908. September.)

Unter 59235 Fällen von Leistenbruch, die im Hospital for ruptured and crippled zu Newyork von 1890—1907 beobachtet wurden, waren 737 durch nicht herabgestiegenen Hoden kompliziert. C. berichtet über seine Erfahrungen bei 126 operierten Leistenhoden, die mit Leistenbrüchen verbunden waren. Er unterscheidet den nicht herabgestiegenen (Bauch- und Leistenhoden) von dem schlecht herabgestiegenen (im Damm, am Scarpa'schen Dreieck und der Gegend der Spina ilei gelegenen) Hoden. Die Gründe für den nicht richtig herabgestiegenen Hoden sollen nach einigen Autoren an falschen anatomischen Ansatzpunkten des Lig. gubernaculum liegen; wenn z. B. das

Hauptbündel desselben statt in den Hodensack zum Damm zieht, so würde hieraus eine Ectopia perinealis resultieren. C. selbst ist der Ansicht, daß der Hauptgrund, weshalb der Hoden schlecht herabsteigt, in einer Verdickung der Tunica propria, besonders der Basementmembran derselben liegt. Unter den 739 Fällen war der nicht herabgestiegene Hode bei Kindern unter 14 Jahren 15mal häufiger als über dieses Alter hinaus. Verf. schließt daraus, daß ein großer Teil der Hoden bis zur Pubertätszeit allmählich herabsteigt, und daß man daher keinen Grund hat, eine Operation wegen nicht herabgestiegenen Hodens bei ganz jungen Kindern auszuführen, wenn nicht die Hernie dazu zwingt; vor dem 8. Lebensjahre sollen diese Operationen daher nicht gemacht werden. Andererseits soll kein Fall von doppelten, nicht herabgestiegenen Hoden das Pubertätsalter unoperiert erreichen, da sich diese Hoden nicht voll zu entwickeln pflegen, und daher das Eintreten der Mannbarkeit ausbleibt; aber auch bei einseitigem, nicht herabgestiegenem Hoden soll operiert werden, da sich derselbe nicht selten entzündet und auch zu bösartiger Umwandlung neigt.

Was die Methode der Operation betrifft, so hat C. das Festnähen des Hodens im Hodensack oder am anderen Hoden oder am Oberschenkel ganz verlassen. Er spaltet wie bei der Bassini'schen Operation die vordere Wand des Leistenkanals möglichst weit und befreit Hoden und Samenstrang von allen Verwachsungen unter Opfern einiger Venen, wenn es nötig ist. Er bringt dann den Hoden in den Hodensack und näht den Kanal ohne Verlagerung des Samenstranges wieder zu. Eine Tabelle über die operierten 128 Fälle ist der Arbeit angefügt. **Herhold** (Brandenburg).

---

12) **Preiser.** Über die praktische Bedeutung einer anatomischen und habituell-funktionellen Gelenkflächeninkongruenz.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 5.)

Neben der physiologischen Gelenflächeninkongruenz gibt es auch eine pathologische, und diese läßt sich wieder einteilen in eine solche anatomischer Art und eine funktionell-habitueller Art. Letztere entsteht dann, wenn an einem normalerweise kongruenten Gelenk, z. B. der Hüfte, durch pathologische oder habituelle Rotationsänderungen ein Teil der überknorpelten Gelenkfläche dauernd außer Artikulation gesetzt wird.

Hüfte: Eine anatomische Gelenkflächeninkongruenz auf traumatischer Basis erhält man bei Coxa-Valgastellung des Schenkelhalsbruches; ein Teil der Gelenkflächen des Kopfes tritt außer Artikulation, die der normalen Belastung entzogene Knorpelfläche fasert auf und bildet den Anfang einer Arthritis deformans; ähnlich verhält es sich bei nicht reponierter angeborener oder traumatischer Hüftverrenkung; auch hier sieht man sehr häufig infolge der Nichtinanspruchnahme der Kopfgelenkflächen eine typische Arthritis deformans.

Verf. fügt noch die Bilder zweier Fälle bei, wo nach Einschmelzungsprozessen an der Pfanne Gelenkflächeninkongruenzen zustande



kamen und eine sekundäre Arthritis deformans hervorbrachten. (Nach Tuberkulose und Gonorrhöe.) Eine habituelle, funktionelle Gelenkflächeninkongruenz erhalten wir bei der Rachitis durch eine mehr frontale Pfannenstellung mit Einwärtsrotation des Beines; auch hier ist eine sekundäre Arthritis deformans häufig die Folge. Noch häufiger und verhängnisvoller ist die Gelenkflächeninkongruenz bei lateraler Variation der Pfannenstellung; das gewöhnliche Malum coxae senile verdankt dieser Pfannenstellung seine Entstehung.

Knie: Normalerweise gehen die Konturen der Oberschenkelknorren, wenn geradlinig verlängert, in die Konturen der Tibia gerade über. Ist die statische Einheit, z. B. bei stark seitlicher Hüftpfannenstellung oder bei Plattfüßen, gestört, so tritt dadurch Knochengelenksflächeninkongruenz ein, indem der laterale Tibiaschatten den Femurschatten überragt. Eine solche Inkongruenz kann nach des Verf.s Ansicht die Ursache bilden für die idiopathische monartikuläre Arthritis deformans. Diese Gelenkflächeninkongruenz ist also nicht etwa funktionell. Die Arthritis deformans hat aber nicht das geringste zu tun mit der Hoffa'schen Polyarthritis progressiva destruens. Ein Trauma braucht hier nicht mitzuspielen, doch wird durch ein event. Trauma das Leiden erschwert und gelöst.

Ellbogen: Verf. hat ferner bei einigen Fällen »idiopathischer« Arthritis deformans cubiti ein der Kniegelenksflächeninkongruenz ganz analoges laterales Hervorragen der überknorpelten Gelenkfläche des Radiusköpfchens gesehen, und zwar hat er auch bei Pat., die über funktionelle Beschwerden und Schmerzen im Ellbogengelenk durch schwere Arbeit (z. B. bei Plätterinnen) klagten, denselben Befund, nur noch ohne arthritische Veränderungen, wie eckige Zuspitzung der Humerus- und Ulnakondylenkonturen, erheben können. Bei idiopathischer monartikulärer Arthritis deformans cubiti fand sich dagegen bisher regelmäßig diese Gelenflächeninkongruenz, so daß Verf. sie auch beim Ellbogengelenk in ätiologische Beziehung zur Arthritis deformans setzen möchte.

Schulter: Auch beim Schultergelenk hat er eine solche Flächeninkongruenz nachweisen können; da ja ein Teil des Oberarmkopfes zunächst immer außer Artikulation bleibt, existiert hier eine physiologische Gelenkflächeninkongruenz, die dann eine pathologische wird, wenn eine bestimmte Haltung längere Zeit eingenommen wird (so beim Tragen des Armes in der Schiene bei irgendwelchen Verletzungen). Als typisch schildert Verf. das Verschwinden der Rundung am unteren Kopfschattenrand, eine Zuspitzung dieses unteren Randes und ein Höherrücken desselben.

Die Schlußbemerkung des Verf. möchte ich wörtlich angeben.

»In der Deutung der von mir vorstehend beschriebenen Veränderungen, besonders der Gelenkflächeninkongruenz, handelt es sich um keine bereits bis auf den letzten Rest eindeutige und jeden Zweifel, jede andere Erklärung ausschließende Theorie; aber das klinische Bild der beschriebenen Art der Arthritis deformans ist an Hüfte,

Knie, Schulter und Ellbogen — mutatis mutandis — so ähnlich und dabei doch so grundverschieden von der progressiven polyartikulären Form der Arthritis deformans, daß es nahe lag, nach einer mechanischen, für alle betroffenen Gelenke gültigen Grundlage zu suchen. Ob ich diesen Zusammenhang, das allen an monartikulärer »idiopathischer« Arthritis deformans erkrankten Gelenken Gemeinsame in der beschriebenen Gelenkflächeninkongrenz gefunden habe, wird die weitere Forschung zu entscheiden haben. Ich wollte hiermit nur weitere Kollegenkreise gebeten haben, auf diese Gelenkflächeninkongruenz in Zukunft ihr Augenmerk zu richten.«

Gaugele (Zwickau).

---

13) **Donato de Francesco.** Verwertung eines alten Amputationsstumpfes mittels plastischer Resektion nach Vanghetti (Methode A. Keule).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 3.)

Vanghetti hat durch Versuche erwiesen, daß der distale Knochenansatz eines Muskels oder einer Muskelgruppe durch einen künstlichen Ansatz ersetzt werden kann, sobald dieses mit der Hautdecke überzogene Muskel- oder Sehnenende besonders hergerichtet wird, derart, daß einer Schnur ein Angriffspunkt geboten wird. Dadurch wird die Retraktion und Atrophie der Muskeln vermieden und eine willkürliche Kontraktion ermöglicht. Man erhält auf diese Weise einen plastischen Motor. Um bei einem Amputationsstumpf dieses Ziel zu erreichen, muß man eine Schlinge oder eine Keule bilden. Die Schlinge bekommt man dadurch, daß man zwei Muskeln an ihrem Ende vernäht. Die Haut wird alsdann durchbohrt und eine beliebige Schnur hindurchgezogen, welche das Sehnen- und Muskelende der beiden vernähten Gruppen einschließt. Die Keule wird erhalten, wenn das Ende des Motors durch ein bereits mit Sehne oder Muskel verwachsenes oder eingefügtes Knochenstümpfchen verdickt wird. Auf diese Weise gestattet die besondere Konformation des Stumpfendes, mit einer Schleife oder einem gepolsterten Ring einen Zug oberhalb der Keule auszuüben.

Verf. hat nach den Prinzipien dieser Methode den Vorderarmamputationsstumpf eines 5 Jahre zuvor operierten Mannes plastisch umgeändert und nach einer Reihe von Fährlichkeiten, die in der Arbeit näher geschildert sind, ein brauchbares Resultat erzielt, d. h. Pat. kann eine von Marelli-Mailand konstruierte, in den Fingergelenken bewegliche Prothese in seinem Handel und in seinen gewöhnlichen Hantierungen gebrauchen, ein gewiß sehr beträchtlicher Fortschritt gegenüber der geringen Brauchbarkeit der sonst üblichen Prothesen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

14) **E. Gallois** und **J. Bosquette.** Etude sur l'architecture intérieure des os et en particulier de l'extrémité supérieure du fémur. Son rôle dans le remaniement du squelette (fractures et déformations).

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 4 u. 5.)

Verff. bedauern, daß die Lehren Julius Wolff's in Frankreich noch nicht die verdiente Beachtung gefunden haben. Die Richtigkeit und Bedeutung derselben unter normalen und pathologischen Bedingungen ihren Landsleuten vor Augen zu führen, ist der Zweck ihrer Arbeit. Insbesondere wird an der Hand von 26 guten Abbildungen gezeigt, wie die Form, die Richtung und die Zahl der Zug- und Drucklinien sich bei stärkerer Neigung oder Aufrichtung des Oberschenkelhalses, nach schief geheilten Brüchen oder Verkrümmungen des Schaftes, bei Arthritis deformans, Paget'scher Krankheit oder Ankylose des Hüftgelenkes genau den veränderten statischen Verhältnissen anpassen. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

15) **J. Kumaris.** Ein Beitrag zur Lehre der Coxa valga, mit besonderer Berücksichtigung der sog. Coxa valga luxans.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 3.)

Eine Einigung über die Coxa valga ist bisher noch nicht erzielt. Verf. teilt deshalb die Ergebnisse aus dem einschlägigen Material der Kgl. Poliklinik in Berlin mit. Der Ätiologie nach unterscheidet K. eine Coxa valga traumatica, symptomatica, rachitica und eine rein primäre Form, die sowohl bei Neugeborenen wie bei Erwachsenen anzutreffen ist. Die angeborene Form hat dieselben Ursachen wie die Luxatio coxae congenita. Warum sie erst im vorgeschrittenen Alter erkannt wird, ist bisher noch nicht aufgeklärt. Nach Klapp's Ansicht gibt es eine Reihe von Fällen, bei denen die Coxa valga dadurch entsteht, daß nicht die ganze Hüftpfanne von dem Kopfe des Femur voll ausgenutzt wird, also eine Subluxation besteht. Er hat diese Art als Coxa valga luxans bezeichnet. Die Hüftgelenkspfanne ist bei diesen Fällen deformiert, hat eine flache Bildung und besonders schräge Stellung. Bei solchem Pfannenzustande kann sehr einfach bei vorhandenem Collum valgum eine Subluxation des Kopfes nach oben hervorgerufen werden, da der letztere keinen normalen Widerstand findet und nach oben herausgehebelt wird, sei es durch Änderung der Belastungsrichtung oder plötzlich nach einem Trauma.

Die meisten Fälle dagegen gehören zu einer Gruppe, bei der die Pfanne ein gut überhängendes Dach bildet und ausschließlich ein Collum valgum besteht.

Ähnlich wie bei der Coxa valga luxans findet man auch bei hochgradigen Fällen von Coxa vara, daß der Kopf nur mit einem kleinen Teile die Pfanne ausfüllt. Man kann auch hier von einer Coxa vara luxans sprechen.

Zur Symptomatologie der Coxa valga gehört Abduktion, Außen-

rotation der ganzen Extremität, Adduktionshemmung und Schmerzhaftigkeit in der Hüfte. Sicherheit der Diagnose bringt allerdings oft erst das Röntgenbild. Therapeutisch kommen bei dem Leiden in Frage Extension, Tenotomien, Osteotomie und keilförmige Resektion.

E. Siegel (Frankfurt a. M.)

---

16) **I. Jianu** (Bukarest). Venöse Klappenbildung zur Behandlung der Varicen der unteren Extremitäten.

(Revista de chirurgie 1908. August.)

Die Operation, die Verf. vorschlägt, ist von ihm bis nun nur an Tieren, nur in einem einzigen Falle am Menschen vorgenommen worden; es bleibt daher noch abzuwarten, ob weitere Erfahrungen die praktische Verwertbarkeit derselben bestätigen werden. Im großen und ganzen handelt es sich darum, im Veneninnern künstliche Klappen anzulegen, derart, daß der Blutstrom wohl von der Peripherie gegen das Zentrum fließen kann, aber bei Rückstauung durch das selbständige Schließen der Klappen zurückgehalten wird. J. schlägt vor, die Klappenbildung durch Invagination oder Intussuszeption vorzunehmen, wobei erstere ohne Durchschneidung der Vene, einfach durch entsprechend angelegte Fäden gemacht werden kann. Die in das Innere der Lichtung hineinragende Venenfalte übt die Wirkung einer Klappe aus. Bei der zweiten Methode ist es das abgeschnittene, untere Venenende, das in die Lichtung des oberen Endes ebenfalls durch Fäden hineingezogen und hier fixiert wird. **E. Toff** (Braila).

---

17) **Bardenheuer.** Behandlung der Nerven bei Amputationen zur Verhütung der Entstehung von Amputationsneuromen und zur Heilung der bestehenden Neurome durch die sog. Neurinkampsis.

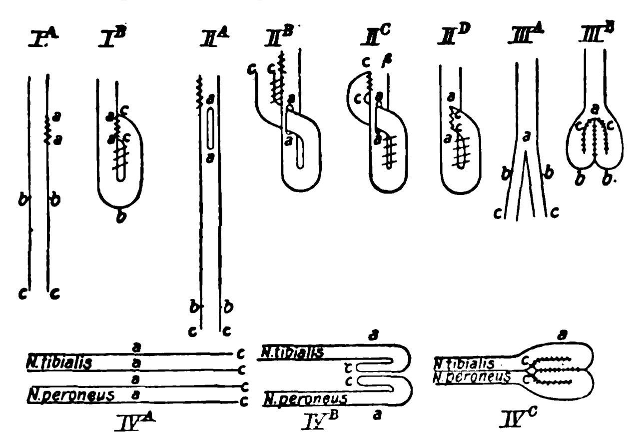
(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 19.)

Die hohe Durchschneidung des Nerven genügt nicht in allen Fällen, um die Entstehung eines Neuroms oder die Verwachsung des Nervenendes vermittels einer langgestreckten Narbe mit dem Amputationsstumpf oder der Amputationsnarbe, besonders in entzündeten Wunden, zu verhindern.

Aus diesem Grunde schlägt B. das etwas gekürzte Nervenende um und vernäht die quere Wundfläche an der wundgemachten Oberfläche oder in einem künstlich gebildeten Schlitz des Nervenstammes. Ist das zur Verfügung stehende Nervenende sehr kurz, so wird es gespalten und jede Hälfte so umgeschlagen, daß die wunden Flächen auseinander liegen. In ähnlicher Weise können zwei dünne, benachbarte Nerven untereinander vernäht werden (s. Fig. 1—4).

Bei zehn Amputationen, in welchen die Nerven derartig versorgt waren, trat keine Neuralgie ein; auch fehlten die sonst fast stets vorhandenen Schmerzen und abnormen Empfindungen in den abge-

setzten Gliedern. Bereits bestehende Amputationsneurome wurden durch das Verfahren mit dauerndem Erfolge beseitigt, bei einem Syme'schen Stumpf allerdings erst, nachdem nachträglich auch an



dem N. suralis und peroneus superficialis die Neurinkampsis ausgeführt worden war. Es müssen also bei tiefen Amputationen stets alle Zweige eines Nervenstammes aufgesucht werden.

Gutzeit (Neidenburg).

18) **Marchal.** Fractures du calcaneum.

(Soc. méd. chirurg. d'Anvers 1908. Januar.)

Nach einem anatomischen Abriß besonders über die innere Architektur des Calcaneus teilt M. die Fersenbeinbrüche ein: 1) in solche durch Abreißen. Die Achillessehne reißt entweder passiv oder aktiv den Hackenfortsatz ab; 2) In solche von Einkeilung (par pénétration); Z. B. werden Kopf und Hals des Calcaneus durch drückende Gewalt vom Os cuboid. in den Körper des Calcaneus hineingedrückt; oder das Sustentaculum drückt sich von oben her in den Körper ein; 3) solche durch Auseinandersprengung, z. B. der Talus wirkt keilartig auf den Calcaneus ein und sprengt ihn auseinander. Außer diesen den Körper betreffenden, kommen dann Frakturen der Apophyse des Calcaneus vor: a. vordere Apophyse zum Os cuboid. hin, b. Bruch des Sustentaculum, c. Bruch der Apophysis epitrochlearis. Durch acht Figuren im Text und Röntgenbilder sind die einzelnen Brucharten erläutert. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

19) **Whitmann.** Further observations on the treatment of paralytic talipes calcaneus, by astragalectomy and backward displacement of the foot.

(Ann. of surgery 1908. Februar.)

Talus-Calcaneusfuß ist nach W. die häufigste Form des paralytischen Talusfußes. Der Fuß steht hierbei in Dorsalflexion, das Schienbein weicht nach hinten ab, das Fersenbein hat sich aufwärts

von hinten unten nach vorn oben aufgerichtet, die Wölbung des Fußgewölbes ist größer als gewöhnlich, die Wadenmuskeln sind atrophisch. Beim Gehen wird der Fuß geschleudert, ohne sich abzuwickeln. Um diese abnorme Stellung zu beseitigen exstirpiert W. den Talus und schiebt dann den Fuß nach rückwärts, damit die Tibia wieder in die richtige Projektionsebene kommt. Darauf werden die Peroneussehnen durchschnitten und an die Achillessehne genäht, endlich wird letztere verkürzt. Nunmehr werden die unteren Flächen der Unterschenkelknochen und die ihnen gegenüberstehenden Knochen des Fußes angefrischt, damit eine Arthrodesis zustande kommt. Diese Operation soll ausgeführt werden, wenn der Gang trotz Stützapparaten schlecht bleibt, was besonders der Fall ist, wenn neben der Calcaneusstellung auch ein seitliches Abweichen des Fußes stattfindet. Verf. hat die Operation bereits 40mal mit Erfolg ausgeführt.

Herhold (Brandenburg.

20) **L. Igelstein.** Über die Pseudofrakturen der Sesambeine des ersten Metatarsophalangealgelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIII. p. 505.)

Unter Mitteilung eines eigenen, in der Lexer'schen Klinik in Königsberg beobachteten Falles liefert I. eine Allgemeinbesprechung und neue Theorie zur Frage der Fraktur bzw. Pseudofraktur der Großzehen-Sesambeine. Nachdem Momburg den Nachweis geliefert hat (cf. dieses Blatt 1907 p. 710), daß nicht selten angeborene Zwei- und Mehrteilungen der Sesambeine vorkommen, daß bei posttraumatischen Zehenbeschwerden nicht nur am verletzten Fuße, sondern auch am gesunden mit Röntgen diese Sesambeinteilungen sichtbar werden, ist (darin ist I. mit Momburg einig) es mehr als fragwürdig, daß die Annehmbarkeit wirklicher Sesambeinfrakturen zu Recht besteht. Momburg nahm unter diesen Umständen zur Erklärung der Zehenbeschwerden eine Entzündung am oder im Grundgelenk der großen Zehe an, die durch den Unfall entstanden sei. I. will diese Annahme auf Grund genauerer, die Sesambeine betreffender anatomischer Untersuchungen durch die Theorie ersetzen, es handle sich um eine Neuralgie feiner Nervenästchen, die, dicht an den Sesamknöchelchen verlaufend, durch Kontusion usw. erkrankt wären. In einleitenden, zur Durchsicht zu empfehlenden anatomischen Bemerkungen beschreibt er zwei Nervenästchen, den Zweigen des N. plantaris zugehörig, deren eines hart am tibialen, das andere hart am fibularen Sesambein entlang laufen. Auch hebt er hervor, daß der Abductor hallucis sich teilweise am medialen Sesambein, der Adductor hallucis sich dagegen teilweise am lateralen Sesambein inseriert, woraus sich ergibt, daß bei Adduktion und Abduktion der Großzehen deren Sesambeine mit ins Spiel gezogen werden müssen. Nun ergibt sich, daß bei den Pat. mit Fraktur bzw. Pseudofraktur der Sesambeine Ab- und Adduktion der Zehe frei und schmerzlos war — und auch diesen Umstand verwertet I. gegen die Momburg'sche und zugunsten seiner eigenen

Theorie, außerdem auch gegen die Annehmbarkeit von Frakturen. — Außer der Krankengeschichte des eigenen Falles gibt Verf. auch Referate der älteren bislang veröffentlichten einschlägigen Fälle — es sind deren erst vier. Die spärliche anziehbare Literatur ist zitiert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **E. Martin.** Zur Behandlung der Zehenkontrakturen, insbesondere der »Hammerzehe«.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 19.)

Ist die Hammerstellung, wenn nötig unter Zuhilfenahme der subkutanen oder offenen Durchschneidung der sich spannenden Weichteile, beseitigt, so wird ein schmaler, einer Staubinde entnommener Gummistreifen derart durch die Zehen geflochten, daß er an der Oberseite der Hammerzehe und der Unterseite der übrigen Zehen zu liegen kommt. Die freien Enden werden in Spiraltouren um Fuß und Unterschenkel geführt und mit einer Binde festgewickelt (s. Abbildungen).

Das Verfahren läßt sich je nach der vorliegenden Verkrümmung in mannigfaltigster Weise abändern. **Gutzeit** (Neidenburg).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der orthopädischen Klinik der kaiserl. militär-medizinischen Akademie zu St. Petersburg.

Zur operativen Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche mit größerer Diastase der Fragmente.

Von

Prof. H. Turner.

Bei veralteten Patellarfrakturen läßt sich die Kontinuität des Knochens oft deshalb nicht wieder herstellen, weil die Bruchstücke nicht genügend aneinander gebracht werden können. Um dieser Schwierigkeit aus dem Wege zu gehen, sind bekanntlich eine Reihe von Operationsverfahren angegeben worden[1], jedoch ohne daß die Frage zu einem Abschluß gelangt wäre.

Die queren Einkerbungen des Quadriceps (Porter) oder seine Verlängerung durch V-förmige Durchtrennung haben den Nachteil, die Zugkraft des Muskels nicht unwesentlich herabzusetzen. Statt des oberen Fragmentes das untere durch Abmeißelung der Tuberositas tibiae zu mobilisieren, nach E. v. Bergmann's Vorschlag, erwies sich bei stärkerer Retraktion des Quadriceps als unzureichend und dürfte unter Umständen die Beweglichkeit des Gelenkes beeinträchtigen. Was ferner die osteoplastischen Methoden von Rosenberger, J. Wolff und Helferich betrifft, so haben sie wegen ihrer Kompliziertheit, meines Erachtens mit Recht, wenig Anklang in praxi gefunden. Andererseits aber die Patellarfraktur als solche ganz außer Acht zu lassen und sich, wie es Tenderich empfahl, auf die Wiederherstellung des tendinösen Reservestreckapparates zu beschränken,

[1] Cf. Reichel, Handbuch der praktischen Chirurgie 1907. Bd. V. p. 704.

scheint uns für die Mehrzahl der operativen Fälle keine genügende Sicherheit zu bieten. Wir glauben, dort, wo eine direkte Vereinigung der Bruchstücke unmöglich ist, auf eine plastische Überbrückung derselben nicht ohne weiteres verzichten zu dürfen. Von allgemeiner Bedeutung in diesem Sinne und wegen ihrer Einfachheit doppelt interessant ist die Methode von Schanz, welcher den Sartorius nach vorn verlagerte und in Längsrinnen der Patellarfragmente fixierte. Ein vorzügliches Resultat erzielte neuerdings auch Rotter[2], der die Bruchstücke durch einen umgeschlagenen Lappen aus der Aponeurose des Quadriceps vereinigte und $^3/_4$ Jahr später die Unnachgiebigkeit des neugebildeten Fascienstreckbandes konstatieren konnte. — Letzthin ist auch der eigentliche Urheber der klassischen Patellarnaht, Lord Lister, mit einer Publikation[3] hervorgetreten, welche den erwähnten Schwierigkeiten Rechnung trägt und in veralteten Fällen zweizeitig zu operieren, die Fragmente aber präliminar durch eine Drahtschlinge möglichst einander zu nähern empfiehlt.

Unter solchen Umständen erscheint es mir gerechtfertigt, die Aufmerksamkeit auf eine verhältnismäßig einfache und allgemein anwendbare Methode zu lenken, welche bei absoluter Schonung der Muskulatur und ohne Schädigung des fibrösen Gelenkapparates eine straffe unnachgiebige Verbindung der Bruchstücke auch bei größerer Diastase gewährleistet.

Ich spaltete das dicke Lig. patellae in frontaler Ebene, verlängerte den Lappen, soweit erforderlich, nach unten durch Ablösung des Periosts von der Tibia, klappte ihn nach oben um, präparierte ihn gegen die Bruchfläche des unteren Fragmentes hin los und befestigte ihn mit Seidenknopfnähten unter einer periostalen Brücke des oberen Fragmentes, die von zwei Querschnitten aus in einer Breite von 1 bis $1^1/_2$ cm geschaffen wurde. Zur Sicherung der Fixation und für die Ernährung des Lappens dürfte eine derartige Brückenbildung nicht belanglos sein. Zum Schluß raffte ich den insuffizienten Reservestreckapparat mit einigen Nähten zusammen.

Das Verfahren kam bei einem 53jährigen Pat. zur Anwendung, der sich vor 2 Monaten eine Patellarfraktur mit 7 cm betragender Diastase der Fragmente und vollständigem Verlust der Streckfähigkeit zugezogen hatte. Die im vorliegenden Falle besonders schlechten Gewebsverhältnisse hatten mich veranlaßt, von einer Spannung des ligamentösen Lappens abzusehen. Der Kranke wurde nach 1 Monat geheilt entlassen, nachdem er schon 1 Woche früher das Knie aktiv fast in normalem Umfange zu strecken vermochte.

---

22) K. Schmidt (Leipzig). Über Technik und Wirkung der Stauungshyperämie und ihre Verwendung in der Praxis.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 36—39.)

Der Verf. schildert sehr genau die Technik der Hyperämiebehandlung, wie er sie angewendet hat, und die sich nicht von den Bier'schen Vorschriften unterscheidet. Die anfänglichen technischen Schwierigkeiten hält er für leicht überwindlich, und er hat sich mit allen Einzelheiten der Behandlung sehr befreundet mit Ausnahme der Saugstiefel. Besonders hebt er auch seine guten Erfahrungen auf dem Gebiete der akuten Infektionen hervor. »Wer das Glück hat, seine ersten Versuche mit der Hyperämie an Mastitiden oder akuten Trippergelenken anstellen zu können, wird ein begeisterter Anhänger dieser Methode werden und sich auch durch vereinzelte Fehlschläge nicht von ihr abwendig machen lassen.«

Schmieden (Berlin).

23) H. Brongersma (Amsterdam). Quelques observations sur la prostatectomie transvésicale.

(Extrait du bull. de l'assoc. française d'urologie. Evreux 1908.)

Verf. hat 34 gutartige Hypertrophien und 11 Karzinome der Prostata auf transvesikalem Wege operiert; der jüngste Pat. zählte 50, der älteste 87, die Groß-

---

[2] Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.

[3] Brit. med. journ. 1908. April 11.



zahl 65—70 Jahre. Die entfernten Drüsen wogen 15—284 g. Die Diagnose wurde mit Kugelbougies, durch Sonden-, Mastdarm- und cystoskopische Untersuchung gesichert, die Nierenfunktion mit der Indigokarminprobe allein oder kombiniert mit der experimentellen Polyurie nach Albarran geprüft. Präoperative Vorbehandlung der Cystitis mit Verweilkatheter und Silbernitratspülungen; die Operation selbst geschieht von einem vertikalen Medianschnitt aus nach der allgemein üblichen Technik, bei starker Blutung Gazetamponade des Drüsenbettes und der Blase, sonst Röhrendrainage; Naht der Bauchwunde in zwei Etagen, wobei zwei tiefe Nähte die Blase an der Bauchwand fixieren. In der Nachbehandlungsperiode wird die Blase 2mal täglich durch einen durch das Drain eingeführten Nélatonkatheter gespült, vom 10. Tage an eine Verweilsonde eingelegt, die weggelassen wird, sobald kein Urin oder Spülwasser mehr durch die Wunde fließt; Heilung in 3—6 Wochen.

Von den 34 wegen gutartiger Hypertrophie Operierten starben 6 = 17,7% an Niereninsuffizienz, Herz- und Lungenaffektionen, Septhämie, Chok. Von den 28 Geheilten konnten 27 nach 3—8 Monaten gut urinieren, einer, dem die Prostata nur teilweise entfernt worden war, behielt eine Retention von 100 ccm; eine schwere postoperative Epididymitis machte die Kastration notwendig; in einem Falle kam es zur Bildung von Steinen im Prostatabette, die dann spontan ausgestoßen wurden. Fernresultate: in 24 vor 4½ Jahren operierten Fällen normale Harnentleerung, in einem Falle eine geringe Strikturierung, in vier Fällen Potentia coëundi et ejaculandi.

Bei der karzinösen Hypertrophie haben von elf Pat. nur fünf die Operation überlebt; von diesen letzteren starben zwei 3—6 Monate später an Metastasen, einer nach 21 Monaten an Kachexie, zwei sind 6 Monate nach der Operation noch wohl. Ursache der sechs Operationstodesfälle war 3mal Blutung, je 1mal Septhämie, Pneumonie, Kachexie; in vier Fällen war die Blase bereits mit ergriffen. Die Operation war stets sehr mühsam, mehr ein Herausreißen; immer wurden die miterkrankten Ductus ejaculatorii mit entfernt. Sobald die Ausschälung Mühe macht, handelt es sich immer um Karzinom. In sieben Fällen wurde die Diagnose vor der Operation, in den vier anderen erst histologisch gestellt. Die direkte Operationsmortalität ist bei perinealem und transvesikalem Vorgehen gleich hoch, letzteres ist einfacher und kürzer dauernd; Mastdarmverletzungen und Incontinentia urinae sind bei der Dammoperation häufiger, dagegen der Chok geringer. Bei diagnostiziertem Karzinom empfiehlt sich die perineale, bei erst während der Operation festgestellter Diagnose eine kombiniert transvesikal-perineale Operation.

Die Indikationen zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophien gibt B. folgendermaßen: Im Beginne des Leidens, wenn keine oder eine akute komplette Retention vorliegt, besteht nur eine bedingte Indikation, da die Prostatiker bei bestimmtem Regime lange Jahre bei geringen Beschwerden leben können; bei der Häufigkeit des Karzinoms (10—25% der Hypertrophien!) ist es jedoch besser, früh zu operieren. Inkomplette chronische Retention mit oder ohne Dilatation, komplette chronische Retention, kleine, harte, noch nicht höckrige, mit fibrösen Prostatahypertrophien so leicht zu verwechselnde Karzinome bilden bei ordentlichem Allgemeinbefinden und gesicherter Nierenfunktion eine absolute Indikation. Große höckrige Geschwülste und die diffuse prostato-pelvische Karzinomform Guyon's sollen nicht mehr operativ angegangen werden.

K. Henschen (Tübingen).

24) **W. Liebl.** Über retrovesikale und retroprostatische Cysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 16.)

Die Arbeit basiert auf einem de Quervain gehörigen Fall, ein retroprostatisches Lymphangioma cysticum bei einem 46jährigen Manne betreffend. Er hatte vor 20 Jahren einen ziemlich langwierigen Tripper durchgemacht, ohne Folgen davon zurück zu behalten, war jetzt aber vor Monaten an Miktionsbeschwerden, Pollakiurie, Tenesmus, später Retentionen erkrankt, die schon häufig den Katheterismus vernotwendigt hatten. Wegen Urinretentionen wurde Pat. auch von

de Quervain binnen mehr als 3 Jahren wiederholt behandelt und insbesondere vier größeren Operationen unterzogen. Es handelte sich bei letzteren im wesentlichen um Dammeinschnitte, teils mit, teils ohne Eröffnung der übrigens (von einem falschen Weg abgesehen) normalen Harnröhre und um Inzisionen und Resektionen einer sich vorfindenden und hartnäckig rezidivierenden Geschwulst zwischen Prostata und Mastdarm. Diese Geschwulst war cystös und entleerte bei den Eingriffen aus verschiedenen Hohlräumen je 100, aber auch 200—300 ccm meist klarer Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung von Cystenwandteilen ergab Bindegewebe mit Endothel- (nicht Epithel-) Auskleidung. Die Größe der Geschwulst wurde bei den verschiedenen Eingriffen ungleich befunden, zuletzt ungefähr halbfaustgroß, saß ferner zuerst nur über, später auch unter dem Levator ani, sich am Damm als vortretende Wölbung markierend. Die partiellen Exzisionen aus der Geschwulst, die Entleerung ihrer Höhlen machten jedesmal auf gewisse Zeit die Harnentleerung frei, und ist nach dem letzten Eingriffe, Dezember 1906, Pat. ohne Beschwerden geblieben, obwohl eine Radikaloperation nicht stattgefunden hat.

Dem eigenen Falle hat L. sämtliche in der Literatur aufgefundene Parallelfälle, in folgende vier Gruppen geteilt, zur Seite gestellt: 1) Epitheliale Cysten in der Prostata, sieben Beobachtungen von Cysten, die vom Prostatagewebe ausgingen, vier solche von Cysten des Utriculus prostaticus. 2) Retrovesikale Epithelcysten, acht Fälle, retroprostatische und retrovesikale Dermoidcysten, zwei Fälle. 3) Retrovesikale Endothelcysten, ein Fall von Lymphangioma cavernosum cysticum. 4) Echinokokkuscysten; intraperitoneale fünf Fälle, retrovesikale elf Fälle. In der Allgemeinbesprechung findet sich das Resultat, daß in allen diesen Fällen das Symptom der Miktionsstörung charakteristisch in den Vordergrund tritt, während Schmerzen nie beobachtet sind. Die Prognose gestaltet sich nicht sehr günstig. Operativ-therapeutisch sind verschiedene Methoden mit nicht immer befriedigenden Resultaten versucht, insbesondere Punktion und Inzision vom Mastdarm oder vom Damm aus, aber auch Radikaloperationen, denen in neuerer Zeit der Vorzug gegeben ist. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 27 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **B. N. Cholzow.** Zur klinischen Diagnose der Nierenanomalien.
(Russki Wratsch 1908. Nr. 38.)

54 Jahre alter Mann mit chronischer Lungentuberkulose, Arteriosklerose, chronischer parenchymatöser Nephritis, einer faustgroßen Geschwulst in der rechten Leistengegend. Cystoskopie: Fehlen der linken Harnleiteröffnung, der linken Hälfte des Trigonum Lieutaudii. C. führte in den rechten Harnleiter bis zum Nierenbecken einen mit einem Metallmandrin versehenen Katheter ein und fand bei Röntgenbeleuchtung, daß er in der Gegend des rechten Ileosakralgelenkes endigte. Diagnose: Nierendystopie. Die Sektion zeigte Agenesie der linken und Dystopie der rechten Niere. Zwei Figuren zeigen das Röntgenbild und das aus der Leiche gewonnene anatomische Präparat. **E. Gückel** (Spassk, Rjasan).

26) **Wintermitz.** A case of sigmoid kidney.
(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. August.)

Die Nieren eines 5 Monate alten Kindes waren derartig zusammengewachsen, daß der untere Pol der normal gelagerten linken Niere durch eine zylindrische Masse von Nierenparenchym ununterbrochen mit dem oberen Pole der darunter gelagerten rechten Niere zusammenhing; beide Nieren bildeten eine S-förmige Masse. Die Blutgefäßversorgung der oberen linken Niere war normal, die der rechten Niere anormal. Die Harnleiter mündeten an normaler Stelle in die Blase. Näheres im Original. Abbildung. **W. v. Brunn** (Rostock).

27) **Kato und Kotzenberg.** Über das Verhalten des arteriellen Blutdruckes bei chirurgischen Nierenerkrankungen und Appendicitis.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVIII. p. 404.)

Verff. haben zweimal am Tage während eines längeren Zeitraumes systematisch den systolischen Blutdruck bestimmt bei 17 Nierenerkrankungen, darunter 11 ein-

seitigen, bei 5 Blinddarmerkrankungen, 2 Bauchhöhlengeschwülsten und einem Falle von Gallensteinleiden in der Absicht, eventuell für die Differentialdiagnose wertvolle Momente herauszufinden.

Dabei ergab sich in den Fällen einseitiger Eiterniere Druckerhöhung, die mit dem Abklingen des Eiterungsprozesses abfiel. Sodann ließ sich die bekannte Druckerhöhung bei doppelseitigen Nierenerkrankungen bestätigen. Die nicht entzündlichen Prozesse der Bauchhöhle hatten keinen Einfluß auf die Blutdruckkurven, dagegen fand in den Fällen von akuter oder subakuter Appendicitis eine auffällige Steigerung des Blutdruckes bis zu einer Höhe, wie sie selbst bei chronischer Nephritis und Arteriosklerose nicht zur Beobachtung kam.

Wenngleich die skizzierten Resultate noch kein abschließendes Urteil gestatten, so regen doch speziell die Ergebnisse bei Appendicitis zu weiterer Nachprüfung an, ob die Methode nicht ein Hilfsmittel zur Differentialdiagnose entzündlicher Prozesse der Bauchhöhle abgibt. Bei Nierenerkrankungen aber sind praktisch verwertbare Resultate nicht zu erwarten. **Reich** (Tübingen).

28) **Gage and Beal.** Fibrinous calculi in the kidney.
(Annals of surgery 1908. September.)

Eine Pat., die in jungen Jahren mehrfach an Blutharnen gelitten hatte, erkrankte später an Nierensteinkoliken mit zeitweiligem Abgang von kleinen Steinen. Cystoskopisch war an der Blase nichts zu sehen; der sowohl aus dem rechten wie linken Harnleiter entleerte Urin zeigte Eiweiß und Harnsäurekristalle; da aber die Nierensteinkolik stets rechts gewesen war, wurde die rechte Niere freigelegt. Sie erwies sich als völlig ausgestopft von über 100 kleinen facettierten Steinen und wurde deshalb exstirpiert. Die Untersuchung dieser wie Gummi weichen Steine ergab, daß sie aus phosphorsaurem Kalk bestanden; nach der Entkalkung zeigte sich ein deutliches, aus Fibrin bestehendes Netzwerk. Verff. nennen diese Steine daher Fibrinsteine, und sie glauben, daß sie mit den frühen Hämaturien in ursächlichem Zusammenhange stehen. **Herhold** (Brandenburg).

29) **G. Gatti.** Die Nierenentkapselung bei chronischer Nephritis.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXVII. Hft. 3.)

G. gibt eine Übersicht über die bisherigen Veröffentlichungen, die das Thema der Nierenentkapselung bei chronischer Nephritis behandeln. Im einzelnen wird referiert über die Resultate des Verfahrens, über die klinischen Beobachtungen der Nierenfunktion nach dem Eingriff, über die Widerstandsfähigkeit der Nephritiker gegenüber der Operation, ferner über die bisher publizierten experimentellen Arbeiten und die durch die Entkapselung bewirkten Veränderungen des Nierengewebes. Im Anschluß daran wird genauer eine eigene Beobachtung des Verf.s selbst beschrieben, der bei einem Pat. mit chronischer Glomerulonephritis interstitialis mit parenchymatösen Veränderungen in zwei Sitzungen beide Nieren entkapselte. Nach diesen Eingriffen trat eine Besserung des Allgemeinbefindens ein. Die Ödeme nahmen ab, das Herzklopfen, die Appetitlosigkeit und die Mattigkeit schwanden, so daß Pat. wieder 1½ Jahre lang seine Arbeit verrichten konnte. Der Prozeß erwies sich trotz alledem aber als fortschreitend und führte unter urämischen Erscheinungen zum Tode. Da sowohl bei der chirurgischen Autopsie wie nach dem Tode Stücke der Nieren mikroskopisch untersucht werden konnten, ließ sich auch anatomisch das Fortschreiten des nephritischen Prozesses und der mangelhafte Erfolg der Operation nachweisen. Es bildete sich um die Nieren herum sogar eine sehr dicke, aber gänzlich gefäßarme Kapsel, so daß von einer besseren Blutgefäßversorgung der Nieren gar keine Rede sein konnte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

30) **Busch, Leonard and Wright.** Further results in suprarenal transplantation.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. August 22.)

In einer früheren Mitteilung berichteten Verff. über 32 Fälle von Transplantation einer Nebenniere nach völliger Entfernung der anderen in die Niere des-

selben Versuchstieres. Nur einmal konnte das Überleben der Nebenniere mit Erhaltung der Markzelle sicher nachgewiesen werden.

Verff. haben jetzt neue Versuche gemacht und bei 30 Tieren die Nebenniere anderer Tiere derselben Art in die Schilddrüse, den Hoden und die Nieren eingepflanzt. Nur die Einpflanzung in die Nieren ergab positive Resultate. Verff. beschreiben dann ihre Technik. Zusammenfassung: Nur bei drei Fällen konnte ein Weiterfunktionieren und Einheilen der Nebenniere mit voller Erhaltung nachgewiesen werden; bei einigen anderen war wohl ein Bestehen der Funktion, aber kein sicherer anatomischer Nachweis des Einheilens nachzuweisen. Die Niere ist das geeignetste Organ zur Einpflanzung der Nebenniere. Die längste beobachtete Zeit der Einheilung mit guter Funktion ist 247 Tage. Verbesserte Technik verspricht bessere Ergebnisse. **Trapp** (Bückeburg).

31) **Beilby.** A clinical study of hypernephroma with pathological reports.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VII. Nr. 3.)

Die Studie beruht auf 11 Fällen, bei denen die Geschwulst operativ entfernt wurde, und vier zufällig bei der Sektion gefundenen. Die Untersuchungen wurden im Bender-Laboratorium in Albany-N. Y. gemacht. — Zwei von den Geschwülsten nahmen die normale Stelle der Nebenniere ein und wurden bei der Sektion entdeckt, waren nicht bösartig. Die anderen lagen im Nierengewebe. Auch von diesen wurden zwei bei der Sektion gefunden, die anderen nach operativer Entfernung untersucht. Eine nähere Beschreibung sowohl der Sektionsbefunde wie der klinischen Fälle ist gegeben; ein eingehendes Referat würde zu weitläufig sein. Das Gesamtergebnis kann man zusammenfassen in folgendem: 1) Die Symptome der Geschwulst waren in keinem Fall auf die Art derselben zu beziehen; sie bestanden in Schmerz, Blutharnen, Geschwulstbildung. Die Schmerzen waren nach Ansicht des Verf.s wesentlich auf mechanische Störungen durch Blutgerinnsel zurückzuführen, hatten nichts Charakteristisches. Geschwulstbildung wurde selten und dann als spätes Symptom beobachtet. In einzelnen Fällen und gerade solchen, bei denen die Geschwulst in der Niere selbst lag und das Nierenbecken befallen hatte, fehlte die Hämaturie. 2) Die Diagnose ist infolge dieses Verhaltens kaum zu stellen. B. schlägt Blutdruckuntersuchungen vor, da bei Vermehrung des Nebennierengewebes dessen Steigerung nicht unwahrscheinlich sei. Einzelne Beobachtungen in dieser Hinsicht liegen vor, jedoch sind sie noch ungenügend. 3) Prognose. Wenn die Geschwulst zeitig entfernt wird, ist sie gut. Die von B. nachbeobachteten operierten Fälle sind sämtlich am Leben und gesund, einer davon $5^1/_2$ Jahre. 4) Metastasen hat er bei seinen Fällen nicht gefunden.

Trapp (Bückeburg).

32) **Pels-Leusden.** Zum Mechanismus der Strangulationen des Penis und deren Beseitigung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Mitteilung eines Falles von Strangulation des Penis durch einen zur Verhütung der Konzeption übergestülpten Messingring, der $5^1/_2$ Stunden gesessen hatte. Vom Sulcus coronarius war der Ring an die Peniswurzel gewandert, da durch die immer stärker werdende Blutfüllung des distal von dem Ringe gelegenen Teiles des Penis ein Druck auf den Ring in perinealer Richtung ausgeübt wurde.

Zur Entfernung erwies sich die Giglisäge wieder sehr geeignet, die P. bei Kupfer, Messing, Gold und Schmiedeeisen mit Erfolg angewandt hat.

Langemak (Erfurt).

33) **Johnston.** Hermaphrodism.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. VII. Nr. 2.)

Bei einem 23jährigen Manne, der völlig wie ein kräftig entwickelter Mann gebaut war, einen Penis und Scrotum von normaler Größe hatte, aber dessen Hoden fehlten, sollte ein rechtsseitiger eigroßer Leistenbruch operiert und dabei



der Versuch gemacht werden, den vermuteten Leistenhoden herabzuziehen. J. fand in dem Bruchsack ein strangförmiges Gebilde, umgeben von ausgedehnten Venen. Bei Zug an dem vermeintlichen Samenstrange kamen Teile zum Vorschein, die sich bei näherer Betrachtung als Fundus uteri mit gut entwickelten Tubenenden und Ovarien herausstellten. Diese wurden reponiert und der Leistenkanal geschlossen. J. führt dann noch ähnliche Fälle aus der Literatur an.

Trapp (Bückeburg).

34) **H. L. Posner.** Beiträge zur Kenntnis der Azoospermie.

Inaug.-Diss., Berlin, 1908.

P. berichtet über 18 neue Fälle, in denen die diagnostische Hodenpunktion zur Ermittelung der erloschenen oder noch bestehenden Spermatogenese ausgeführt wurde. In 16 Fällen wurden wohlausgebildete Spermatozoen gefunden, in zwei Fällen fehlten dieselben. Punktionen an Gesunden (auch an der Leiche) hatten stets schon beim ersten Versuch ein positives Ergebnis.

Zur Punktion verwendet man sterile, dünnste Kanülen und sog. Bier'sche Spritzen. Bei einseitiger Epididymitis wird die erkrankte Seite punktiert. Blutung tritt dabei nicht auf.

Die Spermien im Hoden sind bewegungslos. Sie erhalten ihre Beweglichkeit erst unter dem Einfluß des Prostata- und Samenblasensekretes. Auch das mikrochemische Verhalten der Punktionsflüssigkeit weicht von dem des Ejakulats ab. Sie gibt weder die Florence'sche noch die Barberio'sche Reaktion.

Im Gegensatz zu der großen Zahl der positiven Fälle bei Azoospermie infolge Obliteration der samenleitenden Wege steht das Resultat einer Statistik von sieben Fällen, bei denen Gonorrhöe und Nebenhodenentzündung in der Ätiologie nicht zu ermitteln waren. Unter diesen sieben Fällen wurden nur in einem Falle Samenfäden gefunden. Die Ursache der Azoospermie war in diesen Fällen nicht Verschluß der Samenkanälchen des Nebenhodens, sondern Schwund des funktionierenden Hodenparenchyms.

Revenstorf (Hamburg).

35) **J. Jianu u. Pitulescu** (Bukarest). Die Untersuchung des Blutes in Fällen von Gebärmutterkrebs, behandelt mittels Unterbindung des Bogens des Ductus thoracicus.

(Spitalul 1908. Nr. 18.)

Bekanntlich wurden in der Abteilung von Severeanu einige Fälle von Gebärmutterkrebs mittels Unterbindung des Ductus thoracicus behandelt, um eine lymphatische Stauung hervorzurufen und durch dieselbe auf das Neugebilde einzuwirken. Die Resultate waren relativ gute, und wird diese Operationsmethode noch weiter ausgebildet werden. Außerdem wurden bei den Operierten Blutuntersuchungen vorgenommen und hierbei folgendes gefunden.

Die Anzahl der roten Blutkörperchen war vor und nach dem Anlegen der Ligatur die gleiche und blieb es auch bis zum 20. Tage, an dem die letzten Untersuchungen vorgenommen wurden. Hingegen erfuhr die Zahl der weißen Blutzellen eine erhebliche und rasche Verminderung; schon 7 Stunden nach der Unterbindung war sie in dem einen Falle von 16000 auf 13000 und in dem anderen von 13000 auf 10500 pro Kubikmillimeter gesunken. In ersterem Falle war der Abfall ein stetiger und erreichte am 20. Tage 7000 pro Kubikmillimeter, während im anderen Falle das Minimum mit 8000 weißen Blutkörperchen bereits am 8. Tage erreicht war, von wann ab eine gleichmäßige Steigerung stattfand, so daß am 20. Tage 11000 Blutkörperchen gezählt wurden.

Die kleinen Lymphozyten zeigen während der ersten 24 Stunden nach der Unterbindung eine stetige Abnahme ihrer Zahl; es folgt dann wieder eine Zunahme, doch nur sehr allmählich, so daß erst nach 13—14 Tagen die ursprüngliche Anzahl wieder erreicht ist, ja, dieselbe wird in weiterer Folge sogar bei weitem überstiegen. Die Übergangsformen und eosinophilen polynukleären Zellen zeigen keine Änderung ihrer Anzahl, während die neutrophilen zuerst einen Anstieg und dann einen Abfall durchmachen. Die großen Mononuklearen nehmen ab, doch trat in dem einen Falle später wieder eine leichte Zunahme auf.

Aus der geringen Anzahl der bis nun operierten Fälle können keine weiteren Schlüsse gezogen werden; jedenfalls zeigt der Blutbefund nach der Operation, daß wenigstens für eine gewisse Zeit der Erguß der kleinen Lymphocyten in den allgemeinen Blutkreislauf teilweise gehindert wird. **E. Toff** (Braila).

36) **Puyol.** Quiste del ovario en una niña de diez años.
(Revista méd. del Uruguay Bd. X. Nr. 6.)

Bei einem 10jährigen Mädchen, das ganz plötzlich unter den Symptomen einer schweren Appendicitis erkrankte, ergab die sofort vorgenommene Operation eine Ovarialcyste von der Größe eines fötalen Kopfes, die im linken Ovarium saß. Der Stiel war zweifach torquiert. Glatte Heilung. **Stein** (Wiesbaden).

37) **Putti.** Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und Behandlung des angeborenen Hochstandes des Schulterblattes.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 5.)

Genaue Beschreibung eines Falles:

Ein 3jähriges Kind, von luetischem Vater abstammend, zeigt keine Erscheinungen von Lues. P. findet bei ihm eine ziemlich starke Vergrößerung des Schulterblattes, das im übrigen normal ist, ferner die von Kausch beschriebene mangelhafte Entwicklung des unteren Bündels des Trapezius; zwischen erstem Brustwirbel und dem inneren Rande des Schulterblattes sieht man auf dem Röntgenbild eine knöcherne Verbindung; mit dem Schulterblatt ist diese Knochenbrücke nur locker verbunden, dagegen unbeweglich mit dem Querfortsatze des ersten Brustwirbels; das spricht gegen die skapulare Genese der Knochenspange; auch haben wir es nicht mit einem Produkt einer Muskelossifikation zu tun, da die Knochenspange histologisch deutlich den Bau eines langen Röhrenknochens zeigt mit Muskelinsertionen. Verf. beschreibt weiter die dabei auftretende Skoliose und die craniofacialen Asymmetrien und visceralen Anomalien. Er faßt seine Ausführungen wie folgt zusammen:

»1) In unserem speziellen Falle sind Schulterblatthochstand sowie die anderen denselben begleitenden Deformitäten auf die hereditäre Lues als ätiologischen Faktor zurückzuführen (paraheredosyphilitische Erscheinungen).

2) Der Hochstand des Schulterblattes ist gleich wie die angeborene Leistenhernie, der Anus vulvaris, das Fehlen einer halben Rippe, als ein Stehenbleiben im Evolutionsrhythmus des Embryo aufzufassen.

3) Das skapulovertebrale Knochensegment ist ein Vertebralelement, ein kostiformer Fortsatz, entstanden zur Stütze einer anormalen Schichtung der Muskulatur infolge einer Störung in der Metamerie und Differenzierung der Myomerenelemente der Gegend. Die Verbindung mit der Scapula ist nicht eine Funktion des anormalen Segmentes, sondern eine Folge des primären Kontiguitätsverhältnisses beider Knochen.

4) Die craniofacialen Asymmetrien als assoziirte Phänomene des angeborenen Schulterblatthochstandes sind als das Produkt einer Adaptierung des Schädelskeletts an die statischen Verhältnisse der Halswirbelsäule anzusehen.

5) Der gänzlich neue Befund einer extrarachidialen, aber nicht mit der Gegend, die der Sitz einer evolutiven Störung ist, zusammenhängenden Hypertrichose modifiziert die morphogenetischen Hypothesen der Hypertrichose.

6) Der Fall lehrt, daß die auf einer richtigen Deutung der Pathogenese der Deformität beruhende chirurgische Behandlung des angeborenen Hochstandes des Schulterblattes ein recht gutes orthomorphisches und funktionelles Resultat liefern kann.« **Gaugele** (Zwickau).

38) **V. Bülow-Hansen.** Et tilfaelde of kongenital komplet radiusdefekt opereret efter Bardenheuer's methode.
(Norsk Mag. for Laegevidenshaben 1908. Nr. 10.)

Fünfmonatiges Kind mit doppelseitigem Radiusdefekt, Fehlen des Daumens, des Metacarpus I, des Os naviculare und des Os multangulum majus. Die nach

der Radialseite verschobenen Hände stehen im rechten Winkel zum Unterarm und sind auffallend kurz und atrophisch. Die Operation wurde in zwei Sitzungen mit einem Zwischenraum von einem Monat ausgeführt. Spaltung des unteren Endes der Ulna. Fixierung des Carpus in der auf diese Weise hergestellten Gabel des Vorderarmknochens. 6 Wochen Gipsverband. Kontrolle des Ergebnisses durch Röntgenogramm nach 3 Jahren. Wenn auch die eine Hand noch etwas winklig zum Unterarm steht, ist die Beweglichkeit nach allen Richtungen uneingeschränkt. Der Zeigefinger hat sich etwas in Opposition zu den übrigen Fingern gestellt und ersetzt teilweise den fehlenden Daumen. **Revenstorf** (Hamburg).

39) **H. v. Salis.** Zur Frage der blutigen Reposition bei Luxatio genu congenita.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCIV. p. 149.)

v. S. beschreibt eine von schönem Resultate gefolgte Operation Hübscher's (Basel) wegen angeborener Knieverrenkung bei einem $^5/_4$jährigen Mädchen. Es handelte sich (vgl. Röntgenbild) um eine totale Verrenkung der Tibia nach vorn bei Mangel der Kniescheibe mit Kniehyperextension und relativer Verkürzung der Quadricepssehne, sowie gleichzeitigem Klumpfuß. Durch Ablösung der das Knie deckenden Haut in Halbmondform wurde die Quadricepssehne freigelegt und mittels der Bayer'schen für die Achillessehne angegebenen Schnittführung plastisch verlängert, wobei bei Ablösung der einen Sehnenlängshälfte von ihrer tibialen Insertion ein Stück der Tuberositas tibiae ausgelöst wurde, um als neue künstliche »Kniescheibe« in die Sehnennaht mit versenkt zu werden (vgl. 3 Figuren, die diese schön durchdachte Plastik erläutern). Die Gelenkreposition gelang erst nach bilateraler Quertrennung der vorderen Gelenkkapsel rechts und links von der Strecksehne. Dann Gipsverbände, auch über dem redressierten Klumpfuß, sowie Beseitigung einiger überzähliger Zehen. Zur Zeit der Berichterstattung ($1^1/_2$ Monate nach der blutigen Kniereposition) kann das Kind sein Bein schon zum Stehen benutzen (Abbildung), aktive Kniestreckung ist noch nicht möglich.

Kurze Erwähnung der sonst zur Behandlung des Leidens veröffentlichten Operationsmethoden, von denen v. S. die Resektion und Arthrodesis für nicht mehr zulässig hält. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

40) **Dockk.** Un cas d'absence congénitale, du péroné.

(Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers 1907. Dezember.)

Das betreffende Mädchen, 15 Monate alt. zeigt neben dem Fehlen der rechten Fibula mit starker konvex nach vorn gerichteter Krümmung der Tibia $5^1/_2$ cm Verkürzung des Beines, starke Pes varo-equinus-Haltung. An beiden Füßen sind nur die 1.—4. Zehe und der 1.—4. Metatarsus vorhanden; die linke Hand hat nur einen Daumen und zwei Finger, nur drei Mittelhandknochen sind vorhanden, der ganze linke Arm ist verkürzt um $2^1/_2$ cm, Umfang um $1^1/_2$ cm geringer als rechts. Die Behandlung wird orthopädisch sein, vielleicht Vereinigung von Calcaneus und Tibia und Gang wie bei Wladmiroff-Mikulicz. — Heredität nicht nachweisbar. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

41) **B. Kilvingston.** An unusual deformity of the foot.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 29.)

K. beschreibt eine doppelseitige, angeborene Deformität am Fuße eines 12jährigen Knaben, die theoretisch großes Interesse hat, da K. sie als einen Rückschlag ansieht wegen ihrer großen Ähnlichkeit mit dem Fuße der anthropoiden Affen. Es handelt sich um eine auffallende Verkürzung des ersten Metatarsus um mehr als die Hälfte. Da dem Knaben ein wichtiger Stützpunkt für sein Körpergewicht auf diese Weise fehlte, so verlegte er seine Gehfläche mehr auf die Außenseite des Fußes und ersetzte das ihm fehlende Metatarsalköpfchen durch Plantarflexion der Großzehenphalangen, deren Spitze dem Boden aufruht. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse beim Greiffuß der anthropoiden Affen, die gleichfalls mehr auf der Außenfläche der Fußsohle gehen und eine verkürzte, daumenartige Großzehe haben. **Weber** (Dresden).

42) **F. Wette.** Zwei Fälle von Luxation im Metatarsophalangealgelenk. Doppelseitiger Abriß der Streckaponeurose am Mittelfinger. (Aus der orthopäd. Klinik des verstorbenen Prof. Hoffa.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 37.)

In den ersten 2 Fällen handelte es sich um eine dorsale, bzw. plantare Verrenkung der drei mittleren Zehen im Metatarsophalangealgelenk; die Reposition gelang in dem einen durch Händedruck und -zug am Vorfuß leicht, in dem Falle von dorsaler Verrenkung dagegen auch nicht auf blutigem Wege, so daß die Köpfchen der Metatarsi reseziert werden mußten. Das Resultat war ein gutes. In dem Falle von Abriß der Aponeurose war die Verletzung beim Strumpfausziehen dadurch entstanden, daß der rechte Mittelfinger zwischen Strumpf und Strumpfband hängen blieb; später kam auch am linken Mittelfinger dieselbe Verletzung in gleicher Weise zustande; das Endgelenk blieb in Beugestellung stehen und ließ sich aktiv nicht mehr strecken. Pat. war dadurch im Gebrauch des Fingers nicht behindert.

Kramer (Glogau).

43) **Wiesel.** Diagnose einer Periostablösung am Metatarsus II dexter. durch Röntgenographie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 2.)

Bei einem 40jährigen Tabiker, der sich mit 20 Jahren luetisch infiziert hatte, trat eine starke Schwielenbildung auf der Fußsohle ein (entsprechend der Lage des dritten Metatarsus), die später vereiterte. Auf dem Röntgenbild sah man, daß sich an dem dritten Metatarsus das Periost abgelöst hatte. Eine spezifische Behandlung war ohne nennenswerten Einfluß.

Verf. nahm die Amputation der Zehe und die Exstirpation des Metatarsus vor, wobei er seine Diagnose bestätigt fand. Die Heilung erfolgte prompt.

Der Fall lehrt also, daß man Tabiker öfters als es bisher geschehen röntgenographieren soll, da das, was man lediglich auf Rechnung der Trophoneurose zu setzen geneigt ist, auch durch anatomische Veränderungen bedingt sein kann.

Gaugele (Zwickau).

44) **Couteaud.** Étude sur l'orteil en marteau.

(Revue de chir. XXVIII. ann. Nr. 7.)

In schweren Fällen von Hammerzehe nimmt C. unter örtlicher Betäubung die Resektion des verkrümmten Gelenkes mit der Giglisäge und die Durchschneidung der Beugesehnen von einem einzigen Dorsalschnitt aus vor, um die störende plantare Narbe zu vermeiden. In leichteren Fällen genügt die Resektion eines oder beider Gelenkenden ohne Sehnendurchschneidung.

C. hat die Hammerzehe übrigens auch bei einigen stets nacktfüßig gehenden, stark mit Syphilis durchseuchten und vielfach auch mit anderen Mißbildungen der Glieder behafteten Stämmen der Hochebenen von Madagaskar, oft zusammen mit Abduktionskontrakturen der Zehen, beobachtet. Es kann also nicht ausschließlich das Überragen der zweiten Zehe über die anderen und ihre Beengung durch schlechtes Schuhwerk die Veranlassung des Leidens sein.

Gutzeit (Neidenburg).

45) **E. Martini.** Über einen neuen Apparat für die Behandlung der schrägen oder komplizierten Frakturen des Beines.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Beschreibung eines Apparates, der den Vorteil bietet, daß er die Bruchstelle nach Reposition und Immobilisierung des Gliedes frei und sichtbar läßt, so daß er sich ganz besonders auch für komplizierte Frakturen der unteren Extremitäten eignet.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 52. Sonnabend, den 26. Dezember. 1908.


Hermann Haertel · Breslau I.
Weidenstraße 33.
1819 gegr. Stammhaus.
Fabrik chirurgischer Instrumente,
Bandagen, orthopäd. Apparate.
Instrumentenmacher der kgl. Universitäts-Kliniken
in Breslau, sowie vieler Krankenhäuser Schlesiens.


Neu: Probeexcisionszange
nach Dr. Gotthard Schubert.


Kraft u. Appetit
aus
Fleisch. Chinarinde
Kalk-Lactophosphat
erzeugt
Vial's tonischer Wein
L. & H. VIAL & UHLMANN, FRANKFURT a. M.

Internationale Bibliographie.

Braun, M., u. *M. Lühe*, Leitfaden zur Untersuchung der tierischen Parasiten des Menschen u. der Haustiere f. Studierende, Ärzte u. Tierärzte. (VII, 186 S. mit 100 Abbildgn.) gr. 8⁰. Würzburg, C. Kabitzsch '09. 5.20; geb. 6.—

Breuer, Jos., u. *Sigm. Freud*, Studien üb. Hysterie. 2. unveränd. Aufl. (VII, 269 S.) gr. 8⁰. Wien, F. Deuticke '09. 7.—

Calcar, R. P. van, Dialyse, Eiweißchemie u. Immunität. (XI, 81 S. m. Fig.) gr. 8⁰. Leiden, S. C. van Doesburgh. — Leipzig, J. A. Barth '08. 3.—

—— Immunitätsreaktionen u. einige ihrer prakt. Verwendungen f. Klinik u. Laboratorium. (VII, 134 S.) Lex.-8⁰. Leiden, S. C. van Doesburgh. — Leipzig, J. A. Barth '08. 5.—

Creighton, Charles, Contributions to the physiological theory of tuberculosis. Roy.-8⁰. Lond., Williams & Norgate. 12 s. 6 d.

Dubreuilh, W., Précis de dermatologie, 3me éd. (550 pag. av. fig.) Paris, O. Doin. (Coll. Testut.) fr. 7.—

Eden, T. W., A manual of midwifery. 12⁰, w. ill. pl. Chicago, Keener & Co. $ 3.50

Ergebnisse der inneren Medizin u. Kinderheilkunde. Hrsg. von F. Kraus, O. Minkowski, Fr. Müller, H. Sahli, A. Czerny, O. Heubner. 2. Bd. (IV, 708 S. mit 13 Abbildgn. u. 6 photograph. Taf.) Lex.-8⁰. Berlin, J. Springer '08. 24.—; geb. n 26.80

Frenzel, Hans, Der Menschenfreund. Ein Merkbüchlein für jung u. alt. (I. Erste Hilfeleistg. bei Unglücksfällen. II. Der Weg zum Glück.) (41 S.) 8⁰. Linz, Ober-Österreich. Buchdruckerei u. Verlagsgesellschaft '08. Kart. 1.—

Glück, Leop., Die Lepra tubero-anaesthetica, vom klinischen Standpunkte geschildert. [S. A.] (80 S. m. 11 Abbildgn.) Lex.-8⁰. Leipzig, J. A. Barth '08. 4.—

Fortsetzung auf Seite 5 des Umschlags.





Internationale Bibliographie.

Fortsetzung von Seite 3 des Umschlags.

Jeßner's, *S.*, Dermatologische Vorträge f. Praktiker. 8⁰. Würzburg, C. Kabitzsch.
14. u. 16. Heft. Diagnose u. Therapie des Ekzems. 2 Tle. in 1 Bde. 2. Aufl. (50 u. 96 S.) '09. 2.50

Johnson, *C. N.*, A text-book of operative dentistry (by various authors). 8⁰. Lond., Rebman. 25 s.

König, *F.*, Ratgeber in gesunden u. kranken Tagen. Ein Lehrbuch des menschl. Körperbaues u. e. ärztl. Hausschatz f. alle Krankheitsfälle. 9., neu bearb. Aufl. Mit 500 Abbildgn. u. 13 Taf. sowie 5 zerlegbaren Modellen. 3 Tle. (1156, 243 u. X S.) 8⁰. Leipzig, E. Wiest Nachf. '09. Geb. 21.50

Mackenzie, *James*, Diseases of the heart. Roy. 8⁰. (406 pag.) London, Frowde. (Oxford Med. Publ.) 25 s.

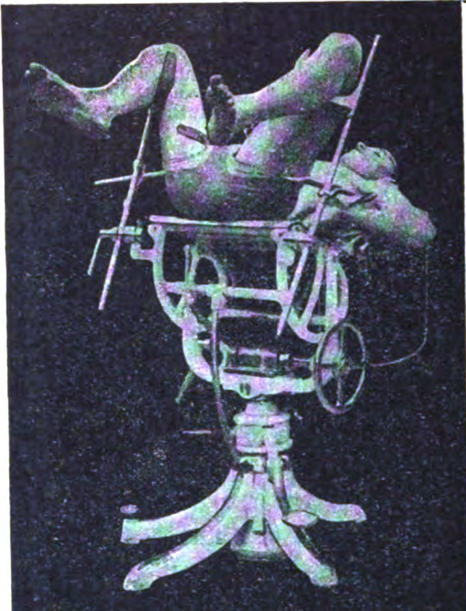
Malaria. International archives under the direction of Ronald Ross and of W. G. Mac Callum; archives internationales sous la direction d'Edmond Sergent; internationales Archiv unter der Leitg. v. B. Nocht; archivi internazionali sotto la direzione di Angelo Celli, hrsg. v. C. Mense. 1. Bd. 4 Hefte. (1. Heft. 88 S. m. Abbildgn. u. 4 Taf.) Lex.-8⁰. Leipzig, J. A. Barth '08. 20.—, 1. Heft allein 5.—

Preiswerk, *Gust.*, Lehrbuch u. Atlas der Zahnheilkunde m. Einschluß der Mundkrankheiten. 2. verb. Aufl. Mit 50 vielfarb. Taf. u. 141 Textabbildgn. 8⁰. (XX, 398 S.) München, Lehmann's Verl. (Handatl. 30. Bd.) '08. Geb. 14.—

Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Neu bearb. v. Fr. Kopsch. 8. Aufl. Lex.-8⁰. Leipzig, G. Thieme.
3. Abtlg.: I. Tl. Muskeln. Mit 179, zum Tl. farb. Abbildgn. (III, 204 S.) '08. Für 3. Abtlg. vollständig. Geb. 15.—

Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. Hrsg. v. Alb. Eulenburg. 5. Bd. Mit 68 Abbildgn. im Texte, 8 schwarzen u. 6 farb. Taf. 4. umgearb. Aufl. (X, 937 S.) Lex.-8⁰. Wien, Urban & Schwarzenberg '08. Geb. 28.—

Fortsetzung auf Seite 7 des Umschlags.



Universal-Operationstisch nach de Quervain.

Internationale Bibliographie.

Fortsetzung von Seite 5 des Umschlags.

Steinhaus, Jul., Grundzüge der allgemeinen pathologischen Histologie. Mit über 150 Mikrophotogrammen auf 25 Taf. (VIII, 162 S. m. 25 Bl. Erklärgn.) Lex.-8⁰. Leipzig, Akadem. Verlagsgesellschaft '09. 10.—; geb. 11.—

Testut, L., et *O. Jacob*, Traité d'anatomie topographique. 2me éd. augm. 2 vol. Paris, O. Doin et fils. fr. 50.—, rel. fr. 55.—

Tome I: 8[illegible]0 pag. et 611 fig. en coul. ist erschienen.
» II: Wird im Januar 1909 ausgegeben.
Die Bände nicht einzeln käuflich.

Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. 10. Kongreß, geh. zu Frankfurt a. M. 1908. Im Auftrage der Gesellschaft hrsg. von K. Herxheimer. (XII, 481 S. m. 14 Abbildgn. u. 15 Taf.) gr. 8⁰. Berlin, J. Springer '08. 18.—

Watson, Fr. S., and *J. H. Cunningham*, Diseases and surgery of the genito-urinary system. 2 vol. 8⁰. (1102 pag. w. ill. a. pl.) Philad., Lea & Febiger. $ 12.—

Wilkinson, W. C., Treatment of consumption. (VIII, 266 pag.) New York, Macmillan. $ 3.—

Woolsey, G., Applied surgical anatomy regionally presented. 2nd ed. 8⁰. (600 pag. w. ill. a. pl.) Philad., Lea & Febiger. $ 4 50

Zbinden, H., Les affections du système digestif en neuropathologie. 8⁰. (XVI, 230 pag.) Paris, G. Masson. fr. 3.—

Zeidler, B., Verfassung u. Verwaltung der Krankenhäuser der Städte, Kreise und Provinzen. [S. A.] (40 S.) 8⁰. Leipzig, F. Leineweber '08. 1.—

Zeitschrift f. gynäkolog. Urologie. Hrsg. v. W. Stoeckel. 1. Bd. 6 Hefte. (1. Heft. 64 S.) gr. 8⁰. Leipzig, J. A. Barth '08. 10.—









Operations-fingerlinge
nach Friedrich

Touchierhandschuhe
Knöchelbandhandschuhe } nach Döderlein

Prof. Dr Döderlein

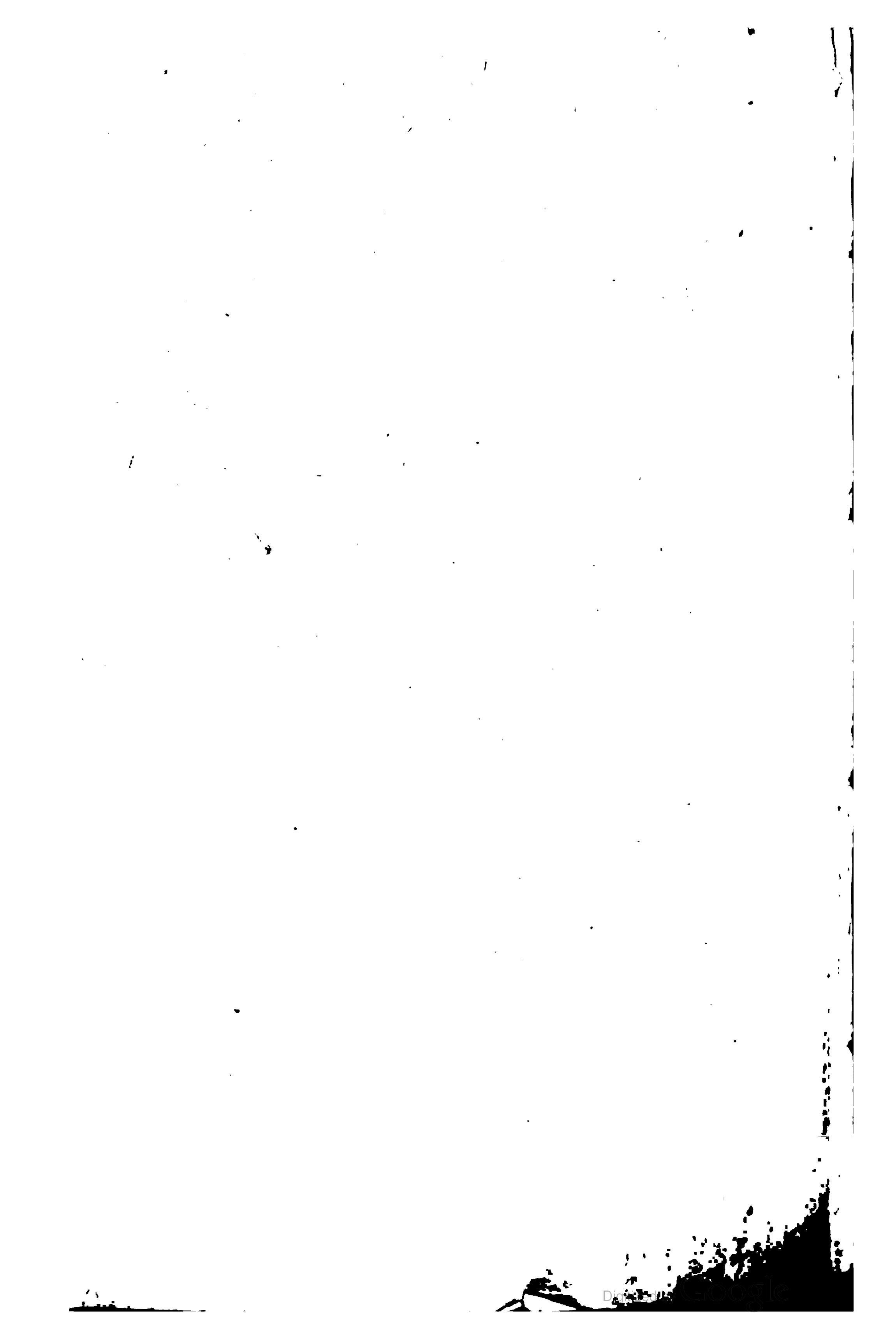
sind nur echt, wenn sie beigedruckte Schutzmarke tragen.
Erhältlich in allen einschlägigen Geschäften.
Die alleinigen Fabrikanten

Zieger & Wiegand, Leipzig-Volkmarsdorf.


Bester und billigster
Operationstisch
für praktische Ärzte, Chirurgen,
:: Urologen, Gynäkologen etc. ::
D.R.G.M. „HEUREKA" D.R.G.M.
mit Spülbecken und Kissenbelag M. 85.—
ohne solche .... „ 74.—
GUSTAV KUNZE jr., G. m. b. H.
BERLIN N., Lindowerstr. 18/19
Fabrik sämtlicher Operations- und Krankenhausmöbel.



Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.
Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Eberswalde.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07582 2471

